



**UNIVERSIDADE**

**EDUARDO**

**MONDLANE**

**FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS**

**DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA**

Licenciatura em Serviço Social

**O CONTRIBUTO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO PROCESSO DE REINTEGRAÇÃO  
FAMILIAR DOS PACIENTES DEFICIENTES FÍSICOS - ESTUDO DE CASO: SERVIÇOS  
DE MEDICINA DO HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO (2016-2017)**

Patrúcio de Sérgio Victor Major

Tutor: Dr. Emídio de Brito Moiana

Maputo, Novembro de 2017



**UNIVERSIDADE**

**E D U A R D O**

**MONDLANE**

**FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS**

**DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA**

**Licenciatura em Serviço Social**

**O CONTRIBUTO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO PROCESSO DE  
REINTEGRAÇÃO FAMILIAR DOS PACIENTES DEFICIENTES FÍSICOS -  
ESTUDO DE CASO: SERVIÇOS DE MEDICINA DO HOSPITAL CENTRAL DE  
MAPUTO (2016-2017)**

**Patrúcinio de Sérgio Victor Major**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Sociologia na Faculdade de Letras e Ciências sociais da Universidade Eduardo Mondlane como requisito parcial para obtenção do título de Licenciado em Serviço Social.

Tutor

---

Dr. Emídio de Brito Moiana

O Presidente

---

Dr. Adriano Mauricio

O oponente

---

Dr. Chico Francisco Faria

## DECLARAÇÃO DE HONRA

Declaro por minha honra que esta monografia de licenciatura nunca foi apresentada, na sua essência, para a obtenção de qualquer grau e constitui o resultado da minha investigação pessoal, sob orientação do meu tutor estando no texto e nas referências bibliográficas, as fontes utilizadas.

Maputo, Novembro de 2017

---

(Patrúcio De Sérgio Victor Major)

## **DEDICATÓRIA**

*Em memória do meu sobrinho Yazarde  
Sidónio Victor Major Paz a sua alma!*

## AGRADECIMENTOS

O meu agradecimento especial vai a minha mãe, “vovó Amélia Fubara”, que a grandes esforços e poucos recursos lutou para que eu nunca faltasse a escola. Ao meu pai, Victor André Major pelos ensinamentos e apoio moral, ao meu irmão que ao longo do percurso da vida acabou se tornando o meu segundo pai Sidónio Major muito obrigado.

Endereço o meu sincero agradecimento ao meu supervisor, o Dr. Emídio de Brito Belarmino Moiana, pela disponibilidade, interesse e dedicação que sempre demonstrara ao longo do desenvolvimento deste trabalho, desde a concepção do projecto até à redacção da monografia. Outro agradecimento especial vai ao PhD. Hinervo Marqueza, por me puxar sempre a orelha nos aspectos importantes no estudo.

Outro muito obrigado não menos importante vai para você Santos Major, ao G-alcen, mano Tony, grandes e melhores irmãos obrigado pela força. Não poderia deixar de citar uma das minhas grandes fontes de inspiração, a minha fonte da vida, Gezibel Major (filha), que este percurso nos separou por anos, mas o nosso laço sempre nos manteve unidos.

Aos meus grandes amigos, companheiros, comparsas, Valdino, Catique, Sagres e o Monteiro, aos Assistentes Sociais do Sector do Serviço Social do HCM, pelo apoio incondicional, desde o período de estágio integrado, ate a concepção do projecto e a realização do estudo, o meu muito obrigado. Às minhas amigas Rosy e Sebastiana, o meu *kanimambo* pelo suporte emocional quando decidimos trilhar por este mundo académico.

A lista é longa, a olhar pela longa e sinuosa caminhada a que percorremos nestes anos, todavia, nem sempre os últimos são os menos importantes, nesta lista a minha namorada, amiga, parceira, cúmplice e também educadora foi reservado este espaço por ser alguém que me aturou nos momentos duros deste percurso, a ti Clementina Nhantumbo, obrigado por ser essa mulher que sempre se mostrou disposta a caminhar comigo.

A todos os que de uma ou de outra forma contribuíram para que o meu curso de Licenciatura em Serviço Social tivesse um final bem sucedido, endereço o meu sincero e humilde agradecimento.

## EPÍGRAFE

*"...Neste balanço ambíguo e perpétuo está o grande enigma da vida. Viver para a morte. Esse é o grande mistério de que todos nós temos que enfrentar. Mas que seja com serenidade, sem culpas e sem medos..." (Contrera, 2006)*

## RESUMO

A presente monografia subordina-se ao tema “O contributo do Assistente Social no Processo de Reintegração Familiar dos Pacientes Deficientes Físicos – Estudo de Caso: Serviços de Medicina do Hospital Central de Maputo”. Visando analisar o contributo do Assistente Social no processo de redução dos casos de reincidência dos pacientes deficientes físicos internados nos serviços de Medicina do Hospital Central de Maputo. A revisão da literatura e a análise dos resultados das entrevistas e da observação directa permitiram identificar os principais factores que influenciam nos casos de reincidência de internamento dos pacientes com deficiência física pós reintegração familiar nos serviços de Medicina do Hospital Central de Maputo. Para tal foi realizada uma pesquisa qualitativa, com uma amostra de 32 respondentes, seleccionados a partir de uma amostragem não probabilística por acessibilidade. Em conclusão, apurou-se que a reintegração familiar dos pacientes é incompleta e aceita-se as hipóteses de que a falta de acompanhamento pelo Assistente Social após a reintegração familiar do paciente deficiente assim como o fraco acompanhamento dos familiares deste está associado com os casos de reinternamento. Recomendou-se a elaboração e implementação urgente de um plano de monitoria e avaliação da reintegração dos pacientes, realizando apoio psicossocial e visitas domiciliarias de modo a garantir que a família não caia em situações de estresse diante a nova realidade e ajudando a criar mecanismos de adaptação e resolução dos seus próprios problemas e garantindo que não haja situações de recaída dos pacientes com deficiência física pós reintegração familiar.

**Palavras-chave:** Assistente Social; reintegração familiar; deficiência; família e serviço social.

## **ABSTRACT**

The present monograph is subordinated to the theme The Contribution of the Social Worker in the process of reintegration of disabled patients - case study: Medical Services of the Central Hospital of Maputo. The purpose of this study was to analyze the contribution of the Social Worker in the process of reducing cases of recidivism of disabled patients hospitalized in the medical services of Maputo Central Hospital. The review of the literature and the analysis of the results of the interviews and the direct observation allowed to identify the main factors that influence in the cases of recidivism of hospitalization of the patients with physical disability after family reintegration in the services of Medicine of the Central Hospital of Maputo. For this, a qualitative research was conducted, characterized by the inductive approach method and the case study procedure method. An interview was applied to 32 respondents, selected from a non-probabilistic sample by accessibility. In conclusion, it was found that the family reintegration of the patients is incomplete and the hypothesis is accepted that the lack of follow-up of the Social Worker after the family reintegration of the disabled patient as well as the poor follow-up of the relatives of this patient is associated with the cases of reentry. As recommendations for the preparation and urgent implementation of a plan for monitoring and evaluating patient reintegration, performing psychosocial support and home visits to ensure that the family does not fall into situations of stress in the face of the new reality and helping to create mechanisms of adaptation and solving their own problems and ensuring that there are no relapse situations of patients with physical disabilities after family reintegration.

**Keywords:** Social Worker; family reintegration; deficiency; family and social work.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**CRM** – Constituição da República de Moçambique

**CFESS** – Conselho Federal do Serviço Social

**HCM** – Hospital Central de Maputo

**HIV** – Vírus de imunodeficiência Humana

**MISAU** – Ministério da Saúde

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**ONU** – Organização das Nações Unidas

**PNS** – Política Nacional de Saúde

**SIDA** – Síndrome de Imunodeficiência adquirida

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**SNS** – Sistema Nacional de Saúde

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	12
<b>Hipóteses</b> .....	15
CAPÍTULO I: CONTEXTUALIZAÇÃO .....	16
<b>1.1. Enquadramento do Serviço Social na Área da Saúde</b> .....	16
<b>1.1. O serviço Social Enquanto Profissão</b> .....	17
<b>1.2. O serviço Social na Saúde</b> .....	19
<i>1.2.1. Actuação do serviço social na área da saúde</i> .....	19
<i>1.2.2. A relação de ajuda profissional</i> .....	22
<b>1.3. Trajectória do Serviço Social e Saúde Pública em Moçambique</b> .....	24
CAPÍTULO II: REVISÃO DE LITERATURA .....	27
<b>2.1. Enquadramento Teórico</b> .....	27
<i>2.1.1. Modelo sistémico para o serviço social</i> .....	27
<b>2.2. Enquadramento Conceptual</b> .....	30
<i>2.2.1. Deficiência</i> .....	30
<i>2.2.2. Família</i> .....	31
<i>2.2.3. Família como o espaço em que se desenvolvem responsabilidades mútuas</i> .....	32
CAPÍTULO III: METODOLOGIA .....	35
<b>3.1. Natureza da Pesquisa</b> .....	35
<b>3.2. Tipos de Pesquisa Quanto aos Objectivo Geral</b> .....	35
<b>3.3. Método de Abordagem e de Procedimento</b> .....	35
<b>3.4. População e Amostra</b> .....	36
<b>3.5. Técnicas e instrumentos de recolha de dados</b> .....	36
<b>3.6. Análise e Tratamento dos Dados</b> .....	37
<b>3.7. Validade e Fiabilidade</b> .....	38
<b>3.8. Questões Éticas</b> .....	39
<b>3.9. Descrição do Local de Estudo: Hospital Central de Maputo</b> .....	39
CAPÍTULO IV: APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO TRABALHO DE CAMPO .....	42
<b>4. Perfil Dos Pacientes Reintegrados</b> .....	42
CONCLUSÃO .....	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
APÊNDICES.....	61

ANEXOS ..... 70

## INTRODUÇÃO

O trabalho do Assistente Social, tem por objectivo garantir direitos e assistência a população desamparada, por meio de políticas sociais, de forma organizada e planeada, lutando contra os problemas e injustiças que podem afectar essa camada.

O presente estudo é subordinado ao tema: **“O Contributo dos Assistentes Sociais no Processo de Reintegração Familiar dos Pacientes Deficientes Físicos - Estudo de caso: Serviços de Medicina do Hospital central de Maputo (2016-2017)”**.

O processo de reintegração dos pacientes internados é actualmente um dos grandes desafios enfrentados pelos Assistentes Sociais, visto que, por um lado, tratando-se de um processo, a reintegração tem suas fases ou etapas e, assim sendo, a monitoria do paciente pós alta é fundamental. Por outro lado, regista-se no hospital em referência, o Hospital Central de Maputo (HCM) concretamente nos Serviços de Medicina, casos de reincidência de pacientes pós reintegração no seio familiar.

Em contexto hospitalar, o Serviço Social recai numa intervenção de dimensão “psicossocial”, em que não tem o conteúdo de “psicossocial *stritus senses*”, ou seja, apoio à pessoa individualizada tendo em conta a pluridimensionalidade do ser humano” (Carvalho, 2008). Neste sentido, o Serviço Social não elabora a sua intervenção unicamente para uma só pessoa, bem pelo contrário, no aglomerado da intervenção, também faz parte a família do doente.

O tema é resultado da observação de existência de casos frequentes de reincidência de pacientes deficientes físicos identificados durante o estágio em Serviço Social VII no qual se incidiu na unidade de Serviço Social do HCM, onde foram vivenciados em contacto com a prática profissional do Assistente Social na área da saúde e a realidade no terreno.

A motivação da escolha do tema prende-se ao facto de por um lado pelas razões académicas e, por outro lado, o grande incentivo justifica-se á partir da realização do estágio integral nesta instituição, e deve-se também a um grande interesse e motivação pessoal para obter mais conhecimento nesta área.

Durante o período de estágio, questões relacionadas com o contributo do Assistente Social na reintegração familiar dos pacientes chamaram atenção, assim como o grande número de pacientes reintegrados que eram reinternados, visto que, por um lado, a família deve ser vista como o núcleo onde o indivíduo deve encontrar todo apoio incondicional, independentemente da sua limitação física ou psicológica. Importa referir que os pacientes reintegrados tinham o histórico clínico de deficiência adquirida (consequência da agressão física, acidentes de varias formas assim como Acidente Cardiovascular Cerebral)

Portanto, os pacientes com deficiência física eram reintegrados às suas famílias, mas, findo certo período, estes encontravam-se na situação de internados nos mesmos serviços do Hospital Central de Maputo, o que foi suscitando inquietações no que refere ao processo de reintegração familiar dos mesmos.

Com a realização deste estudo, propôs-se recomendações para a melhoria da integração dos pacientes com vista a redução de recaídas dos pacientes. E por outro lado, este também poderá servir de ponto de partida para outros estudos nessa temática.

Ora, a saúde deixa de ser um estado e passa a ser um direito fundamental a todo o ser humano, sem distinção de raça, religião, política, condição económica e social. É nesta perspectiva que fala-se em equidade na saúde, ou seja, que todos têm direito à saúde e viver numa sociedade condigna.

O vivenciar uma deficiência física no seio familiar poderá ser complexo e exigente, principalmente quando ninguém está preparado para esta situação e, devido ao desconhecimento que assombra as famílias sobre a deficiência física, a necessidade de explicar o cerne da condição do paciente é fundamental.

Um dos parâmetros para a actuação dos Assistentes Sociais na saúde, no que concerne as acções assistenciais, descritas pela CEFESS (2009), é o de trabalhar com as famílias no sentido de fortalecer seus vínculos, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, protecção, prevenção e recuperação da saúde. Assim, para os pacientes deficientes físicos, devido a sua condição, precisam de atenção a todo momento, pois, estes necessitam de auxílio para satisfazer qualquer necessidade, desde a alimentação, higiene e lazer. E, em muitos casos as

famílias não se encontram preparadas para essa nova dinâmica, e como consequência o paciente fica isolado, na situação de abandono e constituindo um agravo a saúde.

Para MISAU (2007), as atribuições do Assistente Social no contexto hospitalar, a todos os níveis, passa por fazer avaliação de integração na família para evitar situações de recaída. Entretanto, verifica-se maior reincidência de casos de pacientes deficientes físicos no departamento de Medicina do Hospital Central de Maputo (HCM), que pode estar relacionado com a falta de acompanhamento do Assistente Social e a fraca assistência familiar.

Denota-se a prior que o Ministério da Saúde (MISAU) entende que a avaliação da integração do paciente no seio familiar é fundamental para a não recaída dos pacientes, portanto, o Hospital não tem um plano de monitoria e avaliação dos pacientes integrados no seio familiar, o que torna o processo incompleto e o paciente exposto a recaída.

De acordo com os livros de registo de internamentos no HCM, no período entre Junho e Dezembro de 2016 foram registados 203 casos de reinternamentos de pacientes com deficiência física que haviam sido reintegrados nas suas famílias pelos Assistentes sociais assim como de pacientes que tiveram alta com acompanhamento familiar no período de internamento, nos Serviços Cirúrgicos e Serviços Clínicos (de Medicina) do Hospital.

Deste modo, concretamente no departamento de Medicina, nota-se que muitos doentes deficientes têm recebido alta pós tratamento, e posteriormente reintegrados nas suas famílias. Mas passado um curto período de tempo são reinternados em diversos serviços, o que deixa claro que existe ausência de acompanhamento do Assistente Social e fraca assistência familiar para tal.

Diante do acima exposto, nossa inquietação prende-se ao facto de buscarmos perceber quais são os factores que influenciam nos casos de reincidência de internamentos dos pacientes com deficiência física nos serviços de medicina do Hospital Central de Maputo?

Assim, com o presente trabalho, de uma maneira geral buscamos compreender e analisar o contributo do Assistente Social no processo de redução dos casos de reincidência dos pacientes deficientes físicos internados nos serviços de Medicina do Hospital central de Maputo. Especificamente, pretendeu-se:

- a) Identificar os factores que contribuem nos casos de reincidência de pacientes deficientes físicos
- b) Descrever o papel do Assistente Social na integração dos pacientes deficientes físicos no ceio familiar
- c) Propor mecanismos para melhorar o processo de reintegração dos pacientes no ceio familiar.

- **Hipóteses**

- A falta de acompanhamento do Assistente Social após a reintegração do paciente deficiente físico no seio familiar está associada aos casos de reinternamento dos pacientes.
- O fraco acompanhamento familiar do paciente deficiente físico está associado aos casos de recaídas e consequente reinternamento deste.

A pesquisa é de natureza qualitativa e comporta o método de abordagem indutivo e o método de procedimento estudo de caso. Para a selecção da amostra aplicou-se a amostragem não probabilística por acessibilidade, e com uma amostra de 32 respondentes.

E, em termos estruturais, para além da introdução, o primeiro capítulo, é referente a contextualização do Serviço social enquanto profissão actuando na área da saúde. O segundo capítulo é referente a apresentação do quadro teórico e conceptual. O terceiro capítulo é referente aos procedimentos metodológicos. O quarto capítulo é referente a apresentação, análise e discussão dos resultados de campo. O quinto e último capítulo é referente a conclusão e recomendações.

## CAPÍTULO I: CONTEXTUALIZAÇÃO

Após a fase introdutória, segue-se o primeiro capítulo onde iremos fazer uma contextualização do serviço social enquanto profissão, partindo da sua definição. Visa essencialmente situar a prática profissional e intervencional dos profissionais que actuam nesta área.

### **1.1. Enquadramento do Serviço Social na Área da Saúde**

As origens do serviço social radicam em ideias humanitárias e democráticas em que a sua prática está centrada na satisfação de necessidades humanas e no desenvolvimento do potencial e recursos humanos. Assim sendo, “é uma profissão cujo objectivo consiste em provocar mudanças sociais, tanto na sociedade em geral como nas suas formas individuais de desenvolvimento” (ONU, 1999, p. 20).

De acordo com as ideias de Ander-Egg (1995), o trabalho social é um processo de ajuda, criado para auxiliar o indivíduo ou a comunidade na mudança de atitude e comportamento dentro de uma situação social particular. O propósito é, portanto, facilitar o funcionamento do indivíduo, do grupo e da comunidade.

Diante disto, na visão de Iamamoto (2000), o serviço social reproduz-se como um trabalho especializado na sociedade por ser socialmente necessário: produz serviços que atendem às necessidades sociais, isto é, têm um valor de uso, uma utilidade social.

Neste contexto, os profissionais de serviço social dedicam-se ao trabalho em prol do bem-estar e da realização pessoal dos seres humanos, ao desenvolvimento e utilização disciplinada do conhecimento científico relativo ao comportamento das pessoas e sociedades; ao desenvolvimento de recursos destinados a satisfazer necessidades e aspirações individuais, colectivas, nacionais e internacionais; e à realização da justiça social (ONU, 1975).

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

Os Assistentes Sociais participam no planeamento, orçamento, execução, avaliação e alteração das políticas e serviços sociais de carácter preventivo destinados a diferentes grupos e comunidades, intervindo em numerosos sectores funcionais, utilizando diversas abordagens metodológicas, trabalhando no âmbito de um quadro organizacional amplo e prestando serviços sociais a diversos sectores da população a nível micro, meso e macro (ONU, 1999).

Assim sendo, o Serviço social é uma profissão que se preocupa com a protecção das diferenças individuais e de grupo. É muitas vezes obrigado a servir de mediador entre as pessoas e o Estado ou outras autoridades, a defender causas particulares, e a garantir protecção nas situações em que a acção estatal em prol do bem - comum ameaça os direitos e liberdades de determinadas pessoas ou grupos.

Na visão de Carvalho (2012), o serviço social pode ser definido como uma disciplina das ciências sociais e humanas, para as relações humanas em que a relação de ajuda se destaca, em que nesse processo está presente vários componentes a ter em conta, teorias e metodologias, organizações empregadoras, problemas, capacidades e necessidades de determinado grupo, profissionais, orientações de política, princípios e valores.

Por isso, pode-se dizer que o Serviço social tem como objectivos principais preparar os indivíduos para definirem os seus problemas, ajudando-os a encontrar por eles próprios, tanto quanto possível, a sua solução e a modificar as situações sociais, de modo a permitir as suas tomadas de consciência e soluções (Iamamoto, 2000).

A partir desses levantamentos, cabe-nos realçar que o profissional de Serviço social tem uma responsabilidade no processo de ajuda, de suporte, de cuidados e orientação para com aqueles que mais precisam e que se encontram em situação de desvantagem e vulnerabilidade, com o compromisso de responder às necessidades dos utentes nos serviços.

### **1.1.O serviço Social Enquanto Profissão**

O serviço social é uma profissão que tem como objecto de actuação a questão social, tendo na sua génese a influência da Igreja Católica. “Questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura” (Iamamoto, 2010, p. 23). Ela

surge da emergência da questão social do conjunto das expressões da desigualdade social, económica e cultural, ou seja, dos problemas da sociedade capitalista, do antagonismo entre o capital e o trabalho.

Iamamoto (2000), afirma que o assistente social trabalha directamente com a questão social nas mais variadas expressões do quotidiano, ou seja, nas diversas áreas de actuação profissional: saúde, educação, habitação, criança e adolescente, dentre outras. Afirma ainda que esse fenómeno é a matéria-prima do trabalho profissional, sendo a prática profissional compreendida como uma especialização do trabalho.

O entendimento supracitado, é reafirmado por Furtado (2004), quando diz que trabalhar a questão social não é tarefa fácil, pois, implica numa série de desafios e dificuldades que têm de ser superados através de metodologias e estratégias que se adequam a cada realidade social.

Sendo assim, o Assistente Social adquire um papel relevante para a defesa dos direitos sociais, ao trabalhar quotidianamente com as interfaces da questão social, sendo muito importante sua actuação junto à classe trabalhadora incentivando/assessorando iniciativas de mobilização social e reconhecendo as implicações éticas do seu fazer profissional.

Em suma, pode-se afirmar que o Serviço Social é uma profissão interventiva que busca diminuir as disparidades sociais, então há necessidade do Assistente Social actuar, através de pesquisas e análises da realidade social, na formulação, execução e avaliação de serviços, programas e políticas sociais que buscam a preservação, defesa e ampliação dos direitos humanos e a justiça social.

O Assistente Social é um profissional que visa a mudança social, este participa no planeamento, na execução, avaliação de políticas e serviços de carácter preventivos destinados ao bem comum. É muitas vezes um mediador entre as pessoas e o serviço, defendendo e garantindo a protecção através de políticas sociais.

O trabalho do Assistente Social, tem como objectivo garantir direitos e assistência para a população desamparada, fazendo isso por meio de políticas sociais, de forma organizada e planeada, lutando contra os problemas das injustiças que podem afectar os desamparados socialmente. A função universal do Serviço social é a intervenção nos problemas sociais que

impedem a sobrevivência dos indivíduos, e nas que limitam sua capacidade de desenvolvimento biopsicossocial.

Sendo o Assistente Social um profissional que trabalha em prol da viabilização dos direitos dos cidadãos, este desempenha um papel importante para dar respostas aos problemas sociais. Este fazer profissional requer o conhecimento da questão social, como um dos objectos de intervenção e demanda para sua actuação profissional.

## **1.2.O serviço Social na Saúde**

Neste ponto, iremos fazer uma abordagem da actuação do Serviço social na área da saúde e, por fim, a relação de ajuda profissional, visando essencialmente descrever o Serviço social enquanto uma profissão interventiva na área da saúde.

### *1.2.1. Actuação do serviço social na área da saúde*

O serviço social é uma profissão que actua sobre as diferentes expressões da questão social, portanto é importante o estudo de situações concretas. Assim, pode-se dizer que a saúde, como qualquer outro campo de trabalho profissional, apresenta particularidades que necessitam ser desveladas pelos que actuam nesta área.

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

O Serviço social tem várias áreas de actuação, em que a saúde é uma das esferas de maior e mais antiga implantação do trabalho social. Este facto deriva da conscientização que o atendimento dos problemas de saúde vai para além da acção dos médicos e enfermeiros, e surgiu “a necessidade de incorporar um profissional capaz de atender a dimensão social que é subjacente aos problemas de saúde” (Ander-Egg, 1995, p. 12).

O Serviço social na saúde implementou-se devido as necessidades que a equipa de saúde encontrou no diagnóstico, tratamento e evolução dos utentes através do atendimento, das

expressões e representações da população atendida. Pois, para um tratamento global é necessário trabalhar os componentes bio-psicossociais da doença (Martinelli, 2011).

Como afirmam Bravo e Matos (2006), o novo conceito de saúde elaborado pela OMS em 1948, enfocando os aspectos bio-psicossociais, determinou a requisição de outros profissionais para actuar no sector, entre eles o assistente social.

É com este compromisso que o Assistente Social é inserido na área da saúde, exercendo, de facto, seu papel de mediador nas relações sociais existentes na sociedade. E para garantir este direito, o Assistente Social possui o papel de desenvolver estratégias para cada caso de acordo com suas peculiaridades, independentemente de raça, crença, género e classe social, o profissional de serviço social trabalha com a contínua busca por um atendimento humanizado e igualitário em hospitais, sendo este um diferencial na identidade do serviço social.

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

Contudo, para que a intervenção do profissional de Serviço social seja eficaz, é crucial que exista um trabalho composto por equipas multidisciplinares que permita uma melhor compreensão das situações com diferentes pontos de vista (Carvalho, 2003).

Dadas as suas características, esta profissão exige uma boa capacidade de análise das situações. Ter espírito de iniciativa, capacidade para dialogar com todo tipo de pessoas e gosto pelo trabalho em equipa, essas são as qualidades importantes que o profissional de Serviço social deve ter. É fundamental gostar de trabalhar com pessoas, ter um interesse real pelos seus problemas e respeito pela autonomia e liberdade de cada um.

Segundo Martinelli (2011, p. 481), “o Assistente Social é um profissional que trabalha directamente com o utente”. Quando exerce suas funções no atendimento com pessoas que vão ao hospital, a fragilidade e vulnerabilidade é ainda maior, e precisam não somente de

diagnósticos médicos ou medicamentos, necessitam também de uma palavra, uma escuta de modo atento, um olhar, de um gesto acolhedor. Isto é, oferecer atenção completa ao utente, se humanizar, e tornar humano o atendimento que está sendo oferecido.

Devido ao contacto próximo com a vida, e os problemas das pessoas com quem trabalham, estes profissionais podem estar sujeitos ao desgaste emocional, o que exige deles a capacidade de distanciamento e de resistência a frustração, pois nem sempre é possível resolver os problemas da forma pretendida (Martinelli, 2011).

(...) nos hospitais o Assistente Social faz um atendimento directo aos utentes, tendo como público-alvo de suas intervenções pessoas que se encontram em momento de fragilidade, que necessitam de atendimento humanizado, auxiliando e oferecendo palavras que direcionem suas acções para possíveis soluções de problemas, uma atenção redobrada a escuta, isto para que possam restabelecer-se emocionalmente e socialmente e serem estrategicamente orientados (Martinelli, 2011, p. 489).

O Assistente Social na sua prática profissional, constantemente se atenta para a análise do processo de disponibilização dos serviços na saúde, tendo sempre como foco a efectivação dos direitos sociais, e principalmente o direito à saúde, a contribuição para um serviço de qualidade e humanizado, sendo este um direito determinado na Constituição da República de Moçambique (CRM), no seu artigo número 89, onde refere que todos os cidadãos têm o direito à assistência médica e sanitária, nos termos da lei, bem como o dever de promover e defender a saúde pública.

Tais afirmações vêm ao encontro do que queremos afirmar no sentido que o Assistente Social tem um diferencial, uma particularidade em olhar o problema do utente de modo diferenciado dos outros profissionais inseridos no meio hospitalar.

Cabe ao Serviço social na área da saúde tematizar e ampliar o direito à saúde, possibilitando a busca da mesma e atenção a ela pelo utente do serviço público, mediadas pelo direito à oferta de serviços que a própria população desconhece, pelo direito ao saneamento, pelo direito às condições de trabalho, às condições e estilos de vida (cultura), à educação em saúde, como direitos sociais e obrigação do Estado (Vasconcelos, 2012).

Isto mostra que é de extrema importância o Assistente Social colocar os reais interesses e necessidades dos utentes dos serviços de saúde no centro da discussão, principalmente, por ser um profissional que tem o contacto com as perspectivas do quotidiano dos utentes e por ser mediador entre estes e a instituição (Vasconcelos, 2012).

### *1.2.2. A relação de ajuda profissional*

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

Nessa perspectiva, Pena (2014), ressalta que ao longo da história do Serviço social, a relação do assistente social com as pessoas utilizadoras dos serviços tem sido reconhecida pelos profissionais, estando presente nas práticas das fundadoras, com Octavia Hill, Elizabeth Fry e Mary Richmond.

A relação com os outros promove o crescimento e a mudança nas pessoas, já que ela constitui o clima de segurança e o estímulo necessário ao desenvolvimento da personalidade humana. A intervenção psicossocial usa a relação como meio de trabalho, é nesta relação com o cliente que o técnico de trabalho social procura atingir o objectivo de mudança (Silva, 2001, p. 42).

Compete ao profissional aceitar a pessoa da forma como ela é, ou seja, aceitar as suas dificuldades, emoções, a forma dela de se exprimir, assim como dar apoio e estimular o usuário para a resolução do problema.

Para Silva (2001) a pessoa – usuário tem um papel bem diferente, pois apresenta uma carga emotiva e uma forma de estar que dificulta a forma de lidar com a situação – problema.

Em função disso, a mesma autora supracitada identifica sete qualidades cruciais a todos os profissionais que trabalham com pessoas: a preocupação com o outro, implica que deixemos usar os conhecimentos e competências que colocamos a sua disposição, permitindo que ele erre, ou seja, existe uma preocupação expressa pelo fazer; a capacidade de compreensão, ou seja, a

atitude de respeito pelo cliente na recolha de informações sobre a sua situação, o respeito pela pessoa que está a partilhar com o profissional grande parte da sua vida, o guardar segredo sobre aquilo que nos foi confidenciado; o compromisso, isto é, assumir a responsabilidade em relação à estratégia definida, o respeito pelos horários marcados, entre outros; a aceitação, expectativa, conhecimento, individualização e confiança; a empatia, que se traduz na atitude de compreender os sentimentos dos outros, para assim ser possível perceber como se sentem; a autoridade que advém do facto de se representar uma instituição com meios de trabalhos definidos e uma outra que está relacionada com o papel profissional; e a congruência, que está relacionada com a verdade e honestidade que o profissional manifesta em relação ao que faz ao longo do tempo em relação ao utente (Silva, 2013).

A partir dessa reflexão, podemos dizer com base em Ander-Egg (1995) que um Assistente Social deve possuir as seguintes qualidades e condições: a sensibilidade social, deve ter a capacidade de perceber e responder às necessidades, problemas, emoções, preferências e maneiras de pensar das outras pessoas; a convicção e confiança na capacidade das pessoas exercerem as suas potencialidades, com vista a realização do indivíduo e a resolução dos seus problemas;

O mesmo autor acrescenta que o Assistente Social deve possuir a habilidade para a motivação e estímulo, deve ter a capacidade para movimentar, motivar, orientar e activar as condutas, para que se verifique uma participação dos destinatários dos seus programas; a aptidão para o reconhecimento humano, onde deve desenvolver boas relações interpessoais; e a maturidade humana, onde deve assumir a responsabilidade dos seus actos e compromissos adquiridos (Ander-Egg, 1995).

De acordo com Vasconcelos (2001), a relação de ajuda profissional é o principal instrumento de trabalho do assistente social, especialmente nos casos de trabalho individualizado. O serviço social utiliza a sua relação com o utente de várias formas: como meio de compreensão do seu problema, ou seja, compreender a complexidade de determinado problema. O compreender, vai permitir a pessoa aderir a mudança e detectar o problema em causa e como forma de concretizar o apoio necessário, no sentido de despoletar as transformações exigidas com vista a ultrapassar as situações do problema (Vasconcelos, 2001). A relação de ajuda vai ser, então, um meio para atingir determinado fim.

Neste contexto, conclui-se que o Assistente Social deve colocar em prática todo um conjunto de conhecimentos teóricos, operativos e relacionais, facilitadores do estabelecimento de uma relação positiva, como um instrumento, de acordo com a intervenção social planificada, por vezes, alicerçada de acordo com o diagnóstico realizado.

Na relação assistencial, sendo esta uma relação complexa, o utente traz a esta relação uma série de sentimentos, de esperança, expectativas e medos sobre o problema, sobre ele, sobre a instituição, sobre a relação e, inclusive, sobre o assistente social. Todos estes sentimentos podem gerar medo e expectativas que estão presentes em ambas as partes numa relação assistencial.

### **1.3.Trajectória do Serviço Social e Saúde Pública em Moçambique**

Esta secção apresenta a trajectória do serviço social na saúde em Moçambique. Essa descrição permitira situar o surgimento do Serviço social na saúde no tempo e no espaço e, desse modo ira permitir compreender a necessidade de formação dos primeiros profissionais nessa área como parte integrante da política de saúde de Moçambique.

O serviço social em Moçambique surge como reflexo do desenvolvimento da profissão em Portugal, cuja emergência e institucionalização como área de formação académica e profissão ocorre enquadrada no projecto político e ideológico do Estado novo (1926-1974), que o legitima como uma profissão exclusivamente feminina de responsabilidade do ensino particular e confessional (católico) (Branco e Fernandes, 1999).

As primeiras manifestações da institucionalização em Moçambique ocorrem em finais da década de 1950 e início da década de 1960, com a influência dos modelos de formação e de intervenção social praticados pelas democracias ocidentais que, no início do século XX já haviam reconhecido a cientificidade do serviço social definindo-o como arte fundada na ciência (Rwomire e Raditlhokw, 1996).

Entretanto, a primeira escola de serviço social é fundada em Lourenço Marques pela Universidade Católica de Lisboa em 1962 (Meneses, 2010). Portanto, a profissionalização do serviço social em Moçambique apresentou-se como uma emergência realizada por meio da

intervenção do Estado colonial e mobilizada pela Igreja Católica influenciado pelo positivismo e pelo funcionalismo americano.

O humanismo-cristão adoptou o modelo *remedial curativo* para informar os procedimentos do serviço social de caso, grupo e comunidade (Laird, 2004). Porém, até a independência o serviço social de caso e de grupo foram os procedimentos mais usados pelos serviços de assistência social, como ocorreu na maior parte dos países da África Austral (Mupedziswa, 2001).

É importante destacar o facto de em Moçambique, a profissionalização e institucionalização do serviço social ter ocorrido no Ministério da Saúde, como reflexo da criação do “Estado Social” português que passou a integrar a rede de hospitais à rede de previdência social num único sistema de saúde Português (Miguel, 1974).

De acordo com Meneses (2010), apesar de estar restrito às zonas urbanas, o serviço social da década de 1960 foi influenciado pela pelos movimentos sociais na América Latina, como refere Netto (2007), e pelos movimentos nacionalistas africanos que, influenciados pela teoria social Marxista marcou o período pós Segunda Guerra Mundial estabeleceu as bases para abordagens mais críticas, emancipatórias, anti-opressivas, e anticoloniais da questão social, sempre com o respaldo da Igreja (Católica e Protestante) (Santana, 2013).

Segundo Vasco (2012), quando em 1975, o país autoproclamou-se Estado-Nação socialista, sem classes sociais, livre das desigualdades sociais e de injustiças baseadas na exploração do homem pelo homem, e força dirigente do Estado e da Sociedade, converteu a Frente de Libertação de Moçambique (FRELIMO) numa instituição política hegemónica, em relação à sociedade civil e às esferas institucionais que alicerçam a sociedade: o mercado, o Estado e a família, esvaziando o mandato e o campo de actuação do serviço social (Francisco, 2010).

O governo monopolizou os princípios fundamentais que orientavam a prática do serviço social: o princípio dos direitos humanos e do respeito pela dignidade humana, o princípio de justiça social e o princípio da autodeterminação e do respeito pelas diferenças. Nesta altura, despontava no mundo o serviço social comunitário influenciado pelas abordagens de desenvolvimento social associadas aos movimentos afro centrista e emancipatórios das décadas de 1970 e 1980 (Julia e Kondrat, 2005).

Simultaneamente, o mundo assiste o movimento que transforma a saúde num direito humano fundamental de acesso universal, transformando-a num importante indicador de desenvolvimento social e económico e, que culminou com a assinatura da Declaração de Alma Ata em 1978 (Cueto, 2004). Este contexto político mundial permite que é favorável a proposta de criação de uma sociedade igualitária, sem luta de classes, na qual as políticas sociais estatais e impediriam o surgimento da “questão social”.

Porém, o campo sócioocupacional que na década de 1960 justificou a profissionalização do serviço social em Moçambique (desigualdades e injustiças características das sociedades coloniais) foi integrado na esfera do activismo sócio-político e mobilizador da FRELIMO, subalternizando o papel e limitando os espaços actuação do serviço social. Portanto, durante a vigência da República Popular de Moçambique, o serviço social perdeu visibilidade e, o enfrentamento da questão social passou a ser uma questão resolvida por meio da mobilização social a protecção e promoção dos direitos humanos e da dignidade humana e da justiça social tornou-se inviável (Waterhouse, 2010).

Entretanto, o conflito de 16 anos, a crise económica da década de 1980 tornou o projecto de construção de Estado socialista insustentável e em 1990, o país fazia parte da lista dos países mais pobres do mundo (Vieira, 2005). Tornara-se, por isso, o destino preferencial das agências internacionais humanitárias que importaram para o país, acoplados a seus fundos de ajuda, profissionais e/ou activistas sociais para implementar os seus projectos sociais, preenchendo os espaços outrora ocupados pelos profissionais do serviço social, no sector da saúde (Hanlon, 2010).

Cada um com as suas influências teórico-políticas, filosófico e ideológicas, perspectivas de abordagem e modelos passaram a *verticalizar* a assistência aos grupos sociais mais pobres e vulneráveis em função dos interesses, prioridades e disponibilidade de fundos das suas organizações no sector de saúde (Pfeiffer, 2003).

Portanto, no início da década de 1990, existiam poucos vestígios do Serviço Social (compreensiva) integrado na provisão de cuidados de saúde apesar de, em 1977, o país ter adoptado o modelo social de saúde (MISAU, 2013). Depois da contextualização do serviço social segue a seguir a revisão da literatura.

## CAPÍTULO II: REVISÃO DE LITERATURA

Após a contextualização no capítulo anterior segue-se a revisão de literatura, onde, apresenta-se, em primeiro lugar e na base da revisão da literatura, o enquadramento teórico da pesquisa, em seguida a definição e discussão dos conceitos básicos concernentes aos assuntos temáticos desta pesquisa. Em segundo lugar, a discussão de tópicos relevantes ao tema por diversos autores, em revisão da literatura propriamente dita. Para a abordagem deste Capítulo, foram consultadas obras de autores da área do Serviço Social, Saúde e Sociologia e Serviço social na Saúde.

### **2.1. Enquadramento Teórico**

Esta secção apresenta a o quadro teórico da pesquisa e, visa essencialmente, clarificar as concepções teóricas fundamentais, que permitam a compreensão das ideias-chave que corporizam esta pesquisa. Assim, a teoria que se apresenta a seguir é a sistémica concebida por Bertalanffy.

#### *2.1.1. Modelo sistémico para o serviço social*

O serviço social tem sido influenciado por diversas correntes teóricas no campo das ciências humanas, que tem contribuído para uma melhor compreensão da realidade, quer ao nível do comportamento e das motivações dos indivíduos, quer ao nível da sua interacção com o meio em que se insere. Tendo em conta os valores centrais do serviço social, a visão global da pessoa e dos seus sistemas, que esta na base da perspectiva sistémica, é, a nosso ver, a que se melhor se adapta ao trabalho dos Assistentes Sociais.

As ideias de sistemas aplicadas no serviço social têm a sua origem na Teoria Geral de Sistemas de Ludwig von Bertalanffy. Esta teoria afirma que todos os organismos podem ser analisados ou percebidos como sistemas que são formados por subsistemas.

Para melhor compreender o tema em questão, faz-se necessário definir alguns conceitos básicos do pensamento sistémico: *totalidade*, o sistema não é a soma das partes, e sim uma organização interdependente, inseparável, um todo coeso, cuja mudança numa dessas partes provocará mudança nas demais e, conseqüentemente, no sistema total (Puel, 1991);

*Homeostase* – mecanismo regulador que garante a estabilidade do sistema. É um estado de equilíbrio dinâmico, caracterizado por flutuações múltiplas e interdependentes, capaz de manter o sistema em estado relativamente constante, o que não implica em mobilidade (Puel, 1991);

*Organização* – diz respeito à estrutura, ou seja, aos componentes do sistema. Uma estrutura é dotada de leis que determinam o funcionamento, o auto-reconhecimento e a regulação do sistema. Tais leis vão desde o explícito, como normas de convivência, até ao implícito, como as crenças ou os mitos familiares, passando pelas regras – estas que limitam as condutas dos membros do sistema (Puel, 1991);

*Fronteiras* – são limites que separam um sistema de outros sistemas e subsistemas. A fronteira é um filtro cuja função é a ordenação das trocas entre o sistema vivo e seu ambiente (Puel, 1991). Para que numa família sejam mantidas as características e a diferenciação de cada subsistema, as fronteiras têm que ser respeitadas.

Bertalanffy citado por Carvalho (2008, p. 134), entende que “um sistema pode ser definido como um conjunto de elementos em interação”. Outros autores foram reformulando esta noção, chegando a conceitos mais abrangentes.

Um sistema pode ser definido como um conjunto complexo de elementos organizados em subsistemas delimitados por fronteiras, entre os quais é trocada energia e informação, de acordo com as regras de funcionamento da sua estrutura, que se move em direcção a finalidades e está em constante evolução. Um sistema fechado não permite contacto com o exterior através das fronteiras, mas este modelo não é adequado às ciências humanas. Só os sistemas abertos que estão em permanente troca de energias e informação com o seu meio ou contexto, permite explicar a realidade social (Fazenda citado por Carvalho, 2014, p. 122).

Alguns conceitos da teoria sistémica que tem aplicação directa no serviço social são: a interação, onde toda relação implica uma resposta (retroacção) que influencia o comportamento do sujeito, por isso, para compreender a pessoa não é possível isolá-la das suas interações com o meio (Carvalho, 2012). A causa dos seus problemas não deve ser procurada nos indivíduos, mas na interação com o seu contexto familiar.

Quanto ao contexto, a importância do contexto familiar, profissional e social, na génese e na resolução dos problemas implica uma perspectiva global que o serviço social tem de adoptar, tanto no diagnóstico, como na intervenção (Carvalho, 2012).

Quanto a mudança, este conceito que Cristina de Robertis citada por Carvalho (2012) aponta como um dos pilares da intervenção do serviço social é essencial na óptica sistémica e tem duas vertentes: mudança de tipo 1 – eliminar sintomas (os problemas), sem mudar a estrutura relacional e mudança de tipo 2 – transformar a estrutura do sistema para atingir um novo equilíbrio, que permite fazer face a novas situações.

Quanto ao equilíbrio dinâmico, complementaridade entre homeostase e transformação, entre estabilidade e mudança. Nos sistemas humanos, tem de haver estabilidade para que mantenha a sua coesão e continuidade, e diferenciação para que os seus membros possam desenvolver-se (Carvalho, 2012).

Quanto as estruturas da família, conceitos de subsistemas, fronteiras, funções de cada subsistema, alianças, coligações, regras e papéis familiares revelam-se úteis na análise de situações de família e de grupos (Carvalho, 2012).

Quanto ao ciclo vital, evolução do ciclo da vida em fase ou estádios, cada um com as suas regras próprias e separados por momentos de crise que operam a transição entre as diferentes fases (Carvalho, 2012). Permite compreender o desenvolvimento das pessoas, das famílias e grupos, tendo em conta a passagem do tempo.

Quanto a crise, momento de mudança em que se alteram as regras relacionais e a organização do sistema (a pessoa, a família, o grupo, a comunidade) (Carvalho, 2012). Não tem uma conotação negativa, mas sim de reestruturação.

Quanto a comunicação disfuncional, quando a mensagem recebida difere da mensagem enviada, é importante perceber que existem perturbações no processo de transmissão da informação, por confusão, contradição, paradoxo ou desqualificação (Carvalho, 2012). A comunicação disfuncional é um factor importante da dinâmica relacional, quer das famílias, quer das organizações ou das comunidades.

A visão sistémica da família pressupõe que a pessoa, apesar de sua complexidade, não está isolada de um contexto sócio-familiar. Ao contrário, está conectada e interagindo com outras pessoas que lhe são familiares. A família, apesar da diversidade cultural, social e afectiva, é o lugar onde as expectativas são construídas, transformadas ou repetidas, dependendo da qualidade das interacções (Mello, 2000).

Sobre o aspecto familiar, para avaliar e tratar a deficiência física “sistemicamente” é necessário levar em conta as expectativas familiares, não reforçando preconceitos, mas visando o resgate da autonomia de cada um dos membros e buscando a mudança de padrões familiares estabelecidos.

## **2.2.Enquadramento Conceptual**

Esta secção apresenta as definições de alguns conceitos para o entendimento das palavras-chave desta pesquisa. Sem intenção de esgotar todo o repertório de definições disponíveis na literatura sobre os assuntos em debate, a apresentação destas definições visa, essencialmente, clarificar as concepções teóricas fundamentais, que permitam a compreensão das ideias-chave desta pesquisa.

### *2.2.1. Deficiência*

De acordo com a Convenção da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2008), consideram-se pessoas deficientes fisicamente aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interacção com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efectiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

O propósito desta convenção é promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente.

De acordo com a OMS (2001), a deficiência é conceituada como a repercussão imediata da doença sobre o corpo, impondo uma alteração estrutural ou funcional ao nível tecidual ou orgânico. A incapacidade é a redução ou falta de capacidade de realizar uma actividade num padrão considerado normal para o ser humano, em decorrência de uma deficiência.

A desvantagem representa um impedimento resultante de uma deficiência ou incapacidade, que lhe limita ou lhe impede o desempenho de uma actividade considerada normal, tendo em atenção a idade, o sexo e os factores sócios culturais para o indivíduo (ONU, 2008).

No contexto da saúde, Incapacidade (*disability*) é um termo abrangente para deficiências (*impairments*), limitações em actividades e restrições à participação (OMS, 1997). Este termo denota os aspectos negativos da interacção entre um indivíduo (com um estado ou condição de saúde) e os factores contextuais do indivíduo (factores ambientais e pessoais).

Em suma, a deficiência pode ser entendida como uma alteração no corpo que provoca dificuldades na movimentação das pessoas e as impede de participarem da vida de forma independente. Ou como uma desvantagem, resultante de um comprometimento ou de uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho motor do indivíduo.

### 2.2.2. *Família*

Falar da família implica em entender os vários aspectos sociais pelos quais ela vem atravessando ao longo dos anos. Houve mudanças nos padrões familiares. Actualmente, podemos notar que há uma grande diversidade de famílias, há vários arranjos familiares e não somente o modelo tradicional de família nuclear.

A família representa um papel fundamental enquanto espaço de protecção social. Protecção social aqui entendida como as acções humanas de mútua ajuda de ordem familiar. O conceito de protecção social como um tipo de prática social é trazido por Góis onde define como:

(...) um tipo de prática social engendrada sob modos organizacionais - públicos ou privados -lucrativos de atenção à pobreza, hoje materializados nas diversas políticas sociais nos marcos dos processos de reprodução humana, sempre compatíveis com o estágio de compromissos entre os grupos sociais no interior de uma sociedade visando a sua manutenção (Góis, 1995, p. 312).

Segundo Szymanski (2002), podemos entender a família como uma associação de pessoas que escolhe conviver por razões afectivas e assume um compromisso de cuidado mútuo e, se houver, com crianças, adolescentes e adultos.

### 2.2.3. *Família como o espaço em que se desenvolvem responsabilidades mútuas*

A família, em meio a discussões sobre a sua desagregação ou enfraquecimento, está presente e permanece enquanto espaço privilegiado de socialização, de prática de tolerância e divisão de responsabilidades, de busca colectiva de estratégias de sobrevivência e lugar inicial para o exercício da cidadania sob o parâmetro da igualdade, do respeito e dos direitos humanos. Ela desempenha um papel decisivo na educação, sendo um espaço em que são absorvidos os valores éticos e humanitários e onde se aprofundam os laços de solidariedade.

Nos dias actuais, as famílias – sua definição e organização - vem sendo tema principal para pesquisadores e estudiosos da área. Segundo Szymansky (2002, p. 9), “família é compreendida como sendo uma associação de pessoas que escolhe conviver por razões afectivas e assume um compromisso de cuidado mútuo e, se houver, com crianças, adolescentes e adultos”.

Sobre isso, acrescenta Mito (2000, p. 217), que a “família é um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo, mais ou menos longo e se acham unidas (ou não) por laços consanguíneos”. É marcado por relações de género e, ou de relações de gerações, e está dialecticamente articulada com a estrutura social na qual está inserida.

Estas definições corroboram a ideia de que na sociedade contemporânea houve transformações profundas relacionadas à ordem económica, à organização do trabalho e ao fortalecimento da lógica individualista, bem como mudanças de valores e liberalização de hábitos e costumes.

As famílias então, participantes deste processo, acompanharam estas transformações, e começaram a se organizar – por força destas transformações, de várias maneiras, não exclusivamente estruturadas como sendo nuclear (pai, mãe e filhos).

Neste sentido, Szymanski (2002) ressalta outros tipos de composições familiares, mudando o foco da estrutura família nuclear, nomeadamente: Família nuclear, incluindo duas gerações, com filhos biológicos; Famílias extensas, incluindo três ou quatro gerações; Famílias adoptivas temporárias; Famílias adoptivas, que podem ser bi-raciais ou multiculturais; Casais; Famílias monoparentais, chefiadas por pai ou mãe; Casais homossexuais com ou sem crianças; Famílias reconstituídas depois do divórcio; Várias pessoas vivendo juntas, sem laços legais, mas com forte compromisso mútuo.

Retomando as ideias de Miotto (2000), tal diversidade e transformações desencadearam um processo de fragilização de vínculos familiares, o que tornou as famílias mais vulneráveis, em especial na sociedade Moçambicana em que o grau de vulnerabilidade vem aumentando em consequência das desigualdades características de sua estrutura social.

A realidade actual indica que as formas de organização das famílias são totalmente diversas e modificam-se, continuamente, para atender às exigências que lhe são impostas pela sociedade, pelos sujeitos que a compõem e pelos eventos da vida quotidiana.

O terreno sobre o qual a família se movimenta não é o da estabilidade, mas o do conflito, o da contradição. As relações são profundamente marcadas pelas contradições entre as expectativas que a sociedade tem e as possibilidades objectivas de realização. Esta situação é condicionada tanto pela organização económica e social da distribuição de recursos, como pela coexistência de modelos culturais (valores, normas, papéis) reciprocamente contraditórios. Veja-se o paradoxo do fortalecimento da lógica individualista em termos societários e o apelo para a preservação da lógica da solidariedade familiar.

Estas considerações acerca do que actualmente se entende e se conceitua como sendo família, tem fundamental importância para a compreensão de que a família não é, *a priori*, um lugar de felicidade – ideologia aceita e compartilhada nos dias de hoje pelos profissionais que trabalham junto às famílias:

Imbuídos dessa ideologia, muitas vezes os profissionais, embora compartilhando da ideia de que família não é um grupo natural, naturaliza as suas relações e com isso trabalha com estereótipos do ser pai, ser mãe, ser filho. Esquecem-se que dinâmica relacional estabelecida em cada família não é dada, mas é construída a partir de sua história e de negociações quotidianas que ocorrem internamente entre seus membros e externamente com o meio social mais amplo (Miotto, 2000, p. 117).

Sendo a família portanto, uma instituição social historicamente condicionada e dialecticamente articulada com a sociedade na qual está inserida, é necessário pensar as famílias sempre numa perspectiva de mudança, evitando-se a ideia de modelos cristalizados para se reflectir as possibilidades em relação ao futuro (Miotto, 1997).

Neste sentido, em relação aos profissionais que actuam junto às famílias, Neder (2000), pontua a necessidade da valorização das famílias, enxergando as diferenças étnico-culturais presentes na sociedade e também que se tenha respeito por tais diferenças.

É preciso então evitar os paradigmas de família regular versus família irregular, responsável, em larga medida, pelos preconceitos que produzem a evasão escolar, a displicência e o descaso no atendimento médico e a truculência policial em relação às classes populares (Neder, 2000).

Esta reflexão sobre as famílias (organizadas da maneira que for), é essencial para se efectivar trabalhos e atendimentos mais eficazes a este segmento social tão vulnerável e carente de atenção nas mais diferentes instituições públicas.

A partir desta compreensão, nos interessa identificar e relacionar o tema “família” com o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos - dentre eles, a dependência química – e, para tanto, vale ressaltar que alguns autores, colocam realmente a família como o lócus da produção da doença mental, sendo ela um espaço que tanto pode servir de refúgio seguro como um lugar que coloca em risco a segurança física e emocional de seus membros (Miotto, 1997).

Diante do exposto, será abordado no próximo capítulo, a metodologia usada na pesquisa, partindo da natureza do estudo, os métodos de abordagens e de procedimento, a população e amostra, as técnicas e instrumentos de colecta de dados, a análise e tratamento dos dados, a validade e fiabilidade, as questões éticas e a descrição do local de estudo

## CAPÍTULO III: METODOLOGIA

Após a revisão da literatura no capítulo anterior, segue-se a metodologia. Neste Capítulo abordam-se os aspectos metodológicos que guiaram esta pesquisa. Assim, importa referir que este estudo é de natureza qualitativa. A análise qualitativa depende de muitos factores, como a natureza dos dados colectados, a extensão da amostra, os instrumentos de pesquisa e os pressupostos teóricos que nortearão a investigação.

### **3.1. Natureza da Pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, pois, se preocupou em analisar o papel do Assistente Social no processo de reintegração familiar dos pacientes dependentes que, por sua vez, é depositária de crenças, valores, atitudes, hábitos, representações, opiniões e buscou aprofundar a complexidade de fatos e processos específicos a indivíduos e grupos.

### **3.2. Tipo de Pesquisa Quanto aos Objectivo Geral**

Quanto aos objectivos, a pesquisa é do tipo explicativo. De acordo com Gil (2008, p. 57), pesquisas explicativas são as que perseguem como objectivo principal identificar os factores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenómenos, neste caso a ocorrência de reincidência de casos de pacientes deficientes internados nos serviços de medicina, pós reintegração familiar.

### **3.3. Método de Abordagem e de Procedimento**

O método de Abordagem aplicado foi o indutivo. Nesse método, parte-se da observação de fatos ou fenómenos cujas causas se deseja conhecer, a seguir, procura-se compará-los com a finalidade de descobrir as relações existentes entre eles. Por fim, procede-se à generalização, com base, na relação verificada entre os fatos ou fenómenos (Gil, 1999, p. 11), e o método de procedimento a ser aplicado na pesquisa será o estudo de caso.

### **3.4. População e Amostra**

A população desta pesquisa consistiu em 56 respondentes. Dos quais, 26 Assistentes Sociais, 15 pacientes deficientes com histórico de reincidência de internamento nos serviços de Medicina do Hospital Central de Maputo e 15 familiares destes.

A amostra desta pesquisa foi seleccionada através do método de amostragem não probabilística por acessibilidade. De acordo com Matusse (2013, p. 33), o pesquisador selecciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representarem o universo. Trabalhou-se com os informantes disponíveis no momento da realização do estudo. Assim, fizeram parte da amostra 32 respondentes, dos quais 13 pacientes deficientes com histórico de reincidência, 10 familiares dos pacientes e 9 Assistentes Sociais.

### **3.5. Técnicas e instrumentos de recolha de dados**

Para a recolha de dados recorreu-se as técnicas da observação directa e da entrevista semi-estruturada. As entrevistas semi-estruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal.

De acordo com Gil (2008), o entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema ou tenha dificuldades com ele.

Esse tipo de entrevista “é muito utilizado quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objectivos sejam alcançados” (Minayo, 2004, p. 64).

Na observação directa o pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica e, fica em relação directa com os seus interlocutores no espaço social da pesquisa, mas com a finalidade de colher dados e compreender o contexto da pesquisa (Minayo, 2004). Com estas técnicas pretende-se comprovar as hipóteses.

O instrumento de recolha de dados aplicado foi o guião de entrevista semi-estruturada e o guião de observação. O guião é uma série ordenada de perguntas que devem ser respondidas por escrito pelo informante (respondente), e o diário de campo nada mais é, que um caderneta no qual irá se escrever todas as informações que não fazem parte do material formal de entrevista semi-estruturada e assume a forma de uma grade fechada em que os comportamentos a serem observados são prévia e minuciosamente definidos, de forma tal que cabe ao pesquisador apenas assinalá-los.

Neste caso tem-se a lista preestabelecida, que consiste num quadro de linhas e colunas formando uma grade (Minayo, 2004). Cada coluna corresponde a um comportamento a ser observado e cada linha indica o momento em que o comportamento ocorreu.

### **3.6. Análise e Tratamento dos Dados**

As entrevistas foram examinadas através da análise de conteúdo, através da categorização, inferência, descrição e interpretação. As entrevistas desta monografia foram realizadas seguindo o método MEDS - Método de Explicitação do Discurso Subjacente proposto por Prodanov e Freitas (2000).

Este método sistematiza os procedimentos de preparação, realização e análise das entrevistas. De acordo com este método, as entrevistas neste trabalho foram realizadas com perguntas abertas, sendo estas baseadas numa questão de pesquisa e num roteiro previamente definidos. As perguntas foram elaboradas de forma a não sugerir respostas e a não perguntar directamente a questão investigada, buscando evitar a indução do entrevistado pelo pesquisador (Richardson, 1999).

Para analisar as entrevistas é feita a análise do discurso, o processo pelo qual se identifica padrões e características especiais nas mensagens de maneira sistemática e objectiva (Prodanov e Freitas, 2000).

Em cada ciclo da pesquisa-ação, são realizados os seguintes procedimentos: numa primeira etapa, é feita a análise individual de cada entrevista, onde são assinaladas afirmações sobre as questões de interesse da pesquisa ou que chamem a atenção para uma nova questão. Nesta etapa

são observadas se determinadas ideias aparecem recorrentemente e se há contradições. Numa segunda etapa, são comparados os depoimentos contidos nas diferentes entrevistas. Os trechos de cada entrevista são organizados em categorias conforme a ideia nele contida. Um mesmo trecho pode ser alocado em mais de uma categoria, caso contenha mais de uma ideia (Gil, 2008).

Comparando as respostas dos entrevistados para cada categoria são identificadas ideias recorrentes ou novas categorias que possibilitem uma análise mais aprofundada das concordâncias e discordâncias dos entrevistados. Cada uma destas duas etapas, denominadas no MEDS de análise intra-sujeito e análise inter-sujeitos, servem de base para uma reanálise da outra. Para a análise das entrevistas foi feito o uso de contabilizações (Prodanov e Freitas, 2000), tais como a quantidade de vezes que uma ideia ou palavra são citadas.

### **3.7. Validade e Fiabilidade**

A validade refere-se à capacidade de um instrumento em medir o que realmente se pretende medir. Dos diversos tipos de validade, esta pesquisa retrata-se predominantemente pelas validades interna, externa, de conteúdo e de constructo (Richardson, 1999).

A validade interna, que corresponde à capacidade sustentação das explicações versadas na pesquisa pelos dados recolhidos, espera-se ser providenciada através da elaboração dos itens dos instrumentos em função dos objectivos e perguntas de pesquisa. A validade externa, que se refere à possibilidade de generalização dos resultados da pesquisa para o resto da população em estudo, poderá viabilizar-se pela constituição representativa da amostra e fixação de um tamanho de amostra satisfatório para o efeito.

A validade de conteúdo significa que o instrumento cobre todos os itens ou dimensões de análise relevantes para a pesquisa e espera-se que esteja satisfeita pela revisão de literatura abrangente e seleccionada em função do tema e objectivos de pesquisa. A validade de constructo refere-se ao grau de clareza e consistência teórica do conceito central ou objecto de estudo, no caso desta pesquisa, por exemplo, a motivação profissional.

Esta validade também poderá ser satisfeita através do recurso a uma revisão de literatura especializada e diversificada, analisando as várias correntes teóricas existentes e disponíveis sobre os assuntos temáticos em pesquisa.

A fiabilidade é a consistência e replicabilidade dos dados recolhidos por um instrumento, ao longo do tempo e em vários grupos e/ou contextos semelhantes (Prodanov e Freitas., 2000). Neste sentido, das várias formas de fiabilidade, a presente pesquisa mais se identifica pela estabilidade.

A fiabilidade como estabilidade é a consistência de um instrumento ao longo do tempo e em amostras semelhantes (Prodanov e Freitas, 2000). No entanto, importa salientar que a supervisão pelo tutor foi de capital importância para o provimento de validade e fiabilidade desta pesquisa.

### **3.8. Questões Éticas**

Tendo em vista a legitimação e oficialização do processo de recolha de dados, a permissão para estes efeitos foi solicitada antecipadamente à direcção do Hospital envolvido, mediante a apresentação de credencial emitida pela Universidade a pedido do pesquisador.

Uma vez adquirida a permissão, os respondentes seleccionados foram informados sobre o conteúdo e propósitos da pesquisa, bem como do carácter voluntário da sua participação na mesma. Para garantir o anonimato destes e confidencialidade, não foram incluídas quaisquer questões sobre a identificação pessoal.

### **3.9. Descrição do Local de Estudo: Hospital Central de Maputo**

Em 1876 através duma autorização governamental dava-se o primeiro passo para construção do hospital e em 1877 iniciou obras de construção do hospital do Lourenço Marques designado inicialmente por Rainha D. Almeida que terminou em 1897.

Em 1910 o Hospital toma a designação de Hospital Miguel Bombarda (HMB), e em 1921 foi aprovado o regulamento dos hospitais da colónia de Moçambique pelo B.O nº 14, I Série, o

HMB assume funções de Hospital Central e passa a ser denominado Hospital Central Miguel Bombarda (HCMB).<sup>1</sup>

Pelo Decreto 08/75 de 18 de Janeiro, o Governo de Moçambique faz a fusão de HCMB e Hospital de Universidade de Lourenço Marques formando o Hospital Central de Lourenço Marques que actualmente é denominado de Hospital Central de Maputo que assume deste modo funções assistenciais e pedagógicas.

Assim, hoje, a instituição assume as funções curativa, reabilitativa, pedagógica, assistencialista. E situa-se na Av. Agostinho Neto, telefones 258 (21) 320012/14, fax: 21 320828. O HCM conta actualmente com 3792 funcionários e agentes do Estado, dos quais 3377 são quadros e 414 é pessoal contratado<sup>2</sup>.

O Serviço de Urgência, bem como o de internamento funcionamento 24 horas por dia. Os serviços de consultas externas e clínica especial obedecem o horário das 7:30 e 18 horas<sup>3</sup>.

HCM é um hospital público de referência nacional que oferecem atendimento bem como de campo de desenvolvimento de ensino, pesquisa e extensão. Tem como visão ser um centro de referência de excelência na prestação de assistência em saúde, ensino e gestão pautada em altos padrões de integridade, humanização, ética e deontologia profissional<sup>4</sup>.

O HCM tem missão promover a saúde, preservar e manter a vida, produzir e socializar conhecimento. Doravante, tem os seguintes valores organizacionais: Garantir serviços de qualidade ao utente; Rigor na observância das normas éticas e deontológicas; Humanização dos serviços; Atendimento centrado nas necessidades do utente; Priorizar doentes graves sempre e em todas as circunstâncias a que for objecto de intervenção; Espírito de trabalho em equipe; Respeitar o doente bem como seus acompanhantes<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup>Fonte: Documentos obtidos no Departamento de Recursos Humanos do Hospital central de Maputo

<sup>2</sup>Idem

<sup>3</sup>Idem

<sup>4</sup>Idem

<sup>5</sup>Idem

### *3.1.5.1. Serviços oferecidos*

- Serviços clínicos: Anestesiologia; cardiologia, cuidados intensivos, dermatologia/ venéreo, doenças infecto-contagiosas, endocrinologia, endoscopia, estomatologia, gastroenterologia, geriatria, hematológica, hemodiálise, medicina física e reabilitação, medicina interna, nefrologia, neonatologia, neurologia. Oncologia, pediatria, pneumologia, prevenção de transmissão vertical, psiquiatria, reabilitação, nutricional, SAAJ (Serviço de Atendimento e Aconselhamento Juvenil), tratamento da dor, urgências das 24 horas.

- Serviço de apoio clínico: Serviço Social; Atenção ao utente; banco de sangue; ecografia; electrocardiografia; encefalografia; farmácia; laboratório de bioquímica; laboratório de hematologia; laboratório de anatomia patológica; laboratório de biologia molecular; laboratório de microbiologia; laboratório de parasitologia; mamografia; radiologia; ressonância magnética; tomografia axial<sup>6</sup>.

- Serviços Cirúrgicos: Cirurgia cardíaca, C. da mão, C. geral, C. maxila – facial, C. pediátrica, C. plástica, C. torácica, ginecologia, neurocirurgia, obstetrícia, oftalmologia, ortopedia e traumatologia, otorrinolaringologia e urologia<sup>7</sup>.

- Organização administrativa: Aceitação, administração e finanças, apoio geral (limpeza e jardinagem), aprovisionamento, arquivo clínico, hotelaria (cozinha, lavandaria), manutenção, planificação e estatística, recursos humanos, secretariado, segurança e transporte<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> Fonte: Documentos obtidos no Departamento de Recursos Humanos do Hospital central de Maputo.

<sup>7</sup> Idem

<sup>8</sup> Idem

## CAPÍTULO IV: APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO TRABALHO DE CAMPO

Este capítulo dedica-se à apresentação e discussão dos resultados do estudo adquiridos através da administração dos instrumentos de recolha de dados (vide apêndice 1) referidos no capítulo III. Neste caso, trata-se de dados qualitativos primários sobre o processo de reintegração familiar dos pacientes deficientes. Estes dados são primários porque não foram extraídos de outros estudos anteriormente feitos, mas sim, foram recolhidos e utilizados em primeira mão nesta pesquisa.

### **4. Perfil Dos Pacientes Reintegrados**

O número total de participantes da pesquisa foi de 13 pacientes. Dentre eles, 5 eram do sexo feminino e 8 do sexo masculino. Desse universo, as idades variam entre 23 e 45 anos de idade. Dos quais, 1 é viúvo, 2 vivem em união de factos e 10 são solteiros.

Desses pacientes, 2 vivem sozinhos, ou seja, adquiriram a deficiência vivendo sozinhos; 1 vive com seu marido, filhos, sogros e cunhados; 4 vivem com os irmãos; 2 vivem com a madrasta, o pai e os irmãos e 1 vive com os 2 filhos e a nora, uma menina mais nova e um rapaz de 26 anos que vive com a sua esposa, pois as outras filhas já estão no lar (casadas).

Quanto a periodicidade da sua última reintegração, no cômputo geral, o período de reintegração varia de 6 meses à 2 anos.

#### *4.1. Tratamento recebido pela família após a reintegração*

Quanto ao tratamento familiar, 3 responderam que no começo eles eram tratados bem, até que se apercebera de que estavam a lidar com um “*fardo*” em casa. Os restantes afirmaram que a família nunca soube lidar com a condição de deficiência física. No qual uma entrevistada referiu que “...*meu marido me abandonou no hospital... assim já tem outra mulher... não me quer ver em casa dele... nem ele nem a família me aceita...*” (Entrevista 1, Julho de 2017, Maputo).

Este comportamento vai de acordo com os quatro estágios apontados por Puel (1991), onde segundo as autoras este impacto pode ser descrito em quatro estágios, pelos quais a família progressivamente passa ao saber e ter em casa um deficiente físico:

- No primeiro estágio, prepondera o mecanismo de negação, ocorre tensão e desentendimento, e as pessoas deixam de falar o que realmente pensam e sentem;
- No segundo estágio, a família toda está preocupada com essa questão, o convívio social e a regra é não falar do assunto;
- No terceiro estágio, a desorganização da família é enorme, seus membros assumem papéis rígidos e previsíveis, servindo de facilitadores. As famílias assumem responsabilidades de actos que não são seus e, é comum ocorrer uma inversão de papéis e funções, como por exemplo, a esposa que passa a assumir todas as responsabilidades de casa em virtude da deficiência do marido ou a filha mais velha que passa a cuidar dos irmãos em consequência da deficiência da mãe;
- O quarto estágio é caracterizado pela exaustão emocional, e podem surgir graves distúrbios de comportamento em todos os membros. A situação fica insustentável e leva ao afastamento entre os membros, gerando grave desestruturação familiar.

#### *4.2. Acompanhamento do Assistente Social após a reintegração familiar*

De acordo com Carvalho (2012), no Hospital o Serviço social assume como Campo de Intervenção, o doente na dimensão “ psicossocial”, isto é, o Assistente Social não acompanha só o doente na sua condição saúde/doença mas também “nos seus papéis sociais e nas redes de sociabilidade”.

Quando perguntamos se após ter tido alta e reintegração, teve algum acompanhamento do Assistente Social em casa, os entrevistados responderam o seguinte: *...não, não tive nenhum acompanhamento em casa!!!* (Entrevista 2, Julho de 2017, Maputo). Todos os pacientes foram unânimes em afirmar que não tiveram nenhum acompanhamento em casa do AS.

Deste modo, o Assistente Social nos Serviços de Medicina, não cumpre com o seu papel. O que pode ser reforçado com o argumento do Oliveira (2008), onde afirma que entre os diversos profissionais que actuam na unidade hospitalar, o Assistente Social, através de métodos e técnicas inerentes a sua profissão, desenvolve actividades nas esferas psicossociais, económica, profissional, reabilitacional e educacional, contribuindo também, para o tratamento do doente.

Contudo, a interacção Assistente Social/paciente ocorre diariamente, através de contactos individuais, entrevistas enquanto o paciente estiver internado, e, a mesma não ocorre através visitas, seja ele usuário da unidade de ambulatório, unidade de internação, emergência ou outros.

Predominantemente, as acções encaminham-se no sentido de orientar e informar os pacientes e familiares sobre os recursos institucionais, encaminhar pacientes para consultas, exames e internações, localizar familiares, preparar altas hospitalares, preparar e encaminhar óbitos, remover bloqueios psicossociais que interferem no tratamento médico hospitalar.

#### *4.3. Conversa do Assistente Social com os familiares para explicar a condição de deficiente do paciente*

Quando perguntamos se quando foi reintegrado, o Assistente Social conversou com a sua família acerca da sua deficiência, todos os pacientes afirmaram que o Assistente Social conversou com os seus familiares de modo *a não discriminarem* o paciente, e promover um bom ambiente familiar. Todavia, alguns referiram por outro lado que estes profissionais foram mais intimidadores, tendo levado consigo uma força de protecção e a estrutura do bairro. *Este facto deve-se a resistência dos familiares em aceitar o seu /membro, dado a sua condição...* (Entrevista 3, Julho de 2017, Maputo).

Conforme o MISAU (2007), são tarefas típicas do Assistente Social, nas enfermarias sobretudo: Entrevistar os pacientes e familiares em busca de alternativas de solução para as dificuldades decorrentes da doença; Discutir com o paciente e família as implicações biopsicossociais do diagnóstico e prognóstico médico e a programação de alta e orientar o paciente e família quanto a rotina hospitalar.

#### *4.4. O papel do Assistente Social na reintegração dos pacientes deficientes*

O assistente social contribui para promover acções na direcção da construção, reconstrução e preservação da autonomia das famílias, sendo um processo para identificar as dificuldades familiares, as possibilidades de mudança para contribuir junto com elas, o que leva a uma melhoria da qualidade de vida (Mioto, 2000).

Quando perguntamos aos profissionais do serviço social, qual é o papel do Assistente Social na reintegração dos pacientes deficientes eles responderam o seguinte: *...nós aqui reintegramos, integramos e fazemos o apoio social.* (Entrevista 4, Agosto de 2017, Maputo). Durante a conversa, foi notável o grau de dificuldade acerca do papel do Assistente Social na reintegração dos pacientes, dado o tipo de respostas que foram passadas.

Para Oliveira (2008) o Assistente Social no processo de reintegração interpreta às pessoas responsáveis os problemas identificados na comunidade, para estudo e solução adequadas; Motiva, coordena e supervisiona a participação de voluntários da comunidade no auxílio a pacientes carentes; Mantém entrosamento com instituições do campo da saúde e do bem-estar social e outras organizações da comunidade, visando a articulação de esforços no tratamento.

#### *4.5. Processo de reintegração dos pacientes deficientes*

Quando perguntamos aos Assistentes Sociais, como é feita a reintegração dos pacientes deficientes? Eles responderam o seguinte: *...aqui não fazemos nenhum trabalho prévio com os familiares dos pacientes.... Quando identificado os familiares, é levado o paciente para casa, com o AS, o motorista e um segurança, no caso das famílias que resistem receber os seus familiares..... Depois disso fazemos a sensibilização da família no sentido de acolher o seu familiar..... Essa sensibilização é para garantir que o paciente seja bem acolhido e tenha uma recuperação plena....em caso de resistência recorre-se a estrutura do bairro “(chefe do quarteirão)”, vizinhança, no sentido de monitorar a recuperação do paciente na família... em condições normais teria que ser a Assistente Social do distrito Municipal a fazer o acompanhamento do paciente* (Entrevista 5, Agosto de 2017, Maputo)

#### *4.6. Avaliação da maneira como é feita a reintegração familiar do paciente deficiente*

A visita Domiciliar, que também é um papel fundamental para o Assistente Social que actua no contexto hospitalar, permite acompanhar a evolução social do paciente, isto é, dentro das suas redes de sociabilidade.

Perguntamos aos Assistentes Sociais, como avalia a maneira como é feita a reintegração familiar do paciente deficiente? Eles responderam o seguinte: *...A reintegração é incompleta, porque em*

*condições normais o paciente tinha que ser acompanhado em casa, na sua recuperação.... A principio existia um plano de monitoria do paciente em duas semanas... o Assistente Social é obrigado a retirar compulsivamente o paciente na enfermaria por causa da rotatividade das camas, e o médico pressiona o Assistente Social a fazer a reintegração... (Entrevista 6, Agosto de 2017, Maputo)*

Para Carvalho (2012, p. 253), os fenómenos sociais não são isolados eles são relacionados com os aspectos sociológicos, culturais, educacionais, legais, morais e outros presentes na relação com a doença, que unidos reflectem os determinantes dos cuidados com a saúde das pessoas. Essa ideia é complementada com o dizer de Oliveira (2008), no qual o Serviço social em sua prática, seja individual, grupal ou comunitária, trabalha, observando sempre a dimensão fenómeno saúde/doença, procurando um elo de ligação entre as necessidades dos usuários e a possibilidade de prestação de serviços e resolução dos problemas.

#### *4.7.Principais constrangimentos e/ou dificuldades com que se depara na reintegração dos pacientes deficientes*

De acordo com CEFSS, o Assistente Social tem tido, muitas vezes, dificuldades de dialogar com a equipe de saúde para esclarecer suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde em decorrência das pressões com relação a demanda e da fragmentação do trabalho ainda existente.

Perguntou-se aos Assistente Sociais, quais são os principais constrangimentos e/ou dificuldades com que se depara na reintegração dos pacientes deficientes? Eles responderam o seguinte: ... *para nós aqui, os grandes constrangimentos são: (1) a falta de dados nos processos do paciente (por vezes não tem nome, numero ou nome dos familiares)... (2) Rejeição dos pacientes por parte dos familiares... (3) alguns pacientes não colaboram na localização dos seus familiares, isto é, no fornecimento de dados que facilitem a localização dos mesmos e conseqüente reintegração... (4) Falta de reconhecimento pelo trabalho desenvolvido.... (5) Feedback negativo por parte de outros profissionais... (6) Expectativas não realistas por parte dos familiares dos doentes... (7) Desgaste emocional. (Entrevista 7, Agosto de 2017, Maputo)*

O processo Clínico é um conjunto de impressos onde são feitas anotações sobre o cliente durante a sua passagem pelo hospital (ambulatório, emergência, unidade de internação). É um documento importante, de propriedade do hospital que prestou os serviços ao cliente, e deve ser preenchido correctamente por todos os profissionais da equipe de saúde e administração (MISAU, 2007)

O preenchimento correcto e completo do prontuário do paciente é de fundamental importância para o próprio paciente, para sua família, quanto para o Hospital, além de ser uma exigência do sistema único de saúde.

Entretanto, estas dificuldades devem impulsionar a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais para o esclarecimento de suas acções e estabelecimento de rotinas e planos de trabalho.

#### *4.8.Plano de monitoria e avaliação para o seguimento dos pacientes deficientes*

De acordo com CEFSS, o Assistente Social deve realizar visitas domiciliares quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço social, procurando não invadir a privacidade dos usuários e esclarecendo os objectivos das mesmas.

Perguntou-se aos Assistentes Sociais, existe no Hospital um plano de monitoria e avaliação para o seguimento dos pacientes deficientes? Eles respondera que... *não existe nenhum plano de monitoria e avaliação dos pacientes.... Esse plano seria útil porque nos permitiria acompanhar a evolução social do paciente... mas, por falta de recursos, isto é, disponibilidade de fundos para deslocação, e falta de pessoal (Assistentes Sociais), torna-se difícil acompanhar esse paciente em casa... mas, existem casos em que o medico diz que o Assistente Social deve visitar o paciente, aí faz-se a visita domiciliar.* (Entrevista 8, Agosto de 2017, Maputo)

#### *4.9.Avaliação do papel do Assistente Social no atendimento/acompanhamento dos pacientes deficientes*

Perguntou-se aos Assistentes Sociais, como avaliam seu papel no atendimento/acompanhamento dos pacientes deficientes? E, responderam que *...não é positiva. O Assistente Social não*

*consegue realizar todas as suas actividades relacionadas a reintegração em particular devido por um lado a demanda dos pacientes nos serviços de medicina e, por outro lado, pelas dificuldades em termos de organização interna para prestar esses serviços. Por outro lado, nota-se também a relevância que estes serviços têm para a comunidade, visto que muitos pacientes que procuram o serviço social, sabem no mínimo o que nos dispensamos (Entrevista 9, Agosto de 2017, Maputo).*

#### *4.10. Estratégia usada para intervir no caso de reincidência de casos de pacientes deficientes internados*

Perguntou-se aos Assistentes Sociais, no caso de reincidência de casos de pacientes deficientes internados pós reintegração familiar, qual tem sido a estratégia usada para intervir? E, responderam o seguinte: *...aqui, no caso de reincidência, trabalhamos com as famílias, antes de reintegrarmos. Ainda sobre a mesma questão outro Assistente Social disse que: Explicamos que, ele deve ser acarinhado pela sua família.... Fazemos entender que aquela situação poderia acontecer com qualquer um dos familiares... (Entrevista 10, Agosto de 2017, Maputo).*

#### *4.11. Trabalho dos Assistentes Sociais com as famílias para explicar a situação do paciente e os cuidados que devem ter*

A metodologia do diálogo exige que se parta de um conhecimento. Conhecimento que permita o equacionamento do problema eleito para estudo. Assim, o “diálogo não pode prescindir do conhecimento profissional do assistente social, nem do conhecimento de que o paciente/familiar é portador” (Carvalho, 2014, p. 120). Um sem o outro não permite a dialectização crítica necessária de um modo inteligível próprio de conhecer.

Quando perguntamos se os Assistentes Sociais têm trabalhado com as famílias para explicar a situação do paciente e os cuidados que devem ter, responderam o seguinte:

*(...) sim... aqui nos trabalhamos com as famílias...*

*(...) mas, esse trabalho deveria ser continuo... (Entrevista 11, Agosto de 2017, Maputo).*

Portanto, o diálogo deve ocorrer numa relação mutuamente significante, que se manifesta por um apelo de um lado - a intenção ou ajuda profissional, e de outro o de querer ser ajudado. Nele,

realiza-se uma experiência enriquecedora, do qual ambos são sujeitos na investigação do termo eleito e na construção do projecto de existência humana (Carvalho, 2005).

#### *4.12. Medidas/mudanças propõe para se ultrapassar os constrangimentos*

Perguntou-se aos Assistentes Sociais, que medidas/mudanças propõe para se ultrapassar os constrangimentos por eles apresentados? Responderam que:

- *Deve haver maior consideração do trabalho do AS.*
- *Deve se disponibilizar u espaço físico, para que o AS possa melhor trabalhar com os utentes e suas famílias, visto que as conversas com os seus familiares por vezes ocorre no corredor da enfermaria;*
- *Deve haver mais trabalho do AS com as famílias, de modo a sensibilizar a aceitar o seu familiar na condição de deficiência, e fazer perceber que a melhor terapia 'e a terapia familiar;*
- *Nas reuniões que tem ocorrido nos serviços, os AS devem ser incluídos, porque eles fazem parte do processo terapêutico do paciente;*
- *Deve se melhorar os registos de dados dos pacientes, assim facilita a busca pelos seus entes;*
- *Deve haver mais técnicos de Serviço Social no Hospital, para cada serviço deve ter pelo menos 1 profissional da área.* (Entrevista 12, Agosto de 2017, Maputo)

#### *4.13. Apoio psicossocial*

Perguntou-se aos familiares se o Assistente Social falou-lhes da deficiência do seu familiar? Responderam que:

*... sim! Conversamos acerca da doença do nosso familiar. Ele disse que podíamos procurar ajuda na Acção Social do Distrito Municipal* (Entrevista 13, Maputo, Agosto de 2017).

De acordo com CEFSS o AS deve identificar a situação socioeconómica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários com vistas a construção do perfil socioeconómico para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção; realizar abordagem individual e/ou grupal, tendo como objectivo trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes; trabalhar com as famílias no sentido de fortalecer seus

vínculos, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, protecção, prevenção e recuperação da saúde;

Cada família, pensada do ponto de vista sistémico, possui organização e estrutura específicas, dependendo da forma como seus subsistemas interagem entre si e com os sistemas comunitários. As interacções que ocorrem entre os subsistemas dão-se nos limites ou fronteiras de cada subsistema, que garantem a diferenciação e as características dos mesmos.

Por outro lado, Vasconcelos (2012) afirma que o diagnóstico médico é recebido pelo paciente com grande ansiedade, medo, incerteza, insegurança, pois os planos do futuro estão, quase sempre, ameaçados a não acontecer, o que pode não acontecer quando família e paciente passam a conviver e incorporar esta nova situação no seu processo de viver. Nestes casos, a família se adequa a este processo de doença, organizando-se no dia-a-dia no sentido de atender as necessidades do paciente e, ao mesmo tempo, de continuar vivendo dentro do novo contexto.

#### *4.14. Visitas domiciliares*

Perguntou-se aos familiares se o Assistente Social tem feito visitas ou se tem ligado para saber do estado do seu familiar? A resposta foi:

*(...) não, desde que vieram deixar o nosso familiar aqui, não ligaram e nem apareceram.*  
(Entrevista 14, Agosto de 2017, Maputo).

Durante as visitas dos familiares, o Assistente Social, tem a oportunidade de proporcionar informações à família, conhecer melhor a relação do paciente com a mesma e aprender a valorizar as pistas que a família tem acerca da vida do seu familiar antes da internação. Estas informações auxiliam os profissionais de saúde a conhecer hábitos, costumes e valores dos pacientes.

#### *4.15. Diálogo entre o Assistente social e os familiares sobre os cuidados a ter com o paciente reintegrado*

Vendo a família como uma totalidade é necessário também perceber que esta vive em um contínuo processo de mudanças, tanto geradas por factores internos como por factores externos, como o desemprego por exemplo. Porém, geralmente são os factores internos, como um de seus

membros ser acometido por uma deficiência física ou doença inesperada, que provocam um estresse familiar, sendo necessária uma visão abrangente da instituição.

Muitas vezes instituições como hospitais, estão voltados somente para solucionar o problema de seus usuários, buscando evoluir cada vez mais em técnicas e exames para sanar as doenças dos mesmos. Neste contexto a instituição lida com a família somente no sentido de torna-la uma aliada na solução do caso do membro com problemas, deixando de trabalhar a doença como uma questão do grupo familiar num todo.

Perguntou-se aos familiares se o Assistente Social falou dos cuidados a ter com o seu familiar e a resposta foi:

*(...) sim. Ele nos disse que temos que tratar bem o nosso familiar para não ficar isolado.*  
(Entrevista 15, Agosto de 2017, Maputo).

Sabe-se que a doença não é algo inteiramente desconsiderada no quotidiano das pessoas. No entanto, somente quando alguém é acometido por alguma patologia é que se percebe o quanto se está despreparado para vivenciá-la. Torna-se um desconforto e unia situação de crise toma conta da família.

Em situações de doença e de hospitalização, novos desafios e enfrentamentos se fazem notar, sendo impossível não considerá-los. Haverá obrigatoriamente um reajuste ou redefinição nos planos de vida do indivíduo e da família. De maneira geral, todas essas mudanças estarão condicionadas de acordo com o tipo de doença e sua fase evolutiva, idade, nível socioeconómico e cultural, estrutura familiar e condições adaptativas destes na nova situação. Os desafios de um adolescente que descobre ter diabetes, por exemplo, são diferentes dos de um adulto jovem ou de uma família com filhos pequenos.

A situação de trabalho e económica das famílias das entrevistadas, segundo relato das mesmas, eram precárias, pois foram apresentadas condições subalternas de emprego, a actuação em dois empregos para aumentar a renda que não atendia as necessidades da família, trabalhos durante a madrugada sem folgas durante a semana, inserção no mercado de trabalho de um genitor somente, mas principalmente trabalhos informais com remunerações baixas (inclusive abaixo do salário mínimo), bem como, desemprego.

Vitale (2002), afirma que entre as mudanças nos laços familiares estão as chamadas famílias monoparentais, ou seja, que vivem um único progenitor com os filhos que não são adultos ainda, e ressalta que podem ter uma condição de vida mais frágil, portanto, deve-se ser abordado seus vínculos, suas relações com a rede familiar. E, os familiares também afirmaram que:

*(...) o melhor lugar para o paciente ficar é junto a sua família. Mas, as condições é que não permitem, devido a falta de recursos financeiros para fazer face a nova realidade, por isso mesmo que muitos afirmaram que nestas situações o apoio é fundamental* (Entrevista 16, Agosto de 2017, Maputo).

Em todos os pacientes internados deve ser observado o aspecto ligado à vida do indivíduo como as diversidades de estilos familiares, as diversidades culturais e as várias formas de estruturas familiares.

A família incorporando-se como unidade de cuidado dos pacientes e a inclusão desta em todo o processo do cuidar oferecidos pela equipe de saúde é de extrema importância, pois quanto mais orientado e crítico em relação à doença melhores serão os enfrentamentos e possibilidades de convivência adequada com a doença.

Para Mioto (1994, p. 124), “a análise realizada sobre intervenção na família e espaço institucional repousa na ideia de que família é uma unidade”. Enquanto tal, os problemas apresentados por ela devem ser analisados dentro de uma perspectiva de totalidade.

Nesta perspectiva, o grupo familiar tem o papel decisivo na estruturação das dificuldades de seus membros.

## CONCLUSÃO

Tendo em vista os objectivos propostos para este estudo, concluímos que os factores comuns e frequentes que contribuem nos casos de reincidência de pacientes deficientes físicos pós reintegração familiar tem a ver com a falta de acompanhamento psicossocial e integrativa por parte dos Assistentes sociais, visto que o estresse das famílias dos deficientes face a nova realidade.

Tendo estes sido pegos de surpresa no que refere a condição do familiar, aliado a pobreza, visto que, a maioria dos casos presenciados, os pacientes estão inseridos em famílias de renda baixa gera o isolamento dos pacientes condicionado pelo descuido e discriminação que sofre nas suas famílias pelo facto de ser deficiente físico e dependente para realizar maior parte das suas necessidades (higiene, lazer, alimentação etc.). A falta de consciência dos Assistentes Sociais que a família do paciente internado se transforma em um usuário de seus serviços, necessitando tanto de atendimento quanto o paciente.

Este estudo conclui que a reintegração familiar dos pacientes é incompleta e aceita-se as hipóteses de que a falta de acompanhamento do Assistente Social após a reintegração familiar do paciente deficiente assim como o fraco acompanhamento dos familiares deste está associado aos casos de reinternamento.

É importante ressaltar que o desempenho dos assistentes sociais no campo da saúde apresenta configurações distintas em função da sua inserção no sistema de saúde, contudo, o MISAU (2007), descreve os procedimentos referentes às tarefas do técnico de Acção Social, nas Unidades Sanitárias (US), onde um dos atributos importantes desses profissionais é o de fazer avaliação de integração na família para evitar situações de recaídas dos utentes.

Portanto, a não se fazer monitoria e avaliação dos pacientes reintegrados, acaba este profissional a não cumprir com o seu papel na íntegra. Assim, não há promoção da prestação de serviços de qualidade centrados no doente e baseados em parcerias com o doente, família, instituições e cuidados informais.

Durante o desenvolvimento dos trabalhos com as famílias houve, por parte de alguns familiares uma intensa participação nas actividades, interesse pelos assuntos repassados e uma nítida

compreensão sobre os aspectos inerentes à deficiência. Por outro lado, muitos eram convidados, mas não frequentavam regularmente os grupos de família.

Nestes termos, o atendimento às famílias suscita uma abordagem multidisciplinar para dar conta da dinâmica complexa que permeia este sistema. Portanto, o Assistente Social é o profissional que pode contribuir em propor e executar medidas, que irão reverter benefícios para o usuário e de sua família enquanto grupo.

O grande desafio para o profissional de Serviço Social, inserido na área da deficiência física, é o de sobrepor os preconceitos e estigmas o qual são submetidos os deficientes físicos e familiares. Através de atitudes críticas, investigativas e do deciframento da realidade, o profissional poderá transformar esta condição de sofrimento por parte dos deficientes e criar condições para um agir competente e comprometido com a população, em especial as classes populares. Para tanto é necessário ao profissional, apropriar-se das políticas públicas voltadas ao seu público-alvo, bem como promover articulações no sentido ampliar o âmbito de cobertura dos direitos sociais destinados à população no geral e aos deficientes em particular.

De acordo com os resultados do estudo, recomendamos o seguinte: que se elabore e implemente um plano de monitoria e avaliação da integração dos pacientes, onde deve se fazer visitas domiciliares, a cada mês, pelo menos três vezes em no mínimo um período de três meses, de modo a dar o apoio psicossocial às famílias e para aferir a evolução do paciente no seio familiar, de modo a prevenir casos de reincidência de internamento dos pacientes pós reintegração. Situar paciente e família neste momento de mudanças para a vida de ambos.

Através do modelo ecológico, trabalhar com os familiares e o paciente de modo a libertar as suas capacidades de adaptação e simultaneamente melhorar o seu ambiente. O propósito principal é melhorar a interação e comunicação entre eles, com os sistemas que lhes rodeiam, através de entrevista, diagnóstico (enfoque sistémico) e elaboração de genogramas e ecomapas que possibilitem a demonstração de que as relações familiares são de interesse dos profissionais de saúde e importantes para a saúde de cada um de seus membros.

O sector de Serviço Social deve capacitar os Assistentes Sociais em matéria de trabalho com famílias de modo a fazer com que os mesmos tenham a consciência que a família do paciente

internado se transforma em um usuário de seus serviços, necessitando tanto de atendimento quanto o paciente e que eles como profissionais, são a ponte entre o paciente, família, instituição e demais profissionais da área. É importante também realçar a necessidade de existência de Assistentes Sociais em todos os serviços disponíveis no Hospital, para atender as demandas dos utentes assim como dos profissionais do Hospital.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDER – EGG. Ezequiel. Introdução ao Trabalho Social. Petrópolis, Editora Vozes, 1995.
- BERTALANFFY, W. V. Teoria Geral dos Sistemas. In: Serviço Social na Saúde. Lisboa: Pactor, 2014.
- BRANCO, F. e FERNANDES, E. O Serviço Social em Portugal: Trajectória e encruzilhada. In: Revista Intervenção Social. Lisboa, 1999.
- BRAVO, S. e MATOS, F. O Serviço Social e o Espaço Institucional da Saúde como Campo de Actuação Profissional. s/1, 2006.
- CFESS. Parâmetros para a actuação de Assistentes Sociais na Saúde. Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). Brasília, 2009.
- CARVALHO, M.I. A Pesquisa do Serviço Social em Portugal: evidências e provocações. Texto & Contexto. Porto Alegre, 2014.
- \_\_\_\_\_. Serviço Social em Portugal: Percurso Cruzado Entre a Assistência e os Direitos. Revista Serviço Social & Saúde. Porto Alegre, 2012.
- \_\_\_\_\_. In: A Família Contemporânea em Debate. São Paulo: EDUC/Cortez, 2000.
- \_\_\_\_\_. A Priorização da Política Social. In: KALOUSTIAN, S. (org.) Família Brasileira a Base de Tudo. São Paulo: Cortez, UNICEF, 2005.
- CUETO, M. The Origins of Primary Health Care and Seective Primary Health Care. American Journal of Public Health. 2004.
- FAZENDA, M. K. Introdução ao Modelo Sistémico. In: Carvalho, M. I. Política de Saúde na Atual Conjuntura: Modelos de Gestão e Agenda para a Saúde. 1.ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007.
- FRANCISCO, A. Sociedade Civil em Moçambique e no Mundo. Desafios para Moçambique 2010. Maputo, 2010. p.51–106. Disponível em: [http://www.iese.ac.mz/lib/publication/outras/ideias/Ideias\\_24.pdf](http://www.iese.ac.mz/lib/publication/outras/ideias/Ideias_24.pdf). Acesso no dia 20 de Fevereiro de 2017.

- \_\_\_\_\_ . Moçambique: Protecção Social no Contexto de um Estado falido mas não Falhado. Mocambique: Maputo, 2010. Disponível em: [www.iese.ac.mz](http://www.iese.ac.mz). Acesso no dia 14 de Maio de 2017.
- FURTADO, Emanuel Teófilo. Preconceito no Trabalho e a Discriminação por Idade. São Paulo: 2004.
- GIL, António Carlos. Como Elaborar Projectos de Pesquisa. 4<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- \_\_\_\_\_ . Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 5<sup>a</sup>. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GÓIS, João Bôsko Hora. Protecção Social e Serviço Social: Comentários a Propósito da Revisão Curricular. Anais do VIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 1995.
- GRAY, M., Healy, K. & Crofts, P. Social Enterprise: is it the Business of Social Work? Australian Social Work. 2003.
- HANLON, B.J. How the Cold War shaped Mozambique today. 2010.
- HOSPITAL Central de Maputo. Relatório de Actividades. Maputo, 2014.
- \_\_\_\_\_ . Manual de Práticas do Serviço Social em Ambiente Hospitalar. Maputo, 2011.
- \_\_\_\_\_ . Relatório Anual do Serviço Social. Maputo: 2010.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela. A Questão Social no Capitalismo. Temporalis. 2010.
- \_\_\_\_\_ . O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional. 3<sup>a</sup> Ed. São Paulo: Cortez, 2000.
- JULIA, M. e KONDRAT, M.E. Health Care in the Social Development Context - Indigenous, Participatory and Empowering Approaches. International Social Work. s/l. 2005.
- KALOUSTIAN, Sílvio Manoug (org.). Família Brasileira, a Base de Tudo. ed. 2. São Paulo: Cortez, Brasília, DF: UNICEF, 1994.
- LAKATOS, Eva Maria. MARCONI, Maria de Andrade. Fundamentos de Metodologia Científica. 5<sup>a</sup>. ed. - São Paulo : Atlas, 2003.

- MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. Revista: Serviço social e Sociedade. São Paulo, n. 107. pp. 479-505, 2011.
- \_\_\_\_\_. Serviço social na área da saúde: uma relação histórica. In: CARVALHO, Maria Irene L. B. Intervenção Social, nº 28, 2003.
- LAIRD, S.E. Inter-ethnic conflict: a role for social work in sub-Saharan Africa. Social Work Education. 2004.
- MATUSSE, Olivia Maria. Manual de metodologia de investigação científica para monografias escolares e coentificas. 4ª Edição. Maputo: Gito Amaral Matabo. 2013.
- MELLO, S. L. de. Família: Perspectiva teórica e observação factual. In: CARVALHO, M. C. B (org.). A família Contemporânea em debate. São Paulo: EDUC/Cortez, 2000.
- MENESES, I. J. Exclusão social e políticas sociais: os casos dos municípios de Maputo e Beira. Portugal: Lisboa, 2010. Disponível em : <http://run.unl.pt/handle/10362/6104>. acesso no dia 07 de Agosto de 2017.
- MIGUEL, J.P. A Saúde em Tempos de Transição ( 1968-1974 ). 1974. s/d.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Saúde, Reformar para uma Melhor Saúde. Maputo, 2007.
- MIOTO, R. C. T. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. In: SALES, M. et al. (orgs.) Política social, família e juventude: uma questão de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- \_\_\_\_\_. Cuidados Sociais Dirigidos à Família e Segmentos Sociais Vulneráveis. In: Capacitação em Serviço Social e política social, módulo 04. O Trabalho do Assistente Social e as Políticas Sociais. Brasília: UnB, 2000.
- \_\_\_\_\_. Família e Serviço Social. In: Serviço Social & Sociedade, nº 55. São Paulo: Cortez, 1997.
- \_\_\_\_\_. Sistematização, Planejamento e Avaliação dos Assistentes Sociais no campo da saúde. In: MOTA. A. E (orgs.).Serviço Social e Saúde: São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 1991.

- MUPEDZISWA, R. The quest for relevance: Towards a conceptual model of developmental social work education and training in Africa. *International Social Work*. 2001.
- NEDER, Gizlene. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. 2<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 2000.
- NETTO, J.P. Ditadura e Serviço Social: Uma análise do Serviço Social no Brasil pós- 64. 2007.
- OLIVEIRA, D. V. Serviço Social e Saúde: 30 Anos num Hospital de Ensino da Rede Pública de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, I Congresso Científico multidisciplinar do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.
- ONU. Declaração de Direitos das Pessoas Deficientes. Convenção da Organização das Nações Unidas, 2008.
- \_\_\_\_\_. Programa de Acção Mundial para as Pessoas Deficientes. Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, 1999.
- \_\_\_\_\_. Declaração de Direitos das Pessoas Deficientes. Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, 1975.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas à Saúde - Décima Revisão. São Paulo: Edusp, 2001.
- \_\_\_\_\_. Classificacion internacional de las deficiencias actividades e participacion: um manual de las dimensiones de la inhabilitacion e su funcionamiento. Genebra, 1997. (Versão preliminar).
- PENA, Maria J. A Relação profissional no quadro da intervenção do assistente social. *Revistainternacional do trabalho social e bem - estar*, nº 3, 2014.
- PFEIFFER, J. International NGOs and primary health care in Mozambique: The need for a new model of collaboration. *Social Science and Medicine*. 2003.
- PRODANOV, Cleber C. e FREITAS, Ernani C. de. Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Académico. Rio Grande do Sul – Brasil, 2000.
- PUEL, Elisia. Saude mental: transpondo as fronteiras hospitalares. Porto Alegre: Da Casa, 1991.

- RICHARDSON, R. J. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo:Atlas;1999.
- RWOMIRE, A. e RADITLHOKW, L. Available through a partnership with Social Work in Africa: Issues and Challenges Introduction: Conceptual and Contextual Background. Journal of Social Development in Africa. 1996.
- SANTANA, J.S. “ O branco não tem panela para nos cozer ”: eco popular dos movimentos panfricano e nacionalista no sul de Moçambique. Sankofa. Revista de História da África e de Estudos da Diáspora Africana. 2013.
- SILVA, L. Aparecida Brito. A actuação do assistente social e âmbito hospitalar. Interdisciplinar: Revista Electrónica da Univar. Ago 2013, n.º 10, Vol – 2, 2013.
- \_\_\_\_\_. A intervenção psicossocial. Lisboa, Universidade aberta, 2001.
- SZYMANSKI, Heloisa. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudança. In: Serviço Social e Sociedade. Nº 71: São Paulo, Cortez, setembro de 2002.
- VASCO, E. A formação profissional de policiais e enfrentamento da delinquência nos marcos da edificação do Estado Moçambicano (1975-1990). Revista do laboratório de Estudos da Violência da UNESP/Marília. 2012.
- VASCONCELOS, P. Redes de apoio familiar e desigualdade social: estratégias de classe. Análise Social. São Paulo: Cortez, 2012.
- \_\_\_\_\_. A prática do serviço social: quotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 2.ª Ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- VIEIRA, S.P. Crescimento económico, desenvolvimento humano e pobreza: Análise da situação em Moçambique. In Documentos de Trabalho. CESA, Ed. Lisboa: CESA universidade Técnica de Lisboa, 2005.
- VILALE. M. A. F. Famílias monoparentais: indagações. Revista Serviço Social & Sociedade, Nº 71. São Paulo: Cortez, 2002.
- WATERHOUSE, Rachel & Lauriciano, Gil. Contexto político e institucional da protecção social em Moçambique, 2010.



**UNIVERSIDADE**

**EDUARDO**

**MONDLANE**

**Faculdade de Letras e Ciências Sociais**

**Licenciatura em Serviço Social**

**Guião de entrevista aos pacientes**

1. Sexo:

Feminino\_\_\_

Masculino\_\_\_

2. Qual é a sua idade?

3. Qual é o seu estado civil?

4. Com quem vive?

5. Quando foi reintegrado?

6. Quando foi reintegrado na sua família, como eles te tratavam?

a) Muito bem ( )

b) Bem ( )

c) Mal ( )

d) Outro \_\_\_\_\_

7. Após ter tido alta, teve algum acompanhamento do assistente social em casa?

8. Quando foi reintegrado, o Assistente Social conversou com a sua família acerca da sua deficiência?



**UNIVERSIDADE**

**EDUARDO**

**MONDLANE**

**Faculdade de Letras e Ciências Sociais**

**Licenciatura em Serviço Social**

**Guião de entrevista aos Assistentes Sociais**

1. Quanto tempo de serviço tem neste sector?
2. Quais os serviços que presta aos utentes?
3. Qual é o papel do Assistente Social na reintegração dos pacientes deficientes?
4. Como é feita a reintegração dos pacientes deficientes?
5. Como avalia a maneira como é feita a reintegração familiar do paciente deficiente?
6. Quais são os principais constrangimentos e/ou dificuldades com que se depara na reintegração dos pacientes deficientes?
7. Existe no Hospital um plano de monitoria e avaliação para o seguimento dos pacientes deficientes?
8. Como avalia o papel do assistente social no atendimento/acompanhamento dos pacientes deficientes?
9. No caso de reincidência de casos de pacientes deficientes internados, qual tem sido a estratégia usada para intervir?
10. Os Assistentes Sociais têm trabalhado com as famílias para explicar a situação do paciente e os cuidados que devem ter?
11. Que medidas/mudanças propõe para se ultrapassar esses constrangimentos?



**UNIVERSIDADE**

**EDUARDO**

**MONDLANE**

**Faculdade de Letras e Ciências Sociais**

**Licenciatura em Serviço Social**

**Guião de entrevista a família do Paciente**

1. O Assistente Social falou-vos da deficiência do vosso familiar?
2. O Assistente Social tem feito visitas ou tem ligado para saber do estado do vosso familiar?
3. O Assistente social falou dos cuidados a ter com o vosso familiar?
4. Acha que o melhor lugar onde o vosso familiar pode estar é no Hospital ou aqui com a família?



**UNIVERSIDADE**

**EDUARDO**

**MONDLANE**

**Faculdade de Letras e Ciências Sociais**

**Licenciatura em Serviço Social**

**Diário de Campo**

<b>Aspectos a observar</b>	<b>Grupo Alvo</b>	<b>Local</b>	<b>Comentários</b>
Acompanhamento dos pacientes internados	Paciente e Assistentes Sociais	Serviços de Medicina	
Reintegração dos pacientes	Paciente, assistentes sociais e familiares	Nas suas casas	
Papel do Assistente Social na reintegração dos pacientes	Assistentes Sociais	Nos Serviços de Medicina e na casa do paciente	
Monitoria e avaliação dos casos dos pacientes reintegrados	Pacientes e Familiares		

## **SOLICITAÇÃO DE REVISÃO ÉTICA AO CIBS**

Eu, Patrúcinio de Sérgio Victor Major, investigador principal do estudo com o título “O CONTRIBUTO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO PROCESSO DE REINTEGRAÇÃO FAMILIAR DOS PACIENTES DEFICIENTES FÍSICOS - ESTUDO DE CASO: SERVIÇOS DE MEDICINA DO HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO”, estudante do 4º ano do curso de Licenciatura em Serviço Social. Solicito ao CIBIS da Faculdade de Medicina, a revisão científica do meu protocolo.

Os nossos melhores cumprimentos.

Maputo aos, 5 de Junho de 2017

---

**Patrúcinio de Sérgio Victor Major**

(investigador principal)

## **TERMO DE COMPROMISSO DO INVESTIGADOR**

Eu, Patrúcio de Sérgio Victor Major, investigador principal do estudo com o título “O CONTRIBUTO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO PROCESSO DE REINTEGRAÇÃO FAMILIAR DOS PACIENTES DEFICIENTES FÍSICOS - ESTUDO DE CASO: SERVIÇOS DE MEDICINA DO HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO”, comprometo-me, em cumprir todos os requisitos éticos Nacionais e Internacionais estipulados para pesquisa envolvendo humanos, respeitar a autonomia individual dos participantes do estudo, maximizar os benefícios e minimizar os riscos, bem como proteger a privacidade e manter a confidencialidade de todos os participantes da pesquisa. Comprometo-me igualmente em não efectuar qualquer alteração ao protocolo aprovado pelo Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina & Hospital Central de Maputo (CIBS FM&FM), do consentimento informado de cada participante ao meu estudo e processar toda a informação obtida com toda confidencialidade. Finalmente, comprometo-me que todos os dados recolhidos no âmbito deste estudo não serão usados para quaisquer outros fins que não sejam os referidos no protocolo de pesquisa submetido ao CNBS.

Os nossos melhores cumprimentos,

Maputo aos, 5 de Junho de 2017

---

**Patrúcio de Sérgio Victor Major**

(investigador principal)

## **DECLARACAO DO SUPERVISOR PARA REVISÃO ETICA AO CIBS FM&HCM**

Eu, **Emídio De Brito Moiana**, supervisor do estudante Patrucínio De Sérgio Victor Major, investigador principal do estudo com o título “O CONTRIBUTO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO PROCESSO DE REINTEGRAÇÃO FAMILIAR DOS PACIENTES DEFICIENTES FÍSICOS - ESTUDO DE CASO: SERVIÇOS DE MEDICINA DO HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO”, declaro que o protocolo já está pronto para submissão ao CIBS-FM&HCM.

Melhores cumprimentos.

Maputo aos, 5 de Junho de 2017

---

**Dr. Emídio De Brito Moiana**

(Supervisor)

## DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

Eu, Patrúcinio de Sérgio Victor Major, investigador principal do estudo com o título “O CONTRIBUTO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO PROCESSO DE REINTEGRAÇÃO FAMILIAR DOS PACIENTES DEFICIENTES FÍSICOS - ESTUDO DE CASO: SERVIÇOS DE MEDICINA DO HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO”, declaro que participei na elaboração do protocolo de pesquisa e estarei directamente envolvido na recolha de dados, análise e apresentação dos resultados da pesquisa acima citada. Esta pesquisa não trará nenhum benefício financeiro. Não existe nenhum vínculo com companhias farmacêuticas que produzam fármacos ou outras tecnologias usadas no estudo. Esta pesquisa é levada a cabo pelo seu interesse científico e pela sua importância para a saúde pública. Assim, declaramos que não antevemos nenhum tipo de conflito de interesse com relação a pesquisa que lidero como investigador principal.

Maputo aos, 5 de Junho de 2017

---

Patrúcinio de Sérgio Victor Major

(investigador principal)

## FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E FOLHA DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Este estudo tem como tema “O CONTRIBUTO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO PROCESSO DE REINTEGRAÇÃO FAMILIAR DOS PACIENTES DEFICIENTES FÍSICOS - ESTUDO DE CASO: SERVIÇOS DE MEDICINA DO HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO”. É um estudo liderado por mim como investigador principal e enquadra-se no âmbito da conclusão da licenciatura em Serviço Social na Universidade Eduardo Mondlane. Visa conhecer “o contributo dos assistentes sociais no processo de reintegração familiar dos pacientes deficientes físicos”. Para recolher os dados da investigação será feita uma entrevista que é dirigido aos pacientes deficientes internados nos serviços de medicina do Hospital Central de Maputo, assim como aos seus familiares e aos Assistentes Sociais. Esse estudo vai ajudar a melhorar a intervenção do Assistente Social, e as informações serão recolhidas de forma voluntaria e são de carácter confidencial e serão utilizadas para o uso restrito deste trabalho. Em caso de dúvidas ou desistência, deixo o meu contacto abaixo. Agradeço, desde já, a contribuição de todos.

---

Investigador principal

---

participante no estudo

Contactos: 848916598/824055596 – **Patrúcio de Sérgio Victor Major**



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO  
DIRECÇÃO CIENTÍFICA E PEDAGÓGICA

Ao  
Comité Institucional da Bioética para a Saúde  
Faculdade de Medicina

N:Ref: /DCIEF-HCM/17

Maputo, aos 03 de Agosto de 2017

Assunto: **Carta de Cobertura**

O Hospital Central de Maputo autoriza a realização do trabalho de pesquisa intitulado “ **O papel do assistente social no processo de reintegração dos pacientes deficientes físicos internados** Estudos de caso: **Serviços de Medicina do Hospital Central de Maputo,**” no Departamento de Medicina e Serviço Social do HCM, cujo autor é o Sr. Patrúcinio De Sérgio Vitor Major.

Solicitamos a Vossa apreciação e aprovação ética.

Atenciosamente,

A Directora Científica e Pedagógica

Prof. Doutora Sandra Mavale

Pediatra/Pneumologista Pediatra/PhD

---

Hospital Central de Maputo. Av. Agostinho Neto 1164. Tel/Fax 21320287/8



REPUBLICA DE MOÇAMBIQUE  
 MINISTÉRIO DA SAÚDE  
 DIRECÇÃO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

*Ap Administradores  
 para garantir a  
 implementação;*  
*[Signature]*  
 08/11/07

*cópias para:  
 - Dra. Tolita  
 - DRH.*

A  
 Todas Direcções Provinciais de Saúde  
 Todos os Hospitais Centrais e  
 Todos os Hospitais Provinciais

*\* para acção. 13  
 11  
 07*  
*[Signature]*  
 Nota n.º 564/GPS-3/DNAX/O'E

Maputo, aos 30 de Outubro de 2007

Assunto: Tarefas do Técnico de Acção Social no Hospital

Exmos Senhores,

Em tempo, enviamos a V.Excias, documento sobre os procedimentos referentes às tarefas do Técnico da Acção Social, nas nossas Unidades Sanitárias.

Tendo o documento sido aprovado por S.Excia o Ministro da Saúde, vimos por meio desta enviar a V.Excia, a versão final, **para o cumprimento imediato.**

Sem mais assunto de momento, nossas cordiais saudações.

O Director Nacional

**Dr. Américo Rafi Assan**  
 Médico Assistente Hospitalar – Cirurgião Geral

C.C. S.Excia Ministro da Saúde

HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO  
 SECRETARIA GERAL  
 Entrada n.º 2134  
 Data 07/11/07  
 Hora 18:30

ENDEREÇO:  
 MINISTÉRIO DA SAÚDE  
 C. POSTAL  
 Av. Eduardo Mondlane/Salvador Allende  
 MAPUTO – MOÇAMBIQUE

Telefones: 301897/314127/314128  
 Telex: 6-239 MISAU MO  
 FAX: 258 (1) 301897  
 258 (1) 314127

### Objectivo Geral

Melhorar a prestação de serviço ao utente a nível dos hospitais

### Objectivos específicos:

- Contribuir na melhoria da qualidade de atendimento dos utentes
- Contribuir para a melhoria do grau de satisfação do utente hospitalizado, ambulatório e seus familiares fornecendo toda informação possível.
- Capacitar o outro pessoal de saúde para um atendimento personalizado com vista a melhoria da prestação de cuidados de saúde ao utente, razão de ser do Hospital
- Instituir procedimentos da actividade social com nível de atenção eficaz de modo a garantir a satisfação do utente pelos serviços prestados e recebidos desde o primeiro ingresso até a alta.
- Investigar a problemática social do utente e orienta-lo para a sua solução
- Realizar pesquisas/investigação a nível do hospital ou comunidades

### A estrutura de gestão dos Serviços de Apoio aos Utentes

- A nível central: Um coordenador Nacional
- A nível da Unidade sanitária: O Chefe do serviço de apoio ao utente que será coadjuvado por outros técnicos depende da disponibilidade de recursos humanos e do volume de actividade
- A nível da enfermaria: Um ponto focal (Responsável pelo contactos dos utentes dos conselhos de bases)

### A nível Central:

Existirá uma área que será responsável pela coordenação das actividades dos gabinetes de apoio ao utente a nível dos hospitais. Essa estrutura de coordenação terá as seguintes atribuições:

- Criar e consolidar uma estrutura que dinamize, organize, coordene supervise e avalie o Serviço de Apoio ao Utente
- Desenhar directrizes de funcionamento dos serviços de apoio de utente
- Restaurar o funcionamento dos gabinetes dos utentes a nível dos hospitais
- Desenhar uma estratégia educativa dirigida a todos trabalhadores que asseguram a captação da intervenção de qualidade com base nos princípios e valores e da dignidade humana.
- Capacitar o pessoal existente nos Hospitais para permitir uma intervenção uniformizada e melhoria dos serviços de atendimento personalizado

- Monitorar as reclamações identificadas e dar as respectivas respostas ou encaminhá-lo a direcção geral ou área específica
- Identificar os pontos focais a nível dos sectores
- Incentivar a melhoria a relação entre o utente e Técnico de saúde
- Garantir o conforto, comodidade e continuidade de consultas, minorar o tempo de espera, apoiar nos internamentos, prestar sempre uma relação de ajuda ao utente
- Programar e gerir actividades de seguimento dos utentes nas enfermarias consultas e nos domicílios.
- Conceber estudos de abandono ou rejeição pelas familiares
- Realizar inquéritos sobre satisfação dos utentes
- Elaborar relatórios de actividades (Mensal, trimestral, semestral e anual)
- Elaborar dados estatísticos dos casos

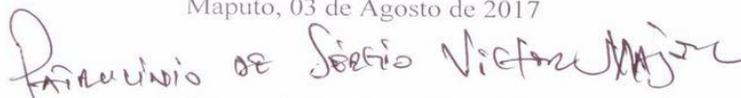
Serviço de Apoio Social ao utente  
Suas atribuições:

- Orientar e apoiar o utente na solução de seus problemas de âmbito social
- Definir critérios para intervenção social a dispensar aos utentes,
- Pesquisar e conhecer os factores que influenciam o surgimento e evolução de perturbações psicossociais dando impacto aos factores de natureza cultural e outras influências
- • Fazer avaliação de integração na família para evitar situações de recaída dos s utentes
- Garantir a comprar medicamentos o transporte de regresso aos doentes indigentes no pós alta para as suas zonas de origem
- Coordena a reintegração do doente na sua comunidade e família, (doentes psiquiátricos, idosos, doentes crónicos
- Facilitação na aquisição de medicamentos, muletas, taxas hospitalares (internamento, exames médicos) para os carentes.
- Encaminhamento dos casos a outras Instituições, como MMUCAS para os indigentes e Cadeia Civil e Policia para reclusos.
- Elaborar dados estatísticos dos casos (Mensal, trimestral, semestral e anual)
- Elaborar relatórios de actividades (Mensal, trimestral, semestral e anual)

### Termo de Compromisso

Eu Patrúcio De Sérgio Vitor Major, comprometo-me a apresentar os resultados do trabalho intitulado “**O papel do assistente social no processo de reintegração dos pacientes deficientes físicos internados- Estudo de caso: Serviço de Medicina do Hospital Central de Maputo,**” onde recolhi os dados, e depositar uma cópia do trabalho na Direcção Científica e Pedagógica do HCM.

Maputo, 03 de Agosto de 2017



Patrúcio De Sérgio Vitor Major

**Cc: Dr. Hélder Lopes** – Director do Departamento de Medicina

**Cc: Dra. Tolita Arone Guiliche** – Chefe do Serviço de Acção Social

---

Hospital Central de Maputo. Av. Agostinho Neto 1164. Tel/Fax 21320287/8