



Orlando Clementino Mununga Chaximbe
Fernanda de Oliveira Sarreta



Serviço Social
e Humanização
da Atenção na
Saúde de Angola



Serviço Social e Humanização da Atenção na Saúde de Angola



Pedro & João
editores

**Orlando Clementino Mununga Chaximbe
Fernanda de Oliveira Sarreta**

Serviço Social e Humanização da Atenção na Saúde de Angola



Copyright © Autoras e autores

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos da autora e do autor.

Orlando Clementino Mununga Chaximbe; Fernanda de Oliveira Sarreta

Serviço Social e Humanização da Atenção na Saúde de Angola. São Carlos: Pedro & João Editores, 2023. 156p. 16 x 23 cm.

ISBN: 978-65-265-0146-7 [Impresso]

978-65-265-0147-4 [Digital]

DOI: 10.51795/9786526501474

1. Serviço social. 2. Humanização. 3. Saúde social 4. Angola. I. Título.

CDD – 360

Capa: Petricor Design

Ficha Catalográfica: Hélio Márcio Pajeú – CRB - 8-8828

Diagramação: Diany Akiko Lee

Editores: Pedro Amaro de Moura Brito & João Rodrigo de Moura Brito

Conselho Científico da Pedro & João Editores:

Augusto Ponzio (Bari/Itália); João Wanderley Geraldi (Unicamp/ Brasil); Hélio Márcio Pajeú (UFPE/Brasil); Maria Isabel de Moura (UFSCar/Brasil); Maria da Piedade Resende da Costa (UFSCar/Brasil); Valdemir Miotello (UFSCar/Brasil); Ana Cláudia Bortolozzi (UNESP/ Bauru/Brasil); Mariangela Lima de Almeida (UFES/Brasil); José Kuiava (UNIOESTE/Brasil); Marisol Barenco de Mello (UFF/Brasil); Camila Caracelli Scherma (UFFS/Brasil); Luís Fernando Soares Zuin (USP/Brasil).



Pedro & João Editores

www.pedroejoaoeditores.com.br

13568-878 – São Carlos – SP

2023

Dedico este livro a minha querida Mãe, Rosa Clementina Mununga, por ter me dado à educação, base perfeita para construir o saber dentro do mundo das ideias. Especialmente à minha esposa Rosa António Issenguele Chaximbe, e aos meus filhos, Uriana, Oriana, Roland e Denzel. Aos meus irmã/os e sobrinhos, não esquecendo o meu tio Lourenço.

Orlando.

SUMÁRIO

PREFÁCIO	9
Carla Agda Gonçalves	
INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 CONSTRUÇÃO DA PESQUISA	19
1.1 Relevância do tema e do problema	19
CAPÍTULO 2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DE ANGOLA	31
2.1 Contextualização sócio histórica do país	31
2.2 Sistema Nacional de Saúde	37
2.3 Avanços e desafios do setor saúde	47
CAPÍTULO 3 HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO NA SAÚDE	61
3.1 Programa Nacional de Humanização da Assistência na Saúde	61
3.2 Humanização na saúde, princípios e valores	71
3.3 Desumanização na saúde, desafios e possibilidades	76
CAPÍTULO 4 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE	89
4.1 Um olhar sócio histórico do hospital	89
4.2 Hospital Pediátrico David Bernardino de Luanda	94
4.3 Gabinete do Utente e Serviço Social Hospitalar	101
4.4 Serviço Social e ações profissionais no hospital	121
CONCLUSÃO	131

REFERÊNCIA	137
APÊNDICE	145
AUTORA E AUTOR	153
POSFÁCIO	155

PREFÁCIO

Prefaciador um livro com tamanha envergadura é uma responsabilidade imensa, sobretudo pelo lugar que o mesmo ocupa, enquanto uma leitura obrigatória para estudiosos/as, pesquisadores/as, trabalhadores/as, dentre outros/as sujeitos/as que não necessariamente se vinculam de forma direta com à política de saúde. Assim, torna-se fundamental para todos/as aqueles/as que tem como projeto de vida a defesa da dignidade humana, em qualquer parte do mundo. Foi com este desafio que me deparei ao receber o convite feito pelo autor e pela autora.

Do ponto de vista institucional, este livro é resultado do processo de construção do conhecimento entre a autora e o autor que teve seu marco inicial com a parceria estabelecida entre a Universidade Católica de Angola (UCAN) e a Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Campus de Franca/SP, fundamentada na cooperação e solidariedade para a formação de assistentes sociais no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS).

Do ponto de vista do processo de construção de conhecimento, o mesmo decorre de estudos e pesquisas contínuos empreendidos pelo/a autor/a sobre a política de saúde brasileira e angolana, seja na relação orientadora e orientando ou na condição de coordenadora e de membro do Grupo QUAVISSS – Estudos e Pesquisas sobre Política de Saúde e Serviço Social – diante de momentos profícuos que, tecem inúmeros debates, possibilitando trocar conhecimentos, partilhar experiências e construir grandes afetos.

Somente um jovem e talentoso pesquisador e uma experiente e competente pesquisadora (esta referência significativa nos debates na área da Saúde e do Serviço Social) assumiriam o desafio de estudar, com profundidade, o Serviço Social e a Humanização em Saúde na realidade angolana. Esta relação entre eles reflete o

imenso compromisso que ambos possuem – maior que o oceano que os distanciam – nos estudos sobre esta temática da saúde.

Vale ressaltar que a ousadia do/a autor/a é uma característica do presente livro, uma vez que debatem a humanização em saúde – tema este caro que se institui com imensas contradições e interpretações, decorrendo em vultuosos questionamentos e inquietações advindos de pesquisadores/as, trabalhadores, gestores/as e usuários/as da saúde. O relevo da temática se destaca, ainda, frente a conjuntura da pandemia de COVID-19, deflagrando e reiterando as desigualdades sócio-históricas e presentes da ordem do capital.

Uma pandemia com proporções incomensuráveis que revela algumas convergências no que tange as recomendações sanitárias, ao mesmo tempo que demarcam respostas divergentes de ordem políticas, sociais, econômicas e culturais diante da correlação de forças estabelecidas no interior da sociedade de *ethos* burguês.

À luz do materialismo histórico-dialético o livro tem como ponto de partida a análise da contribuição do Serviço Social para a humanização da atenção à saúde no Hospital Pediátrico David Bernardino, em Luanda (Angola). Este percurso de estudo se vê presente em todo momento da obra, demonstrando a coerência com o método assumido a partir da materialidade de suas categorias centrais.

Neste sentido, ao longo da leitura identificamos a concepção materialista da história, a dimensão teórica como fundamento da ação e o movimento dialético em face do real. Trás, ainda, as condições objetivas e materiais, como unidade do diverso, constitutiva e constituinte do movimento do real como pressuposto para o processo de construção do conhecimento, via pensamento e ideias; isso sem perder de vista a análise dos fatos e dos acontecimentos sociais no complexo processo de produção e reprodução da vida

A materialidade deste método se vê ao longo dos capítulos. Inicialmente, realizam a contextualização sócio histórica de Angola e das condições de vida e de saúde população que, agravadas pela

guerra civil, decorrem em grandes problemas à mesma. Mas mesmo diante dos grillhões é possível brotar flores vivas e isso se vê presente quando os autores descrevem compromissos assumidos pelos/as cidadãos/ãs angolanos/as com vistas à melhoria do país.

Uma das expressões das lutas está na conquista da Política Nacional de Saúde de Angola e, com ela, a implantação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) – garantido pela Lei de Base de 1992 – que define como uma das características fundantes o fato de ser universal à população. Contudo, as antinomias do processo demonstram que, diante das insugências da sociedade capitalista, os processos de privatização se presentificam no ataque às políticas sociais, monopolizando os interesses de uma minoria, desfazendo das necessidades dos mais vulneráveis; demonstrando ser uma questão estrutural na lógica do capital, com maiores ou menores intensidades conforme as características sócio-históricas de cada realidade.

Conquanto, no mesmo lugar que se apresentam os desafios demonstram as formas de enfrentamento construídas diante do compromisso por uma saúde de qualidade socialmente referenciada à toda população angolana, materializado em várias ações, dentre elas a implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência na Saúde – momento este que o/a autor/a refletem os conceitos, os princípios e os valores que orientam a humanização na saúde, mas também suas possibilidades e desafios que, por vezes se traduzem no que eles denominaram de desumanização na saúde.

Isto se faz a partir da concepção ampliada de saúde que defendem, compreendida como um bem social e direito fundamental, abrangendo toda a população. Evidenciam, ainda, os direitos garantidos na Constituição de Angola aos/às cidadãos/ãs, incluindo à assistência médica e sanitária na infância, na maternidade, na invalidez, na velhice e em qualquer situação de incapacidade para o trabalho, na medida que deve ser um pré-requisito para o desenvolvimento sustentável e harmonioso do país (ANGOLA, 2010).

Ressaltam a importância da humanização da saúde voltada para o acolhimento das necessidades dos/as utentes em sua totalidade, bem como, para a qualificação da atenção à saúde, que pressupõe uma relação dialética entre o compromisso ético, o cuidado técnico e científico diante de demandas populacionais. Neste sentido, analisam que a efetivação da política de humanização requer compromisso dos/as utentes, dos/as gestores/as e dos/as profissionais; estes últimos vivenciam as dificuldades de materializar seus atendimentos diante da contraposição entre a grande demanda da população pelo atendimento de saúde e a quantidade exígua de profissionais para prestar esta assistência.

Todos estes debates se adensam ao explicitar a particularidade do Serviço Social na saúde, compreendido por eles como uma profissão em constante movimento, demonstrando sua importância com a dimensão investigativa, interventiva e formativa.

A competência no debate empreendido pelo/a autor/a entram em cena ao longo de todo o livro, posto que fazem a articulação das bases teóricas com as falas dos/as assistentes sociais, estas investigadas a partir de núcleos analíticos, quais sejam: núcleo de concepção, núcleo de efetivação e núcleo de limites e possibilidades. O mais incrível que estas análises ocorrem de uma forma transversal, enquanto categorias que se movimentam e expressam uma leveza e, ao mesmo tempo, adensamento a profundidade que nos faz mergulhar no universo estudado – qualidades estas típicas dos dois pesquisadores.

É neste bojo que demarcam, sem pretensão de esgotá-las, as falas de assistentes sociais com significativas contribuições para o exercício profissional na área da saúde, que servem de fio condutor para estudos em diferentes espaços sócioocupacionais situados “além mar ou não”.

Finalizam o livro com grandes contribuições à Política Nacional de Saúde de Angola, e particularmente, à implementação do Programa Nacional de Humanização da Assistência na Saúde,

bem como, ao trabalho dos/as assistentes sociais sinalizando algumas estratégias importantes com vistas à defesa de direitos na perspectiva da cidadania.

Todo esse fôlego e muitos outros que o autor e a autora apresentam no livro com tamanha robustez, possibilitam sanar lacunas existentes no debate sobre a humanização em saúde e sua relação com o trabalho do/a assistente social e, com isso, contribuir com o processo de construção do conhecimento.

A análise crítica empreendida por eles demonstrou que é preciso romper com as fronteiras geográficas para avançar em pesquisas coletivas que identifiquem avanços, limites e desafios, mas sobretudo apontem estratégias – condição precípua para brotar as flores vivas (o que este livro faz com muita maestria). Longe de assumir uma postura fatalista, esta análise crítica apresentada pelos autores demonstram que “A crítica não arranca as flores imaginárias dos grilhões para que o homem suporte os grilhões sem fantasia e consolo, mas para que se livre delas e possam brotar as flores vivas” (MARX, 1977, p.4).

Desta forma, na primavera presente no momento desta publicação, que as flores vivas brotadas com este livro estejam sempre fortalecidas – mesmo que, por vezes, tenham um oceano entre elas.

Primavera de 2022.

Carla Agda Gonçalves

Docente do curso de Serviço Social da UFG

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa foi possível de ser desenvolvida a partir de uma parceria estabelecida entre a Universidade Católica de Angola (UCAN) e a Universidade Estadual Paulista (UNESP) do Brasil. O diálogo estabelecido com o Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (PPGSS), Campus de Franca/SP, fundamentada na cooperação e solidariedade para a formação de assistentes sociais.

A história desse processo representa uma conquista a ser destacada, a partir da necessidade apresentada em 2016 para a formação de assistentes sociais angolanos, e concretizada em 2018 quando inicia a possibilidade de internacionalização, disponibilizando cotas para seleção de profissionais como política de ações afirmativas. Em 2019 concretiza a admissão de 5 (cinco) assistentes sociais angolanos, sendo 1 (um) no doutorado e 4 (quatro) no mestrado, com projetos de pesquisa relevantes que expressam a realidade angolana e as necessidades do trabalho profissional no âmbito das políticas públicas.

A pesquisa foi desenvolvida com apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com a Bolsa Demanda Social, número do processo 88882.433367/2019-01, ao pesquisador Orlando Clementino Mununga Chaximbe.

A escolha do tema, Serviço Social e Humanização da Atenção na Saúde de Angola, é de grande relevância, por ser uma área prioritária para a população do país e em processo de reconstrução. Os problemas decorrentes do conflito civil armado que o país vivenciou, de 1975 a 2002, acarretou consequências na vida da população e nas diversas áreas da sociedade, que exigem respostas profissionais e científicas, especialmente, na saúde.

O desenvolvimento desse estudo fortaleceu o diálogo entre o Serviço Social da Saúde de Brasil e Angola. Nos dois países, a

profissão está inserida nessa política pública e contribui para o acesso da população nos serviços e ações, comprometido com a defesa deste direito universal e público. Assim, a pesquisa tem uma dimensão política e ética visando o enfrentamento da complexidade dos problemas de saúde.

Portanto, a saúde de Angola é uma das prioridades do Estado e da categoria profissional do Serviço Social. Na atualidade, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) criou o Programa Nacional da Humanização da Assistência, em 2014, visando a melhoria da qualidade da atenção e das relações na saúde e com a população, o que leva o/a assistente social a contribuir nesse processo de humanização e na sua própria implantação, em especial, no Hospital. É um problema relevante e atual, visto que o utente enfrenta um atendimento precário e desumanizado, pouca solidariedade, dificuldade de acesso, condições inadequadas de acomodação, falta de informação e falta de recursos humanos em vários setores.

São essas situações que merecem a análise e reflexão, a partir do conhecimento crítico e a pesquisa científica pode contribuir para desvendar esta realidade na saúde para a humanização da atenção. Desse modo, tem como objetivo geral analisar a contribuição do Serviço Social para a humanização da atenção à saúde, no Hospital Pediátrico David Bernardino de Luanda em Angola. E, os objetivos específicos: refletir a compreensão que os/as assistentes sociais têm sobre a humanização da saúde no Hospital; compreender as atividades profissionais, os limites e as possibilidades para a humanização da saúde e identificar as situações de desumanização no Hospital.

É uma pesquisa social com abordagem qualitativa (MINAYO, 2012), que adota o método sócio histórico dialético para compreensão crítica dessa realidade, sua complexidade, contradições e possibilidades; realizada a partir de estudo bibliográfico, análise documental e coleta de dados em campo, utilizando a técnica da entrevista semiestruturada, no universo

desse Hospital de Luanda, tendo como participantes 4 (quatro) assistentes sociais que trabalham no Gabinete do Utente deste local.

O texto está organizado em 4 (quatro) Capítulos. O Capítulo 1 Construção da Pesquisa – apresenta todo o processo para a construção dessa pesquisa, a relevância do tema e do problema de estudo, o método adotado e a técnica usada para atingir os objetivos delineados, bem como, explica os caminhos percorridos para a coleta de dados em campo através de entrevistas com os (as) assistentes sociais da saúde e a análise do material coletado.

O Capítulo 2 Política Nacional de Saúde de Angola – realiza uma contextualização sócio histórica do país e das condições de vida e de saúde da população, agravadas pela guerra civil no período de 1975 a 2002, que vai ter consequências em todos os aspectos da vida em sociedade; trata do Sistema Nacional de Saúde, seus princípios e diretrizes, bem como, dos avanços e desafios da área da saúde nas últimas décadas.

No Capítulo 3 Humanização da atenção na Saúde – analisa o Programa Nacional de Humanização da Assistência na Saúde tema central da pesquisa, buscando a partir da contribuição de autores refletirem conceitos, princípios e valores que orientam a humanização na saúde, e a desumanização na saúde, seus desafios e possibilidades.

Por fim, o Capítulo 4 Serviço Social na Saúde – aborda os fundamentos dos hospitais, apresenta o Hospital Pediátrico David Bernardino de Luanda, campo da pesquisa e detalhando a importância do Gabinete do Utente, onde está localizado o Serviço Social Hospitalar e as ações profissionais do Serviço Social, a partir das falas dos (as) participantes da pesquisa, os limites e as possibilidades para a atuação na saúde.

A reflexão acerca desse tema mostra que as possibilidades são expressivas e não se esgotam em si mesmas, pois o Serviço Social na Saúde é uma profissão em constante movimento e construção. Assim, a dimensão investigativa na formação e no exercício profissional é fundamental, para intervenção na realidade em sua totalidade social,

de modo crítico e propositivo, possibilitando transformações na vida dos sujeitos e no desenvolvimento da profissão.

Os resultados mostram, a partir das falas dos (as) participantes, os avanços, os desafios e as respostas profissionais diante dos problemas apresentados pelos utentes e familiares na saúde; sobretudo, que a presença de assistentes sociais no âmbito hospitalar amplia possibilidades de acesso aos direitos para os utentes. Ainda, que o Serviço Social do Hospital tem uma compreensão do conceito ampliado de saúde e realiza diversas ações para fortalecer a defesa desse direito e da humanização da atenção. Evidenciam que os limites são expressivos para a atuação profissional na saúde, mas a profissão está comprometida com a construção do trabalho em equipe, a qualidade do atendimento humanizado e o atendimento das necessidades sociais de utentes.

Considera-se, o Serviço Social como um dos caminhos para contribuir na construção do conhecimento crítico e científico na saúde de Angola, em especial, para dar visibilidade no trabalho no âmbito hospitalar. O Programa de Humanização tem sido um instrumento de referência para a profissão, possibilitando a mediação na participação dos utentes. A contribuição da profissão na saúde é importante para as equipes, utentes e familiares, o que demonstra a necessidade de aprofundar o conhecimento no âmbito hospitalar, lembrando que mesmo com os desafios e limites encontrados, a realidade certamente é repleta de possibilidades.

CAPÍTULO 1

A CONSTRUÇÃO DA PESQUISA

1.1 A relevância do tema e do problema

O processo metodológico na pesquisa funciona como uma bússola de orientação, é a espinha dorsal da investigação científica. Assim, é um desafio para o pesquisador na medida em que busca respostas aos problemas que a realidade social o remete e, para tal, precisa de procedimentos científicos e técnicos para resultados que inspire confiabilidade.

Deste modo, Minayo (2012) orienta que metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Isto significa que entre a operacionalização dos procedimentos teóricos e empíricos a luz da elasticidade intelectual do pesquisador e a sua criatividade, reside o método. Para tanto, a escolha do método dialético contribui para compreender e desvendar a realidade e o seu movimento.

Trata-se de uma pesquisa social com objetivos bastante claros, e com exigências de resultados qualitativos do tema, Serviço Social e Humanização da Atenção na Saúde de Angola. E, recorrendo em questionamentos sobre a ação profissional dos (as) assistentes sociais no âmbito do exercício desse espaço sócio ocupacional, adota a abordagem qualitativa, pois a intenção é trazer as experiências, saberes, expectativas, opiniões, destes(as) profissionais, que podem dar contribuições que não são expressas de forma quantitativa. A ênfase é a fala dos sujeitos e o contexto em que se desenvolve a sua ação profissional, dando significado e sentido, a fim de responder, ou não, os pressupostos desse estudo.

O objeto do presente estudo é o Serviço Social e a humanização da atenção à saúde, um tema complexo e que está em processo de construção no país, tanto a atuação do/a assistente social na saúde, como a humanização na saúde. Para Monteiro (2016, p. 23) “o

problema de pesquisa é uma dificuldade, ainda sem solução que é mister determinar com precisão, para intentar em seguida o seu exame, avaliação crítica e solução”.

Logo, o reconhecimento da saúde como um direito do cidadão angolano exige do Estado o esforço redobrado, face às dinâmicas e exigências da saúde como determinante social do desenvolvimento humano. A necessidade de ter mais assistentes sociais formados e/ou com conhecimento específico sobre a política de saúde, poderá contribuir para dar respostas nas demandas do país.

Neste sentido, a relevância do tema expressa a busca de respostas aos problemas de saúde, para que os resultados desta pesquisa científica possam contribuir na construção do conhecimento e da humanização da atenção à saúde em Angola. Principalmente, dando visibilidade no trabalho do/a assistente social que defende a saúde como um direito dos utentes e seus familiares, e da intervenção nas expressões da questão social que se apresentam neste espaço sócio ocupacional.

Argumento igualmente corroborado por Quivy Campenhout (2003, p. 37-38) quando afirma: “a pergunta de partida é uma técnica que faz com que o investigador exprima de forma mais clara o que precisa saber, compreender melhor ou elucidar. Para tal deve ser precisa e concisa na sua formulação, deve ter carácter realista e essencialmente pertinente”.

Neste contexto, a pergunta de partida apresentada nesta pesquisa e que serve de fio condutor, traduz em:

- Qual é a contribuição do Serviço Social no Hospital Pediátrico David Bernardino de Luanda para a humanização da atenção à saúde?

Desse modo, a tornar essa questão central mais explícita, foram formulados os seguintes questionamentos:

- Que aspetos a política nacional de saúde traz sobre a humanização da atenção à saúde?

- Qual é a compreensão que assistentes sociais do Hospital Pediátrico David Bernardino de Luanda têm sobre a humanização da atenção à saúde?

- Que situações de desumanização da atenção à saúde preocupa o/a assistente social na unidade hospitalar?

A justificativa deste estudo centra-se no Serviço Social na saúde e a contribuição da profissão na humanização da atenção à saúde nos hospitais, que passou a ser um problema, não só entre os profissionais, mas também uma preocupação do Estado angolano. O Programa Nacional de Humanização da Assistência à Saúde de Angola (PNASA) surge em 2014, como um elemento fundamental na busca pela melhoria da qualidade de saúde da população e para criar canais diretos da atenção à saúde nas unidades hospitalares (PNHASA, 2014).

Nesse estudo, a saúde é compreendida como um bem social e direito de todos, deve abranger toda população. Entretanto, é precarizada no sistema capitalista que não prioriza as necessidades da população, monopolizando os interesses de uma minoria, desfazendo da maior vulnerável, a população. O Sistema Nacional de Saúde (SNS) de Angola assegura que:

A saúde é um direito humano fundamental. Os direitos à assistência médica e sanitária na infância, na maternidade, na invalidez, na velhice e em qualquer situação de incapacidade para o trabalho, estão garantidos constitucionalmente a todos os cidadãos. A saúde é também um pré-requisito para o desenvolvimento sustentável e harmonioso do País. (ANGOLA, 2010).

Segundo Gil (2007, p. 62), a justificativa deve situar a importância do estudo e os porquês da realização da pesquisa, ou seja, “apresentar os motivos que levaram à investigação do problema e endereçar a discussão à relevância teórica e prática, social e científica do assunto” (2007, p. 62). Partindo dessa orientação, a justificativa que melhor explica o porquê da escolha desse tema, é que o pesquisador tem a motivação pessoal, profissional, acadêmica e científica, visando contribuir para o desenvolvimento do SNS, bem como, o Serviço Social como profissão em Angola. O pesquisador é assistente social e participa da saúde no país, pertencente na categoria de trabalhador social,

compondo o Serviço Social do HPDB de Luanda, que inclusive coordena e supervisiona o Gabinete do Utente.

O Gabinete do Utente é muito importante nas unidades de saúde do país, e dentro das unidades hospitalares, por proporcionar um espaço onde os utentes são informados sobre os seus direitos e deveres relativos ao serviço de saúde, é o local onde o Serviço Social atua e realiza toda a sua intervenção. Portanto, buscar respostas sobre o porquê estudar o Serviço social e a humanização na saúde, encontram questões que aprofundam a justificativa, os pressupostos:

- A pesquisa vem abrir novos horizontes e aprofundar a real contribuição do Serviço Social no Hospital, isto é, atuar nas expressões da questão social relacionadas aos utentes, ou nos problemas que estes apresentam;

- O Serviço Social Hospitalar em Angola, desde as suas origens, se configurou tácita ou explicitamente, tomando como referência as expressões da questão social, e isto de certo modo, obriga a pensar a saúde em sua totalidade e não de uma forma fragmentada;

- Com o Serviço Social hospitalar aprofunda as referências do desenvolvimento da profissão em nível da saúde e dar os passos para o Estado angolano, olhar para profissão como um elemento importante no desenvolvimento social e dando respostas das expressões da questão social nas unidades hospitalares.

O estudo sobre o Serviço Social na e para da saúde e, em especial, no hospital, vem premiar o esforço que o pesquisador tem realizado ao longo da sua trajetória profissional, para aprofundar os elementos básicos da política de saúde, da humanização na saúde, principalmente, da implementação do SNS perante as prioridades do Estado angolano;

Assim, a justificativa abrange a intenção fundamental desse estudo que é o reconhecimento da profissão na saúde do país, com mais clareza e objetividade, para favorecer o entendimento das suas atribuições, desafios, limites e possibilidades, inclusive para no futuro próximo contribuir para criar um Código de Ética profissional.

A área da saúde em Angola é que mais absorve assistentes sociais, isto é, segundo um pequeno estudo, realizado em 2014 pela Comissão Instaladora da Associação dos Assistentes Sociais de Angola, em que participaram 81 (oitenta e um) assistentes sociais, 38 (trinta e oito), ou seja, 47% da amostra disseram trabalhar na área da saúde (MONTEIRO, 2016). Esse dado demonstra que a saúde absorve um número significativo de assistentes sociais, mas também, mostra a necessidade de ampliar o número de profissionais na saúde e nos diversos setores da sociedade.

A ideia principal que esse estudo se baseia, é que haja mais instituições de saúde que valorizem mais a profissão, como por exemplo, o Programa de Assistência Psicológica e Social dos Serviços de Saúde das Forças Armadas Angolanas.

A direção dos Serviços de Saúde absorve a maior parte dos Assistentes Sociais com 6 (35,30%), seguido do Hospital Militar Principal com 5 (29,40%). As demais Unidades como o Centro Médico da Escola de Fuzileiros Navais, o Centro Médico das Oficinas Gerais de Reparação, a Clínica do Comando do Exército, a Clínica do Comando da Marinha de Guerra Angolana, Direção dos Serviços de Saúde do Comando do Exército e o Hospital Militar Regional Centro, situado no Huambo, têm apenas um Assistente Social cada. (MONTEIRO, 2016, p. 209).

É preciso lembrar que a inserção de assistentes sociais na saúde, mostra claramente a importância da profissão nas unidades de saúde, em especial, hospitalares. Ao refletir a inserção do Serviço Social na saúde, explica Matos (2013, p. 57), que “se deu por meio de uma busca de construção do exercício profissional a partir do modelo médico clínico. Assim, o assistente social foi identificado (em conjunto com outras profissões, no contexto de cooperação vertical)”.

Na área da saúde, o Serviço Social hospitalar em Angola surge com a demanda de construir um elo da instituição com o utente e a família, visando garantir o seu tratamento após a alta, bem como, realizar um trabalho com a família. Atualmente, tem sido preocupação do Estado angolano dar atenção em todos os aspetos,

melhorar as condições de trabalho, aumentar o número de recursos humanos, transferência de tecnologia e meio técnico de trabalho, conforme consta nas orientações da Organização Mundial de Saúde e outros parceiros sociais (MINSa, 2019).

Pensa-se que essa aproximação histórica da profissão com a área da saúde esteja cada vez mais alicerçada pelas (re) construções que, em meados do século XX e início do século XXI, vêm fazendo nessa área e ampliando a compreensão do pensar e fazer saúde, para um campo até então pouco explorado (MONTEIRO, 2016).

A humanização da atenção à saúde tem sido uma preocupação até dos gestores de várias unidades hospitalares, unindo esforços para organização da saúde pública, na qualidade dos serviços prestados pelos utentes e seus familiares, a presença de assistente social em variados setores das unidades hospitalares. No HPDB de Luanda, sendo referência nacional tem sido uma preocupação do Estado e dos parceiros sociais, elencar recursos e atenção constante, visto que a criança está em situação de vulnerabilidade em todos os aspetos, e precisa de atenção imediata, emergente e constante para assegurar todo o processo atenção à sua saúde, doença e cura.

Portando, o estudo desse tema constitui novas possibilidades na integração entre o hospital, profissionais, utente e a família, e o Hospital passam a se configurar como um espaço de referência, no sentido de atenção à saúde, da pesquisa científica, um espaço aberto para a busca de respostas aos problemas. A atenção humanizada na saúde ajuda no desenvolvimento do Hospital e do próprio país, mais ainda, ajuda na construção da história de cada criança que é atendida, dos profissionais que se tornam importantes interlocutores em sua trajetória, não só pelo conhecimento técnico, mas pelo compromisso e participação em seu cotidiano.

A partir do objetivo geral de analisar a contribuição do Serviço Social para a humanização da atenção à saúde, no Hospital Pediátrico David Bernardino de Luanda, a metodologia segue a orientação de Minayo (2012) sobre o desenvolvimento de pesquisa qualitativa.

A autora orienta que a metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Isto significa que entre a operacionalização dos procedimentos teóricos e empíricos, a ação do pesquisador e sua criatividade, reside o método. Portanto, a escolha do método sócio histórico dialético considera que “não é apenas o investigador que dá sentido a seu trabalho intelectual, mas os seres humanos, os grupos e as sociedades dão significado e intencionalidade a suas ações objetivadas” (MINAYO, 2012, p. 15).

A escolha deste método imprime a visão social de mundo, uma vez que as motivações nascem das inquietações e questionamentos da realidade vivida pelos sujeitos. Este referencial traz a possibilidade da compreensão e interpretação aproximada da realidade, através do entendimento da realidade como sendo dinâmica e em constante movimento. Sobretudo, possibilita aprofundar a compreensão do tema, suas contradições, conflitos, desafios, limites e possibilidades da atuação do (a) assistente social no processo de humanização desta realidade social e institucional.

A pesquisa foi realizada a partir de estudo bibliográfico e documental e a coleta de dados em campo, tendo como universo o Hospital Pediátrico David Bernardino de Luanda, em Angola, especificamente, o Gabinete do Utente onde se situa o Serviço Social. Este Hospital é de grande relevância no atendimento da população infantil, e uma referência tanto no município, sua região de abrangência e no próprio país.

O estudo contou com o referencial teórico publicado acerca do tema, como livros e artigos científicos, e de fonte documental como legislações, normativas e orientações administrativas hospitalares. É importante registrar que em Angola as publicações ainda são escassas, pela própria história do país e do Serviço Social, esse é um processo que está em construção. Desse modo, a pesquisa contou com várias informações coletadas através do Jornal de Angola, onde são publicadas informações relacionadas às políticas públicas e sobre a política de saúde.

O critério para a escolha da amostra da pesquisa é por intencionalidade, esta opção se dá pelo fato do pesquisador ter conhecimento acumulado deste campo de pesquisa, pois exerce atividade profissional no local. A amostra será de constituída de 4 (quatro) participantes, totalizando 100% deste universo, pois segundo Minayo (2012) é considerada representativa.

A entrevista semiestruturada foi escolhida seguindo a orientação de Minayo (2012), é a técnica mais adequada para a coleta de dados em campo, pois tomada no sentido amplo de comunicação verbal e de coleta de informações científicas sobre determinado tema, é a mais usada nesse processo. Para a autora, esta técnica é acima de tudo um diálogo entre pesquisador e participante e tem o objetivo de construir informações pertinentes ao objeto e objetivos do estudo.

A realização da entrevista teve a intenção de trazer as experiências, saberes, expectativas, opiniões dos sujeitos que não podem ser expressos de forma estatística, dando ênfase e significado nas falas dos (as) assistentes sociais do Hospital, no contexto em que estão vivenciando as experiências. A coleta de dados em campo para a realização das entrevistas, compreendeu o período de janeiro e fevereiro de 2020.

A observação foi utilizada também para acrescentar informações e possibilitou ampliar os conhecimentos sobre a humanização da atenção hospitalar na realidade sócio institucional. Bem como, a própria experiência do pesquisador, assistente social do Hospital.

Durante todo o desenvolvimento da pesquisa o princípio ético foi observado e resguardado, inclusive nos critérios de escolha dos (as) participantes, que foram os seguintes:

a) critério de inclusão: ser assistente social, exercer a profissão no Hospital Pediátrico David Bernardino e ter interesse para participar do estudo;

b) critério de exclusão: os que não preenchem os critérios de inclusão.

Para realizar tais propósitos, o projeto de pesquisa foi submetido na Plataforma Brasil, para o Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais de Franca – UNESP, cumprindo todos os procedimentos éticos previstos legalmente, o qual foi aprovado com o Parecer de n. 3.806.908 (Anexo 4).

Após a aprovação do CEP, o projeto de pesquisa foi encaminhado para avaliação do Hospital, sob os cuidados do Diretor Geral, por intermédio de uma carta de solicitação da aprovação, apresentando a intencionalidade, sendo que a pesquisa foi prontamente aprovada.

Para o acesso ao campo de pesquisa, o pesquisador assumiu previamente uma postura protocolar, respeitando a ética e a preservação da identidade dos sujeitos, onde os nomes foram substituídos pelas denominações: AS 1, AS 2, AS 3 e AS 4. A aproximação junto aos participantes seguiu todos os procedimentos previstos, com a apresentação dos objetivos, do formulário da entrevista, e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após todos estes procedimentos e da autorização para que a entrevista ser gravada e transcrita pelo pesquisador. Nesta ceda, 2 (dois) participantes não aceitaram que a entrevista fosse gravada, respeitando este princípio, a alternativa foi a escrita no momento das entrevistas de todas as falas.

A marcação do local, data e hora da entrevista foi, de certo modo, muito complicado, visto que as datas marcadas e suas respectivas horas, chocavam com o horário de trabalho, onde o mesmo foi adiado por três vezes consecutivas. Mas, depois se chegou a um consenso. No momento das entrevistas, foram interrompidas constantemente, visto que houve a interrupção para atender utentes. Depois da transcrição de todas as entrevistas, houve a devolutiva aos participantes para a revisão previa e alterações necessárias nas ideias, visto que ajudou no amadurecimento dos seus pensamentos e postura profissional.

Após a sistematização dos dados coletados, foi adotada a análise de conteúdo que “Consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõe a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (MINAYO, 2012, p. 75). A autora esclarece (2012, p. 76) “através da análise de conteúdo, podemos caminhar na descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado”.

A partir deste procedimento metodológico estabeleceu previamente a categorização, quando o pesquisador possui conhecimento sobre o assunto, sobretudo, a partir deste procedimento o pesquisador dialoga com as experiências dos sujeitos por meio do objeto de análise. Neste momento, o pesquisador é chamado para a sua capacidade criativa e interpretativa, repensando e desvendando o conteúdo empírico fornecido pelos dos sujeitos de pesquisa.

As categorias de análise ou núcleos analíticos foram previamente estabelecidos, ou seja:

- Núcleo analítico 1: concepção da política de saúde, a ideia principal nesta categoria é a concepção de saúde, os fundamentos da política nacional de saúde e sobre a humanização da atenção à saúde, dialogando com os sujeitos, através das suas falas e experiências cotidianas;

- Núcleo analítico 2: efetivação da humanização da atenção à saúde, visa entender a compreensão que assistentes sociais do Hospital têm sobre a humanização da saúde, rebuscando as suas atividades ou ações para humanização da atenção, não esquecendo das situações de desumanização da atenção à saúde;

- Núcleo analítico 3: limites e possibilidades do Serviço social hospitalar, nesta categoria o olhar está voltado para o campo de pesquisa, os utentes atendidos, a contribuição do Serviço Social no Hospital, as atividades cotidianas e, sobretudo, os limites e possibilidades nas ações do Gabinete de Utentes no Hospital.

A organização dos núcleos analíticos, é importante registrar, foi uma das contribuições das docentes que participaram da Banca de

Qualificação do projeto de pesquisa, bem como, contribuíram com o formulário de entrevista, entre outras sugestões significativas, que foram consideradas no desenvolvimento do estudo.

A análise dos resultados possibilitou a organização dos dados e relacioná-los com as falas dos sujeitos participantes, através da interpretação e atribuindo significados. A partir do conteúdo das falas é que a apropriação do real se deu, portanto, a análise e interpretação das informações apreendidas estão contidas no mesmo movimento e expressam conteúdos, experiências, conhecimentos, ideias, dos(as) assistentes sociais numa perspectiva de totalidade, sem nenhuma intenção de criar modelos.

As falas dos (as) participantes da pesquisa estão destacadas em *itálico* – AS 1, AS 2, AS 3 e AS 4, e organizadas durante todo o trabalho e seus conteúdos, assim, expressam o movimento que os(as) assistentes sociais, enquanto sujeitos históricos, constroem as ações profissionais na saúde em Angola.

A investigação científica é um desafio para o pesquisador, na medida em que busca respostas aos problemas decorrentes da realidade social e da prática dos sujeitos, sendo fundamental o uso de procedimentos metodológicos e técnicos para atingir os resultados com confiabilidade. Assim, os resultados podem gerar novas pesquisas, projetos, ações, e outras iniciativas que se alimentam dos resultados produzidos, no âmbito do Serviço Social na Política de Saúde de Angola, para o fortalecimento da humanização da atenção à saúde.

CAPÍTULO 2 POLÍTICA DE SAÚDE EM ANGOLA

2.1 Contextualização sócio histórica de Angola

Angola é um país do continente africano de referência no âmbito político, econômico e na diplomacia internacional, fruto das conquistas alcançadas. É um país de belezas espetaculares e particulares, tanto relacionadas à natureza quanto ao povo e a sua cultura. Faz parte da zona austral do continente, com uma extensão territorial de 1.246.700 quilômetros quadrados (km²), apresenta uma densidade populacional de 20 habitantes por quilômetro quadrado e “está limitado ao Norte pela República Democrática do Congo, ao Sul com a República da Namíbia, a Leste pela República da Zâmbia e a Oeste o Oceano Atlântico [...]” (ATLAS, 1981, p. 45). E, possui uma marítima de 1.650 quilômetros, o que favorece o clima tropical, úmido e seco, e modifica-se pela latitude.

Figura 1: Mapa dos países que limitam Angola.



Fonte: <<https://goo.gl/WP8CcZ>>

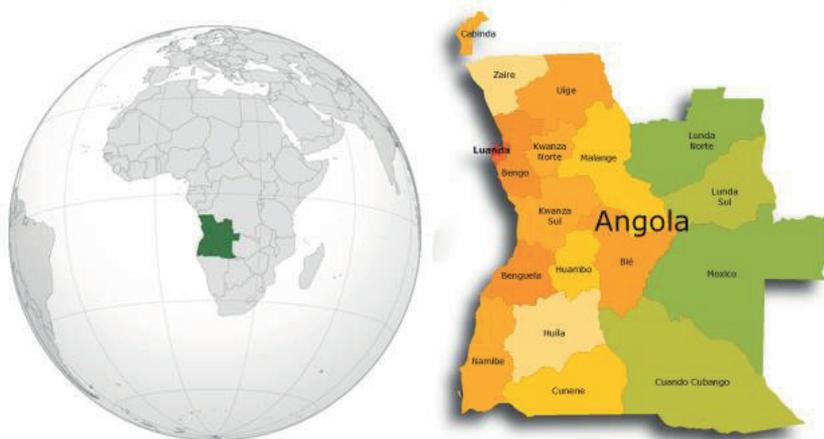
O termo Ngola tem origem no termo Ngolo que na língua do povo Ambundo (Quimbundo), significa Força, o mesmo tem significado parecido na língua Kikongo, e foi deste termo que os portugueses depreenderam que Ngola era aquele que tinha Força, o poderoso, passando chamar a região de Terra do Ngola, Terra d'Angola que evoluiu para Angola (MATTA,1893, p. 7).

Segundo (Matta, 1893, p. 47):

O nome 'Angola' tem raiz no termo 'Ngola' que era título de um dos potentados Ambundos que existiu no Antigo Reino do Ndongo, entre o Anzele, Ambaca e Pungo Andongo, nas atuais províncias do Bengo, Kwanza Norte, Kwanza Sul e Malanje, no período do início da expansão da influência dos portugueses sobre o Antigo Reino do Kondo por volta da segunda metade do século XVI.

Angola tem 18 (dezoito) províncias, sendo a cidade de Luanda a capital do país, conforme ilustrado a seguir.

Figura 2: Mapa de África com destaque/ Angola



Fonte: <https://cdn2.portalangop.co.ao/angola>.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), através do Censo da População e Habitação realizado em Angola em maio de 2014, publicado em março de 2016, mostra que a população residente em Angola é de 25 milhões de habitantes, deste, 12.499.041 são do

sexo masculino que corresponde a 48%, e 13.289.983 são do sexo feminino, correspondendo a 52%. Os dados referenciados ilustram que a população angolana é maioritariamente formada por mulheres. Por outro lado, é importante considerar que a população angolana é maioritariamente jovem, sendo que 65% se encontram na faixa etária de 0 a 24 anos (INE, 2016, p. 55). Com a recente atualização dos dados, tem uma estimativa de 32,870 milhões de habitantes e Luanda permanece a cidade mais populosa do país.

Por suas particularidades históricas, políticas, econômicas e sociais, o país encontra-se em um contraste típico da sociedade capitalista, com grande disparidade riqueza e pobreza, sendo a concentração de renda em uma pequena parcela de classes e a extrema pobreza na maioria das classes trabalhadoras da população angolana. Assim, verifica-se que um país não caminha e não se desenvolve por si só. Pelo contrário, para tornar-se sustentável e ir ao encontro dos anseios, expectativas e satisfação da população, visando o bem comum, precisa que crie condições para o atendimento das necessidades e interesses da população, por meio de políticas sociais e sistemas de acesso.

A partir de uma reflexão crítica sobre os fundamentos e os contextos que marcaram a história de Angola, do mesmo modo, a política de saúde, identifica-se que está marcada por dois períodos fundamentais. O primeiro período de 1975 a 1991, considerado como primeiro período da independência ou pós-colonial, e o segundo período marcado pela independência, que vai de 1992 até os dias atuais.

Ao analisar os contextos em que a política de saúde foi organizada, para Monteiro (2015) foram períodos de grande instabilidade no país, na medida em que o país é marcado por lutas e resistências da população, que antecederam os contextos do período pós-colonial. O autor prossegue dizendo que foram contextos marcados pela “[...] saída dos colonizadores, onde Angola precisava ser erguida, trazendo vários desafios no setor de saúde, desde a construção de infraestruturas, como a formação de quadros de recursos humanos” (2015, p. 12); e, também “[...] pelo

conflito armado, destruindo e desestabilizando todo o tecido social já construído, e sua reorganização para o processo de desenvolvimento” (2015, p. 12).

A reflexão sobre a política de saúde mostra que foram períodos marcados por lutas e resistências da população, que antecederam o período pós-colonial. Monteiro (2016) destaca que o primeiro período, de 1975 até 1991, de independência, marcou significativamente a história de Angola. Para o autor todo esse processo foi marcado como de conquistas para o povo angolano, onde a saúde era revolucionária e avançada, voltada para a formação de quadros de recursos humanos para dar respostas aos problemas de saúde daquele momento.

Quesa (2010) analisa também este período e destaca que foi caracterizado pelo alargamento da rede sanitária e pela escassez de Recursos Humanos em Saúde (RHS), segundo dados estatísticos, no período pós-independência só se encontravam no país cerca de 20 (vinte) médicos. Na ocasião, o Estado teve que recorrer à contratação de profissionais recrutados ao abrigo dos acordos de cooperação com outros países. Nesse período, vigorava o sistema político monopartidário, caracterizado por uma economia planificada e de orientação socialista. A saúde era exclusivamente responsabilidade e tarefa do Estado, ou seja, cabia assegurar todas as necessidades relativas à saúde da população.

No segundo período, de 1992 até os dias atuais, é marcado por dois elementos fundamentais, sendo a alteração da Lei de Base do Sistema Nacional de Saúde e a multipartidarização, ou seja, a instalação do sistema democrático. Entretanto, a transição política foi caracterizada por uma economia de mercado e baseada no sistema capitalista. A partir da aprovação da Lei de Base do Sistema Nacional de Saúde, conhecida como Lei 21-B/92 (ANGOLA, 1992), o Estado deixa de ter exclusividade na prestação de cuidados de saúde, com a autorização do setor privado na prestação dos serviços. Foi também introduzida a noção de coparticipação dos cidadãos nos custos de saúde, mantendo o sistema tendencialmente gratuito.

Num contexto político muito difícil, marcado por contrariedades políticas, pois cada partido procurava sua hegemonia e sem algum entendimento possível, parte-se por uma guerra fratricida que foi destruidora. Segundo Quesa (2010), este período pós-independência foi marcado pelo recrudescimento do conflito armado – a guerra civil, com reformas políticas, administrativas e econômicas, teve um impacto negativo sobre o Sistema Nacional de Saúde (SNS), tais como, a destruição e redução drástica da rede sanitária, das infraestruturas hospitalares entre outras consequências.

Assim, de 1975 a 2002 o país mergulhou numa guerra civil armada, impedindo a circulação de pessoas, de bens e serviços. O acentuado êxodo rural, caracterizado pelo fluxo migratório populacional para cidade de Luanda, capital do país, com a intenção de segurança e procura de oportunidades de trabalho e melhores condições de vida, onde os serviços estavam concentrados. Isso fez com que a cidade tivesse a maior concentração da população angolana, resultando nas assimetrias regionais abismais, constatando-se que este processo se refletiu diretamente no setor da saúde.

Conforme referência da legislação:

O crescimento populacional, motivado pelo reflexo da população em larga escala às cidades, levou à sobrecarga crescente e das estruturas de assistência médico sanitário. O desajustamento entre os recursos humanos e materiais disponíveis e a pressão desse crescimento populacional traduzido pela enorme procura dos serviços, levou a deterioração da rede sanitária periférica e consequentemente dos serviços de última linha, ficando estes praticamente como os únicos existentes. Por outro lado, paralelamente a esta situação, não existiu investimentos adequados, quer humanos quer materiais, para a melhoria do nível de assistência médico sanitário (ANGOLA, 1992, p. 222)

A partir de 2002, quando encerra o conflito armado, o país entra num processo de reconstrução nacional, com a reposição paulatina das infraestruturas sociais, bem como, a formação de

profissionais dentro e no exterior do país, para fazer face às necessidades do país.

Apesar dos investimentos feitos no domínio da saúde, os indicadores publicados oficialmente estão, ainda, aquém da média dos países africanos e do mundo, consequências da guerra civil que vivenciou durante 27 (vinte e sete) anos. E mesmo com a paz estabelecida e efetivada em 2002, o país não conheceu muitas melhorias no setor social, especialmente, o setor da educação e da saúde.

Apenas em 2017 começou o investimento de maneira mais efetiva nas políticas sociais e públicas, com a saída do antigo presidente, que governou o país durante 40 (quarenta) anos, começou a respirar energias positivas e dar os primeiros passos para desenvolver o setor da saúde. Essa fase foi muito difícil, onde as instituições de saúde não tinham capacidade de dar respostas nas situações que a população precisava para minimizar os problemas. Com este déficit no sistema de saúde, os utentes foram obrigados a se deslocar para outros países, que naturalmente tinham os seus sistemas de saúde mais preparados, equipados e com qualidade na atenção para atender as suas necessidades.

Na esfera da saúde os desafios são expressivos, como exemplo, a malária ocupa o lugar alarmante como a primeira causa de morte no país, ainda que com todos os investimentos alcançados nas últimas décadas. Outras situações prioritárias estão na agenda do governo, entretanto, regista-se o fraco saneamento básico, o baixo acesso à água potável, a escassez de recursos humanos especializados, baixa cobertura sanitária. Doenças como a tuberculose e a aids são prioridades para ações e focos de erradicação.

Todos estes problemas de saúde fazem com que o Estado angolano e a sociedade civil busquem sinergias para a mitigação dos mesmos. Para isso, a necessidade de formação de recursos humanos é uma das prioridades traçadas, para assumirem suas responsabilidades de acordo as estratégias lançadas num espaço voltado para a interdisciplinaridade e intersetorialidade, frente as demandas e problemas de saúde da população.

2.2. Sistema Nacional de Saúde

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) de Angola, garantido pela Lei de Base de 1992, conforme o Artigo 23 caracteriza-se por:

- a) Ser universal quanto à população abrangida;
- b) Prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;
- c) Ser tendencialmente gratuita para os utentes, tendo em conta as condições econômicas e sociais dos cidadãos;
- d) Garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades econômicas, geográficas e qualquer outro acesso aos cuidados;
- e) Ter gestão descentralizada e participativa. (ANGOLA, 1992, p. 12)

Nessa perspectiva, pode-se dizer que a saúde universal é um direito de cidadania de todas as pessoas, e cabe ao Estado angolano assegurar este direito. O acesso às ações e serviços deve ser garantido, independentemente de sexo, raça, opção religiosa, grupo étnico, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

A partir do que está assegurado, o princípio integral considera as pessoas em sua totalidade, devendo atender todas as suas necessidades. Para isso é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação, portanto, é um princípio que considera todas as necessidades de indivíduos, grupos e comunidades. Ainda, visa a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersectorial entre as diferentes áreas, que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos.

Em relação a ser tendencialmente gratuita, esta orientação tem a intenção de inclusão de todo e qualquer cidadão no acesso aos serviços de saúde públicos, independentemente da sua condição econômica. No entanto, pode comprometer o acesso a serviços e ações de saúde que não estejam disponíveis na rede pública, portanto, trata-se de um SNS onde o Estado subvenciona os serviços não de forma exclusiva.

Em relação à equidade, o propósito deste princípio é diminuir desigualdades, uma vez que apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, vivem situações desiguais e têm necessidades distintas. Portanto, a equidade significa reconhecer as desigualdades sociais e as necessidades de saúde, destinando maior investimento onde a carência é maior.

No entanto, é um grande desafio a efetivação deste princípio na garantia de recursos financeiros e programas específicos para grupos populacionais. Sobretudo, o SNS prevê a gestão descentralizada e participativa para o acesso aos serviços devendo estar próximos e acessíveis aos cidadãos, por intermédio da participação dos utentes, facilitando a mobilidade geográfica, o acesso, a identificação de necessidades e prioridades, permitindo o acesso à assistência à saúde imediata.

A hierarquização da assistência à saúde, organizada pelo SNS cumpre uma linha de atendimento a que se designa evacuação dos pacientes por etapas, daí hierarquizou o atendimento a partir da seguinte organização:

- O nível primário de atenção à saúde, responsável pelos cuidados em Postos ou Centros de Saúde, Hospitais Municipais, Postos de Enfermagem e Consultórios Médicos, e constituem o primeiro ponto de contato da população com o Sistema;

- O nível secundário ou intermediário, representado pelos Hospitais Gerais e é o nível de referência para as unidades de primeiro nível e,

- O nível terciário, representado pelos Hospitais de Referência mono ou polivalentes, diferenciados e especializados, é referência para as unidades sanitárias do nível secundário.

Em relação aos princípios legalmente estabelecidos e organização do atendimento, a realidade apresenta um quadro lamentável e preocupante, pois o SNS em termos de assistência é bastante deficiente. As unidades de saúde apresentam um quadro precário, desde o nível primário até as unidades secundárias e serviços de apoio, o que faz com que a população tenha que recorrer ao nível terciário e especializado, comprometendo o fluxo

de atendimento, devido à falta de condições de assistência aos níveis subseqüentes.

Para o atendimento das necessidades e assistência à saúde dos angolanos, a política nacional de saúde integra os três seguintes setores, ou seja, o setor público, o setor privado e o setor da medicina tradicional.

O setor público inclui o Serviço Nacional de Saúde (SNS), os serviços de saúde das Forças Armadas Angolanas (FAA) e do Ministério do Interior (MINT), bem como, de empresas públicas, tais como Sociedade Nacional de Combustíveis de Angola (SONANGOL) e Empresa Nacional de Diamantes de Angola (ENDIAMA). Esse setor permanece como o principal prestador no nível nacional, e partilha de muitas dificuldades resultando na prestação do atendimento sem a qualidade desejada na maioria dos casos. Isto ocorre porque mesmo com a coparticipação dos cidadãos nos custos de saúde, o sistema público oferece um atendimento deficiente e precisa de melhorias em todos os aspetos. Desse modo, entra em contradição com os princípios estabelecidos, em especial, da universalidade e integralidade estabelecidos, inclusive, no que diz respeito à equidade.

O setor privado no país é um dos mais competitivos e que cresce cada vez mais. A saúde tornou-se uma mercadoria, como na maioria dos países conforme o modelo capitalista, onde o poder de compra e de qualidade está disponível para quem tem recursos financeiros. Com a abertura e economia do mercado, o maior investimento está voltado para esse setor, mesmo aquelas unidades hospitalares com parceria público-privado que detém uma cota do orçamento do Estado, os preços são exorbitantes. Os preços praticados não são objeto de nenhuma regulação na sua maioria, e os recursos humanos do setor privado é o mesmo que trabalha no setor público, com evidentes prejuízos para a população. Desse modo, o setor privado lucrativo está confinado aos principais centros urbanos, sufocando mais ainda o setor público, onde o investimento é cada vez menor e insuficiente.

E, o setor da medicina tradicional é a medicina conhecida como alternativa, e está muito presente no país. Trata-se de um tipo de medicina cuja assistência é feita à base de medicamentos de origem vegetal – como ervas, árvores, folhas de árvores, e de origem animal, onde todos os elementos com fins terapêuticos são proporcionados pela natureza. Atualmente, este setor ganhou visibilidade em razão das evidências que revelam que grande parte de utentes recorrem a ela e, simultaneamente, por vezes à medicina ocidental, à medicina chinesa ou asiática.

Assim, não se trata apenas do desconhecimento da organização e funcionamento da política de saúde, mas de uma falta de investimento no setor público de saúde. Como reflete Sarreta (2011) sobre a ideia social do sistema universal de saúde, “[...] por partir do pressuposto da universalidade de acesso e da atenção integral da saúde como direito, surge como conflituante ao modo de produção predominante na sociedade capitalista, excludente e desigual” (2011, p. 33).

Desse modo, ao refletir sobre os princípios que orientam o SNS de Angola, a compreensão costuma estar ligada às condições de custo-benefício na aplicação de recursos, financiamento adequado, esquecendo-se situações comunitárias de base cultural e da própria forma de organização da população em relação à sua saúde.

Portanto, é preciso reformar o SNS e adequar às novas realidades e princípios que o fundamenta, onde o utente e a população possam participar nas variadas decisões. É necessário que a política de saúde também seja clara e objetiva, para que a sociedade perceba e reconheça como uma conquista do processo democrático vivenciado.

A concepção da política nacional de saúde, seus princípios e diretrizes, como uma categoria de análise nesse estudo, foram refletidos pelos (as) participantes da pesquisa enfocando a importância da humanização na saúde, como mostram as falas:

Na política nacional de saúde aquele que tem a ver sobre tudo com a saúde, a Lei de Base do Sistema Nacional de Saúde vem visando sim alguns aspetos ligados a

humanização, mas, assim numa vertente muito superficial, algo assim que ainda não se percebe o que é a humanização dentro da Lei de Base, mas vem sendo fundamental no programa nacional de humanização. (AS 1)

É bem verdade que, não vejo nada na política que traz ou faz mesão sobre humanização da atenção à saúde, ora bem, o nosso Sistema Nacional Saúde é muito antigo, precisa ser renovado e melhorado, visto que, existem alguns elementos que não faz parte da atualidade, é preciso reformar o nosso sistema de saúde, adequar a realidade mundial. Existem sim, alguns programas, projetos e planos que trazem subsídios de humanização a atenção à saúde, que atualmente tem sido a bandeira de glória e suporte em variada pesquisa académicas que é o plano nacional sanitário 2017-2030. Nos seus fundamentos, é de a obrigação do Estado angolano investir mais recursos na e para saúde, criar qualidade de atendimentos nas unidades hospitalares e seus componentes. (AS 2)

Várias respostas se fazem a esta pergunta, para dizer que, a nossa política de saúde ainda é muito pobre e velha de certo modo, porque, apresenta componentes perdidos no tempo e no espaço. Onde o Estado não assume as responsabilidades sociais e de saúde. Por muitos 40 ano de governação, a saúde em Angola, só começou a respirar bom senso desde 2017 quando entrou novo Presidente da República, que de certo modo está a desenvolver várias atividades para a melhoria da atenção à saúde. A antiga não se tinha nenhuma atenção à saúde. [...] Agora, dentro do Sistema Nacional de Saúde, existe sim plano nacional de desenvolvimento sanitário 2012-2025, que atualmente tem a sua nova versão 2017-2027 que espelha a necessidade de o Estado ser mais humanista nas questões de saúde, dando recursos humanos e construir infraestruturas de saúde de todos os níveis e um atendimento próximo e humanizado em todas as esferas da sociedade. (AS 3)

No meu entender [...], esta pergunta é provocadora, visto que, em nossas reuniões e debates sobre saúde e sua abrangência, na nossa política, pouco ou nada se vem na prática sobre a humanização da atenção à saúde. Pode ter alguns elementos chaves, onde o Estado angolano se despõe em garantia a saúde a toda a população, mas na prática é o inverso, o Estado não se preocupa com a saúde pública. Ficamos 40 anos sem nenhum investimento na saúde, apesar de que, a guerra civil e a corrupção tomaram conta do país, mesmo assim não se justifica este desleixo. Agora sim, com a entrada de um novo presidente, as coisas dentem a tomar outro rumo de vida. (AS 4)

Pelas falas, está claro que é preciso aprofundar estudos e pesquisas sobre a política de saúde. Com a entrada do novo governo em 2017, o setor da saúde tem recebido uma atenção especial, conforme a proposta apresentada no Plano Nacional de

Desenvolvimento 2018-2022 (PND, 2017), que incidirá sobre os seguintes elementos:

Organização e gestão do sistema nacional de saúde; regulação da saúde em Angola; prevenção e controlo das doenças pela abordagem dos determinantes sociais da saúde; prestação de cuidados de saúde primários e assistência hospitalar; planeamento, gestão e desenvolvimento de recursos humanos; desenvolvimento da investigação em saúde e da rede nacional de laboratórios; gestão do sector de medicamentos e equipamentos médicos; reforço do sistema de informação sanitária; financiamento do sistema nacional de saúde; desenvolvimento do quadro institucional; cooperação internacional. (2017, p. 1)

Ainda, dispõe do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025, onde a humanização da atenção à saúde é destacada como fundamental, onde o Estado deve procurar implementar em todas as unidades de saúde um ambiente de trabalho com a participação democrática dos utentes.

Todos são documentos fundamentais para orientação e gestão do SNS, objetivando a melhoria da saúde e da qualidade de vida da população angolana. E, são instrumentos que podem contribuir para a execução do desenvolvimento nacional, através do apoio ao crescimento econômico, proteção do ambiente e inclusão social. Portanto, é responsabilidade do governo ou Estado, melhorar as condições de trabalho e a participação dos utentes nos serviços de saúde existentes, como apontado pelos (as) participantes da pesquisa.

No meu entender, estes sim, então a levar a saúde no patamar mais sério e objetivo, que é a qualidade da atenção à saúde e os seus componentes sociais. Portanto, é preciso que o ministério da saúde, repense as estratégias para melhorar a qualidade da atenção à saúde e dar mais investimentos na saúde e os seus profissionais. (AS 2)

Na Lei Base do Sistema Nacional de Saúde, existem sim alguns elementos que obriga o Estado a melhorar a qualidade da atenção que presta nas unidades hospitalares. E de um tempo para cá, existe sim esta preocupação, apesar de que, ainda muito baixa. (AS 4)

De fato, passando três anos de governação, o setor da saúde tem mostrado sinais de recuperação, devolvendo ou dando o poder para as instituições de saúde a institucionalizar o programa de humanização nas unidades hospitalares a nível nacional. A humanização da atenção à saúde está contribuindo para a responsabilidade de todos os envolvidos e o processo democrático, uma vez que o Ministério da Saúde amplia o diálogo e a participação, o que pode ser verificado na fala a seguir.

A política nacional de saúde é elaborada pelo ministério da saúde e o Hospital Pediátrico David Bernardino é uma unidade de nível terciária, que é tutelado pelo ministério. Existem as unidades primárias e secundárias que são postos e centros de saúde, bem como, os hospitais municipais que estão sobre os hospitais gerais, que de certo modo estão na tutela dos governos provinciais da saúde. [...] tem sido a preocupação de o ministério atribuir os aspetos metodológicos a todos os setores, como a humanização da atenção à saúde que tem sido elaborado e implementado. Depois de várias discussões o conselho consultivo do ministério, realizado no mês de setembro de 2019, dá uma garantia de uma atenção biopsicossocial em vez de uma atenção biomédica, e há aí uma valorização de outros profissionais que não sejam só médicos e enfermeiros. (AS 1)

Esse reconhecimento, expresso na fala, mostra a preocupação de olhar a atenção à saúde em sua totalidade, dando abertura para a participação da equipe de saúde e da população, para contribuir com os seus saberes e experiências, que é a saúde do utente. Mas, para avançar nessa direção o Ministério da Saúde precisa elaborar políticas mais inclusivas e participativas. Observa-se, também, na fala do (a) participante, certa preocupação em relação a forma como são elaboradas e implementadas a política nacional de saúde, visto que o Ministério elabora projetos, programas e planos, que na prática não têm uma efetivação desejada.

A Política Nacional de Saúde (PNS) é elaborada mediante um processo participativo e de diálogo perante, entre os diferentes atores a todos os níveis da Nação, expressa a firme vontade do Estado Angolano de mobilizar os recursos humanos, financeiros e materiais essenciais, em prol da saúde e do bem-estar de todos os angolanos. Componente da política social, ela deve contribuir para a edificação de uma sociedade livre, justa e solidária que

proporcionar a plena concretização das potencialidades humanas e o usufruto por todos, dos benefícios de um desenvolvimento sustentável de Angola. (PNDS, 2012, p. 3)

Apesar da afirmação do PNDS, em Angola as leis e as políticas de saúde, apesar de serem bem elaboradas e objetivas, enfrentam o grande problema em sua efetivação na prática, pois ao longo de 40 (quarenta) anos de governação o Estado não vem cumprindo o que está estabelecido para a efetivação da política nacional de saúde.

Pode-se afirmar que existem melhorias na atenção à saúde, apesar de não ter provocado ainda mudança nos indicadores favoráveis do setor. O programa de humanização da atenção na saúde é uma das melhorias ou de investimento no setor, e precisa ser aprofundado, exige acompanhamento e fiscalização, em todos os níveis de atenção, como expressam a fala do (a) participante:

A atenção à saúde desde já foi precária em todos os níveis, antes ou após da implementação do Programa Nacional de Humanização, além disso, não foi implementado em todas as unidades hospitalares, principalmente, na atenção básica ou primária. O que deveria ser feito na comunidade ou na atenção primária e depois seguir para a atenção terciária. E mesmo sendo nas unidades terciárias, ainda apresenta muitas lacunas ou défices, visto que, não há fiscalização ou controlo das suas ações. Sendo assistente social, temos a missão de fiscalizar todos estes processos e ajudar as instituições de saúde a melhorar a atenção a saúde em todos os níveis. Este Programa de certo veio minimizar alguns problemas que os utentes apresentavam no seu quotidiano nas unidades hospitalares através do Gabinete do Utente. [...] Este Gabinete tem sido o escudo de muitos utentes, mesmo ainda com alguns problemas de funcionamento, mais, é o que no momento temos. (AS 2)

A saúde é um setor prioritário no processo de consolidação social e de fortalecimento da organização da sociedade, assim como, um pressuposto básico incontornável para o desenvolvimento humano, social, econômico e a melhoria da qualidade de vida da população. Pelas falas dos (as) participantes da pesquisa, são necessários investimentos no setor da saúde, nas suas abordagens e no trabalho multissetorial.

A saúde deve ser reconhecida em sua totalidade, onde os problemas de saúde têm relação e explicação com outras áreas e

setores. Segundo Monteiro (2016, p. 71), “A saúde resulta da relação entre fatores biológicos, mentais, sociais e aspetos do ambiente físicos e social em que os indivíduos vivem. Trabalhar na e para saúde envolve uma visão da totalidade do ser humano”.

Em relação à concepção de saúde, há o reconhecimento dos (as) participantes desse estudo que a saúde é um conceito amplo e não é apenas a ausência de doença, conforme orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS). Está relacionada como um bem-estar físico, mental e social, e com a condição econômica da pessoa e do próprio país.

Sabe-se que de acordo com a Organização Mundial da Saúde, saúde é completo bem-estar físico, mental e social e não apenas de ausência de doença, mas mesmo assim a OMS enquadra um novo indicador no conceito de saúde que é na vertente espiritual, então a saúde tem a ver com isto. Definir a saúde deve ser na vertente biopsicossocial e não apenas numa vertente biológica ou biomédica, como muitos outros atribuem este termo. (AS 1)

Para mim, saúde é o bem-estar social, económico e espiritual, sem ela a vida não avança, ela está ligada ao nosso rendimento social. Como assistente social, saúde é a base do desenvolvimento social e humano em todos os níveis, portanto, falar de saúde, é muito complexo, visto que, os governos têm umas outras ideias contrárias do ideal e favorável para população, longo, para completamos a definição de saúde, é preciso que haja mais humanização nos investimentos ou a atenção. (AS 2)

Saúde é o completo bem-estar psicológico, económico, espiritual e físico e não simplesmente ausência de doença. Saúde é um bem social e moral que todos os cidadãos precisam ter para desenvolver as suas vidas. (AS 4)

Portanto, diante das brilhantes ideias, pode-se verificar um olhar mais amplo sobre saúde. É nessa perspectiva que o (a) assistente social deve pautar o seu trabalho na saúde, considerando os determinantes políticos, econômicos, educativos, culturais, e a dimensão subjetiva – emocional, física, espiritual e social.

Em Angola, a relação da saúde com a condição espiritual e religiosa é bem expressiva, é um processo a ser construído por cada sociedade e está diretamente relacionada com a qualidade de vida.

Vejo que a saúde está ligada com a qualidade de vida. (AS 2)

Lembrar que, a saúde está ligada com a qualidade de vida da sociedade. Ela pertence ao qualificador sustentável. (AS 4)

Segundo Guerra (2017) a concepção de saúde alterou-se, passando da mera ausência da doença para a noção de bem-estar físico e mental, sendo hoje percebida como um conceito mais amplo que inclui uma adequação da vida social na busca da qualidade de vida. A autora reflete que a saúde é o resultado de um conjunto de fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, que combinados em cada sociedade e em conjunturas singulares, podem resultar em comunidades mais ou menos saudáveis. Existe uma complexidade que envolve o conceito de saúde em cada sociedade, ou seja, é um processo a ser construído pelos indivíduos, grupos e comunidades, como afirma esta fala:

E para nós que trabalhamos com as crianças, a saúde delas é a nossa e máxima alegria. Esta definição da OMS precisa ainda ser bem interpretada, isto que, ainda, não completa o que cada sociedade apresenta. Definir a saúde é um processo, visto que, em algumas sociedades, carece de alguns componentes para que esta afirme sempre uma realidade. Portanto, saúde é um conjunto de componentes e não apenas ausência de doença. Sem a saúde o ser humano fica desequilibrado. É com a saúde que o ser o humano se desenvolve em outras realidades e sociedades. (AS 3)

A saúde em todos os seus níveis de atenção deve ser um direito universal e dever do Estado, como está previsto na Lei de Base do SNS angolano, no entanto, no capitalismo a saúde é uma alternativa viável para sua mercantilização. Para Bravo (2013, p. 34) “a defesa do direito à saúde está demarcada, opondo-se a esta ideia hegemônica, portanto, é um desafio cotidiano a luta pelo acesso, pela democracia e participação, pela não privatização, ou seja, é uma luta que envolve diretamente todos os sujeitos da saúde”.

A partir desta reflexão, e considerando a conjuntura atual, pode-se afirmar que a saúde no regime capitalista se torna alheia ao cidadão. E, apesar de ser um direito com respaldo legal, coisifica o homem e o marginaliza, dando maior atenção para quem tem

capacidade financeira, tornando a saúde cada vez mais precária. Existe uma diferença em termos de assistência à saúde, entre os que possuem recursos e os que estão desprotegidos, os economicamente estáveis e os economicamente precários, fazendo com que a atenção à saúde seja cada vez mais voltada para o setor privado do que o setor público.

Assim, o setor público fica cada vez mais precário escapando-se de todas as decisões politicamente traçadas à luz da política nacional de saúde, contrastando com o princípio universal do SNS.

A saúde pode ser entendida como uma questão basilar da humanidade, na sua presente evolução, porque é pela e da saúde que dependem o bem-estar físico, psíquico e social das pessoas, a capacidade de trabalho, de organização e de iniciativa da comunidade, o equilíbrio da sociedade e a potencialidade desencadeadora dos grandes impulsos do desenvolvimento económico-social e psicossocial. (GUERRA, 2017, p. 59)

Portanto, reafirma-se que o SNS angolano precisa ser repensado de forma multisetorial, a fim de receber outra configuração, para que possa ser de fato inclusivo e universalmente consagrado, com qualidade e dignidade aos cidadãos.

2.3 Avanços e desafios no setor da saúde

Em Angola, diante de todos os desafios enfrentados, é importante reconhecer todos os avanços que tem alcançado no setor da saúde. A situação econômica que o país enfrenta nas últimas décadas é grave, em especial, a partir de 2014 foi aprofundada através da crise econômica mundial, com o baixo preço do petróleo. O petróleo é a maior fonte de receita do país, que sustenta 80% do Orçamento Geral do Estado (OGE) e, desde a sua queda no mercado internacional no período, teve uma quebra na economia que tem afetado todos os setores nacionais (ANGOLA; PIIM, 2019).

Esta crise atinge toda a sociedade e mostra que o sistema capitalista busca manter um padrão de acumulação e de garantia da sua reprodução, com consequências no aprofundamento da

pobreza e das desigualdades. Ao analisar a política de saúde no cenário contemporâneo a partir da perspectiva crítica, é possível desvendar a crise do sistema capitalista no âmbito mundial e, que esta crise não é apenas econômica, é uma crise planetária (ÁFRICA; TUNIS, 2012).

Portanto, é uma tendência mundial que afeta diretamente a política de saúde e, por este motivo, é fundamental considerar a determinação social da saúde, considerando os elementos que atuam na relação saúde-doença, pois trata-se de condições e ações criadas de forma individual e/ou coletiva para garantir saúde e qualidade de vida. Para Minayo (2004) a saúde, enquanto questão humana, é um problema que envolve todos os seguimentos da sociedade.

Porém as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela. Isso implica que, para todos os grupos [...], a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais, ambientais da condição humana e de atribuição de significados. (MINAYO, 2004, p. 14)

A autora demonstra a complexidade dos problemas a serem enfrentados. Assim, o reconhecimento da determinação social da saúde, tem relação com a economia, a política, o trabalho, renda, infraestrutura básica, acesso ao saneamento básico, e outros recursos, o que exige desvendar a estrutura do capitalismo e de suas contradições, como exploração, desigualdades, dominação, entre outras condições vivenciadas em Angola.

Desse modo, desvendar a realidade no contexto de aprofundamento das desigualdades sociais exige decifrar os problemas sociais que circulam a saúde e buscar estratégias de ação para o seu enfrentamento. Para se ter saúde a população precisa ter acesso assegurado aos recursos básicos como água potável, educação, trabalho, uma situação econômica estável, saneamento básico, renda, pois todas estas condições podem prevenir ou produzir doenças. É preciso fortalecer o trabalho multisetorial, pois:

Fatores como a alimentação, a moradia, a educação, o trabalho, o saneamento básico, o lazer, o acesso a bens e serviço influenciam diretamente na saúde da população. Neste contexto, a saúde não é de responsabilidade apenas da política de saúde, requerendo a articulação com as demais políticas públicas, a realidade local e a questão cultural da população atendida, para a garantia de um bem-estar global, promovendo a atenção integral. (RODRIGUES; MARTINS; QUERINO, 2013, p. 113)

A melhoria da saúde e da qualidade de vida vai remeter diretamente aos determinantes sociais da saúde, e ela pode ser entendida de várias formas, de acordo com a realidade de cada sociedade, como reflete Carvalho (2000, p. 12),

[...] a saúde tem um grande desafio que se coloca hoje, que é a questão dos determinantes sociais da saúde, quando a mitigação para o equilíbrio passa por dotar as famílias e as comunidades de conhecimentos e apoio prático necessário para a efetivação de uma interação efetiva com todos os elementos que determinam o processo saúde-doença.

Logo, razão pela qual, os determinantes sociais da saúde (DSS), “[...] são os fatores sociais, económicos, culturais, ético-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco na população” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78). Tais determinantes relacionados com as condições sociais de vida e de trabalho, que podem contribuir ou prejudicar a qualidade de vida. Esta orientação vem sendo defendida desde a década de 1990:

É apenas com a conferência de Alma-Ata, em 1978, que a mudança do modelo de atenção à saúde foi enunciada e, posteriormente, na Carta de Ottawa de 1986. Este novo paradigma aponta a estratégia da atenção primária na direção de uma abordagem diferenciada, a fim de extrapolar a atenção centrada na doença e realçar a importância dos fatores condicionantes e determinantes da saúde. (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 80).

Os serviços de saúde precisam adotar uma postura que perceba e respeite as particularidades culturais. Esta postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores

sociais, políticos econômicos e ambientais (RODRIGUES; MARTINS; QUERINO, 2013).

Sob este ponto de vista, cabe ao Estado formular políticas sociais e econômicas capazes de minimizar e erradicar as desigualdades sociais que interferem nas condições de saúde da população, mediante as demandas locais e regionais. A fala a seguir reforça essa ideia.

Os desafios para a saúde no tempo de paz são muito grandes, [...] visto que, os programas e planos que o setor da saúde tem vindo a levar a cabo, ajudam decerto a ser concretizado na prática, o sistema de saúde preciso de estas iniciativas para melhor primar na qualidade. Esta responsabilidade não é só das instituições de saúde, é também do Estado em oferecer melhor qualidade de serviço de saúde e acesso fácil para todas as populações, visto que, por um tempo, o Estado tem se esquecido das suas responsabilidades em todos os aspetos, deixando a deriva o sistema nacional de saúde sem recursos para a melhoria das condições dos profissionais e consequentemente para os utentes que vão à procura de melhoria da sua situação de saúde. (AS 3)

É importante destacar o grande avanço na política de saúde angolana, relacionado aos direitos e deveres dos utentes, na fala a seguir:

A carta dos direitos e deveres dos utentes é mais claro, apesar de que, é também consagrado na Constituição da República e assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade. É uma implementação acertada, representa, assim, mais um passo no caminho da dignificação dos utentes, do pleno respeito pela particular condição e da humanização dos cuidados de saúde. Percurso que os utentes, os profissionais e a comunidade devem percorrer lado a lado. [...] Cabe ao Estado angolano assumir a responsabilidade de continuar a dar atenção minuciosa a todas as unidades de saúde para que este atendimento aos utentes seja de forma justa e acessível para toda a população que necessitam de ter e respirar saúde em suas vidas. (AS 4)

As falas dos (as) assistentes sociais, participantes da pesquisa, demonstram a satisfação com a implementação do programa nacional de humanização da assistência na saúde de Angola, e a preocupação com a sua efetivação, porque ainda não é uma realidade em todas as unidades de saúde, principalmente, na

atenção básica ou primária. Bem como, demonstra o reconhecimento dos direitos, deveres e valores, fundamentais no atendimento à saúde da população.

Há um déficit no investimento da qualidade da atenção à saúde, por parte do Ministério da Saúde. Existem iniciativas que incentivam as unidades de atenção primária à saúde para trabalhar na resolução de problemas a nível local e minimizar constrangimentos que o setor não consegue responder, exemplo é a criação da Comissão Multissetorial (CM). Esta Comissão foi criada em 2017 pelo Ministério da Saúde para dar mais visibilidade e controle em todas as questões de saúde pública, tem como um dos objetivos analisar os determinantes sociais de saúde e melhorar os cuidados primários de saúde na comunidade.

A intenção da CM (MINSa, 2017) é dar respostas para as grandes epidemias e melhorar a qualidade do atendimento da população, inclusive com avaliação e monitoramento dos recursos alocados e do trabalho dos funcionários; bem como, criar o gabinete de ética e humanização hospitalar, em todas as unidades de nível terciário.

A proposta da Comissão Multissetorial, segundo o Ministério da Saúde, é organizar um banco de dados – de urgências e estatísticas, com informações atualizadas e em tempo real. Como exemplo, disponibilizar dados sobre “[...] os determinantes sociais de saúde que podem ter um impacto na doença”, e “com a criação desta comissão multissetorial, começa-se a olhar para os problemas de malária e a cólera numa visão mais crítica” (MINSa, 2017, p. 1).

As análises mostram que a partir da criação e organização da Sala de Crise ou Sala de Situação, indicadas pela Comissão Multissetorial, começou a ter um melhor controle das grandes epidemias com as informações e dados em tempo real, e isto tem ajudado no planeamento das ações e na resolução dos problemas de saúde.

Os desafios são expressivos, ainda há muito que fazer, já que os problemas sociais no país existem e se agravam. O Estado angolano vem adotando medidas nessa direção, principalmente, em relação às grandes epidemias, como a malária, as doenças diarreicas agudas e a

cólera. Além disso, existe a questão de falta de recursos humanos, em especial, especializados para as unidades hospitalares.

Os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), para o Censo da População e Habitação de 2019, revelam que:

O setor da saúde apresentava uma falta expressiva de recursos humanos em quantidade e qualidade, desde os anos de 1990. Em 2018 o ministério da saúde realizou o maior concurso público no país, de todos os tempos, para seleção e admitiu 9.125 profissionais para o setor da saúde. Este concurso foi voltado para priorizar os municípios e na cobertura do nível primário da atenção à saúde e, portanto, a sua maioria, cerca de 75% destes profissionais foram colocados nas unidades de saúde municipais, isto é, médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico (INE, 2019, p. 34)

Esse investimento em recursos humanos para a saúde é de grande relevância e demonstra um avanço significativo, frente aos desafios para a reconstrução da estrutura do país. Assim, ao analisar o SNS e os níveis de atenção – primário secundário e terciário, a prioridade na cobertura de profissionais nas unidades municipais é fundamental, é neste espaço que a equipe de saúde tem facilidade de acesso à população e pode fazer a diferença. Este é um processo gradual, visto que o setor tem uma carência de recursos humano muito grande, mas foi um avanço a ser considerado. A prioridade na atenção primária à saúde demonstra que Angola vem seguindo o que está preconizado no âmbito mundial pela OMS.

O Plano Integrado de Intervenção nos Municípios (PIIM) é um plano nacional que tem como objetivo a criação de condições a nível municipal em suas várias áreas, visando à aproximação dos serviços sociais básicos para a população local, com prioridade na área social, na saúde e educação. Conforme os dados do Plano, “estão sendo desenvolvidos 222 (duzentos e vinte e dois) projetos para os municípios, como construção de postos de saúde, centros de saúde, hospitais municipais e de reabilitação e outros serviços de equipamentos de saúde” (ANGOLA; PIIM, 2019, p. 23).

O PIIM afirma que a partir de um levantamento realizado em lócus, cerca de 90% da população usa a rede pública de saúde, e que “o primeiro semestre de 2020, assistir-se-á muitos resultados disto, isto é, foram feitas compras agrupadas de equipamentos, para apetrechar as unidades hospitalares, área estratégicas em todo país.” (ANGOLA; PIIM, 2019, p. 26).

No Plano está prevista, para os próximos anos, a contratação de 7.000 (sete mil) profissionais, e a intenção é realizar periodicamente os anos concursos públicos para a saúde, visto que há grande insuficiência e lacunas. Indica em seu conteúdo que o setor da saúde precisa de cerca de 40.000 (quarenta mil) profissionais nas variadas categorias e, também, deve aceitar que este problema não será resolvido de maneira imediata. Há uma estimativa que o país conseguirá resolver isso em vários anos, ou seja, uma média de 40 (quarenta) anos para suprir a falta de recursos humanos e depende das condições financeiras para a realização de concursos e contratação (ANGOLA; PIIM, 2019).

Ao analisar a realidade do país em sua totalidade, as contradições e os problemas existentes, há que se reconhecer que os desafios exigem apoio de todas as áreas e setores da sociedade, inclusive de apoio externo, já que o Estado tem buscado recursos para a reconstrução da infraestrutura, destruída durante a guerra civil. Estes são componentes muito importantes, visto que, por muito tempo, os serviços sociais municipais não tinham condições de dar respostas as várias situações de saúde que as populações locais apresentavam, e a vida do cidadão era feita a nível provincial.

Os dados demonstram que o setor da saúde pública teve melhorias significativas, por parte do Estado angolano, tais como investimento e construção de infraestrutura, aumento de recursos humanos, compra de materiais e equipamentos, abastecimento de medicamentos a nível nacional, no estabelecimento de prioridades, entre outras, e aos poucos as melhorias estão sendo alcançadas.

A partir dos dados, as análises mostram que um dos maiores problemas é que o país não dispõe de uma rede sanitária, com infraestrutura suficiente e adequada para atender a população.

No âmbito das medidas adoptadas pelo Ministério da Saúde de Angola nos últimos anos, destacam-se o aumento do financiamento para o reforço do Serviço Nacional de Saúde (SNS), avanços na construção e reabilitação de infraestruturas sociais, com benefícios consideráveis para o sector da saúde, dotadas de meios técnicos e tecnológicos modernos, o que permitiu a expansão da rede sanitária municipal, com criação de novos serviços especializados de referência e investimento no capital humano.

O sector da saúde mereceu uma atenção especial, através do aumento do investimento, que passou em 2018, de Kz 388 465 188 031, para Kz 841 566 888 377, em 2021. Houve efectivamente, um aumento do financiamento para a Função Saúde, tendo passado, em termos percentuais, de 4,01%, em 2018, para 5,69, em 2021, visando às mudanças estruturais que ajudam no reforço do SNS na base e de forma a poder responder às necessidades da população.

Outro grande investimento que o Estado está a realizar é o financiamento na totalidade das 12 vacinas do Calendário Vacinal Angolano desde 2017, anteriormente co-financiado pela GAVI, que permitirá reduzir substancialmente a taxa de mortalidade infantil.

Há ainda um esforço relevante em infraestruturas de Saúde. Para aumentar o acesso aos serviços de saúde foram construídas, entre 2018 e 2021, 68 novas unidades sanitárias nos três níveis de atenção, levando a um aumento do número de camas do SNS, de 24.382, em 2019, para 29.912, em 2021, particularmente no nível primário de atenção, para estarmos mais próximos das populações, respondendo às suas necessidades, reduzindo a demanda aos hospitais gerais e centrais e melhorando a prestação de serviços também a esse nível.

Importa destacar que, em 2020, foram adquiridas 5.000 camas, das quais, 1.000 para os cuidados intensivos em toda a rede do SNS. As camas hospitalares e as de cuidados intensivos foram aumentadas em cinco vezes relativamente às existentes no período anterior à pandemia. MINSA (2022). [...] A rede sanitária do País conta com 3.164 unidades sanitárias, sendo 13 hospitais do nível nacional, 32 especializados, 18 provinciais, 166 municipais, 10

privados não lucrativos (Hospitais Missionários), 105 centros Materno-infantis, 640 centros de saúde e 2.180 postos de saúde.

No Programa Integrado de Intervenção Municipal (PIIM), este sector está a proceder ao acompanhamento de 311 projectos de construção, reabilitação, ampliação e apetrechamento de unidades hospitalares, bem como a aquisição de ambulâncias e, no seguimento da implementação do Programa de Investimento Público (PIP) e do PIIM ao nível das províncias, foram concluídos 23 projectos no sector da saúde.

Para reduzir o número de doentes evacuados para o exterior e os custos, foi intensificada a melhoria da prestação de serviços hospitalares, com abertura de serviços especializados com equipamento de alta tecnologia.

O Ministério da Saúde tem planos que até são definidos ou orientados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Para uma população de 17 mil habitantes há que se ter um posto de saúde, até 75 mil habitantes um centro de saúde de referência, até 150 mil habitantes, um hospital municipal, até 750 mil habitantes um hospital provincial e os hospitais da rede terciária, este por sua vez já são para todos os habitantes. (ANGOLA; PIIM, 2019, p. 40)

Assim, a necessidade de acelerar o acesso equitativo da população aos serviços de saúde, assim como, desenvolver e programar políticas para a fixação de quadros de recursos humanos em todas as regiões do país consta entre as principais prioridades dos serviços de municipalização do Ministério da Saúde.

Portanto, a necessidade de intensificar e estender os programas de saúde e as estratégias previstas em todas as unidades, implementar a capacitação das equipas municipais para planificação e gestão dos serviços, incluindo os administradores locais, a sistematização dos procedimentos e desenvolvimento de mecanismos de garantia de segurança do utente. Isso contribui para garantir um serviço de qualidade e para atender as expectativas da população, seja em termos de idade, gênero, cultura, língua, atitudes, valores e comportamentos.

Para tal, é necessário o setor apostar, cada vez mais, na formação contínua dos seus técnicos, no sentido de atualizar os seus conhecimentos e melhorar a assistência aos utentes a nível municipal. Inclusive, o Plano Integrado regista os esforços do país empreendidos para a descentralização de numerosos setores da administração do Estado.

Julga-se que pelo facto das questões de saúde não ser compatível com adiamentos e demoras, um desdobramento dos serviços do sector onde as pessoas se encontram serve os interesses do Estado. A municipalização dos serviços de saúde enquadra-se no processo de desconcentração e descentralização dos serviços de saúde de nível primário, inseridos num sistema organizado e funcional em termos de recursos humanos, infraestruturas, informação sanitária, logística planificação e gestão financeira. (ANGOLA; PIIM, 2019, p. 50)

O investimento na municipalização dos serviços de saúde é claramente uma estratégia que tem por objetivo a redução significativa das privações, adoecimentos e mortes, que ainda se registam no setor da saúde. Embora, com alguns constrangimentos, a municipalização dos serviços de saúde conheceu progressos notáveis, através da atribuição anual e direta, de recursos financeiros aos municípios através do PIIM.

Atualmente, as unidades hospitalares têm uma demanda expressiva de atendimento, pela degradação e falta de articulação da atenção básica de saúde, e isto condiciona o atendimento da atenção secundária e terciária. Em relação ao nível terciário em Angola, a necessidade de construir mais hospitais é outro desafio a ser enfrentado (ANGOLA; PIIM, 2019).

O mapa a seguir mostra as províncias indicadas nessa análise, para se ter uma ideia da extensão do país e da localização da capital, Luanda, onde estão concentrados os serviços de saúde.

Figura 3: Mapa das Províncias de Angola, 2019.



Fonte: <https://i.pinimg.com/originals/>

Em Luanda, está em reconstrução o Hospital Américo Boa Vida e o Hospital Neves Bendinha, conhecido como hospital dos Queimados). Nos últimos 2 (dois) anos o país fez um grande avanço na recuperação dos hospitais, visto que uma das premissas da Organização Mundial da Saúde é prestar serviços a toda a população e em todo lugar e em qualquer hora e de forma equitativa.

Neste sentido, a direção apontada reforça o princípio da integralidade do SNS.

[...] integralidade consiste no direito de o usuário ter acesso a serviços e programas que atendam às suas necessidades, bem como na responsabilidade de o Estado ofertar serviços de qualidade em todos os níveis de atenção. O atendimento integrado pressupõe a articulação entre os profissionais que integram a equipe de saúde, bem como a organização dos serviços em redes de atenção de saúde. (PRADO; FUJIMORI; CIANCIARULO, 2008, p. 117)

Como analisado, o grande problema da saúde pública em Angola é o número de unidades sanitárias, principalmente, na atenção primária onde a demanda é muito grande, não apenas nos postos e centros de saúde, mas também nos hospitais municipais. A prioridade no atendimento primário é importante para que a situação não se agrave e a doença apareça.

O trabalho de prevenção deve considerar os determinantes sociais de saúde, a partir da realidade local e regional, seus recursos, programas, serviços, como saneamento básico, água potável etc. Acredita-se que este esforço conjunto de todos os setores da comunidade, se efetiva envolvendo também a própria população, que precisa ser mobilizada e responsabilizada.

É uma ação que envolve a coleta de lixo nas ruas, as águas paradas, encharco, minimizar os vários problemas que podem provocar doenças e agravar a saúde, principalmente, a malária. Por outro lado, mesmo que não se tenha água canalizada ou potável, se toda a população for informada e orientada sobre as medidas básicas de cuidados da própria saúde, a prevenção de doenças pode ser realizada. Aqui, deve ressaltar a importância de agentes comunitários, educadores sociais, assistentes sociais, mobilizadores comunitários e outros agentes que atuam na educação em saúde e na prevenção de várias situações que a comunidade apresenta.

Essa ação ressalta a humanização da saúde, voltada para o acolhimento das necessidades dos utentes na sua totalidade, bem

como, para a qualificação da atenção à saúde. Nesse sentido, a humanização na saúde pressupõe fortalecer o compromisso ético, articular o cuidado técnico e científico, o acolhimento das necessidades da população (RAVAGNANI; SARRETA, 2008). Ou seja, assumir uma prática que reconheça os aspectos físicos, subjetivos, sociais, culturais, valores, crenças, religião, uma postura de respeito ao outro.

CAPÍTULO 3 HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

3.1 Programa Nacional de Humanização da Assistência na Saúde

A humanização na saúde, enquanto categoria de análise nesse estudo apresenta uma complexidade interessante e desafiadora, e está presente como tema de debates, estudos e pesquisas. Na atualidade, vem se afirmando como política ou programa de saúde com a intenção de criar espaços que alterem as formas de produzir saúde, tomando como princípio central a comunicação entre utentes e equipes, assim como, a inseparabilidade entre a atenção e a gestão, explica Deslandes (2006).

Mas, falar de humanização há quem diga que é um tema novo, para o autor:

Em diversas ocasiões ouvi depoimentos de pessoas afirmando que o debate sobre a humanização dos cuidados em saúde é uma espécie de novo modismo ou conceito de ocasião, criando para nomear uma suposta óbvia vocação dos cuidados. Desapontando tais opiniões, devo esclarecer que o debate, esforço conceitual e luta por novas possibilidades de organização desses cuidados não são de forma alguns novos no campo da saúde. Suas nuances marcam, entretanto, a historicidade não só dos argumentos e sentidos envolvidos, das tradições teóricas, mas das relações hierárquicas, estruturas e modelos de comportamento em que se inserem os personagens mais constantemente invocados neste campo: profissionais e pacientes. (DESLANDES, 2006, p. 33)

Esse movimento se faz com sujeitos que possam exercer sua autonomia, com acolhimento, corresponsabilidade, de modo resolutivo e com gestão compartilhada dos processos de trabalho. O termo humanização tem sido associado em vários contextos e momentos.

A humanização tem sido associada a distintas e complexas categorias relacionadas à produção e gestão de cuidados em saúde, tais como:

integralidade, satisfação do usuário, necessidade de saúde, qualidade da assistência, gestão participativa, protagonismo dos sujeitos e a intersubjetividade envolvida no processo de atenção (DESLANDES, 2006, p.15).

A intenção é resgatar o respeito pela vida humana, considerando as condições sociais, éticas, educacionais, culturais, presentes em todo relacionamento humano. Assim, a humanização na saúde é resgatar a importância dos aspectos emocionais, indissociáveis dos aspectos físicos na intervenção em saúde, bem como, considerar a pessoa além da doença. Um processo entre os envolvidos que precisa de humanismo e de respeito à dignidade humana.

O humanismo é uma postura de vida democrática e ética que afirma que os seres humanos têm o direito e a responsabilidade de dar sentido e forma às suas próprias vidas. Defende a construção de uma sociedade mais humana através de uma ética baseada em valores humanos e outros valores naturais, dentro do espírito da razão e do livre-pensamento, com base nas capacidades humanas. (IHEU, 2006, p. 23)

A palavra “humanismo” ou “humanização” deriva do latim *humanus*. “Um humanista pode ser definido como alguém cuja visão do mundo confere grande importância à vida e aos valores humanos”.

O humanismo está relacionado a uma ética baseada na condição humana e nos ideais partilhados pelos homens, assim como a um conjunto de valores que fundamentam a compreensão dos empreendimentos científicos e tecnológicos. Pode ser expresso pelo caráter e qualidade da atenção, levando em conta interesse, desejos e necessidades dos atores sociais implicados nesta área. (FORTES, 1998, p.31).

Complementando a reflexão, o “humanismo realça a liberdade do indivíduo, a razão, as oportunidades e os direitos” (MINAYO, 2006, p. 24).

Humanização sempre esteve aliado a práticas de cuidado, direcionada às pessoas vulneráveis (criança, mulher, idosos e doentes) comprometidas com

os direitos dos usuários, com o protagonismo dos sujeitos, com a importância da qualidade da relação entre profissionais da saúde e usuário, com os aspectos comunicacionais. (MINAYO, 2006, p. 24)

Ao realizar uma contextualização sócio histórica, sobre a humanização, a autora afirma que na antiguidade os gregos foram os primeiros a separar a categoria material da espiritual, e desenvolver a abordagem científica tal como é utilizada hoje. Era comum no mundo antigo o uso da música e de palavras de encantamento no processo de cura. Todos reconheciam o poder curador das palavras e as usavam para expelir os espíritos malévolos das doenças.

No campo das relações humanas, presente na saúde é fundamental aliar a eficiência técnica e científica a uma ética respeitadora da singularidade das necessidades do utente e do profissional, que acolha o desconhecido e o imprevisível, e que aceite os limites de cada situação. A humanização coloca a pessoa humana, seja o profissional ou o utente, como ponto de partida, mas também de chegada, das relações e dinâmicas que se geram nos contextos de saúde, beneficiando e enriquecendo todos envolvidos.

Minayo (2006) reflete que, na atualidade, a humanização está como prioridade na política de saúde, ou seja:

Na área da saúde, na atualidade, o termo 'humanismo' entrou para a pauta de prioridade como política, como proposta, como debate, como tema de pesquisa e por meio do vocábulo 'humanização'. Humanização do setor saúde significa um movimento instituinte do cuidado e da valorização da intersubjetividade nas relações. (MINAYO, 2006, p. 26)

Assim, há um consenso que os serviços de saúde têm alcançado um enorme avanço científico e tecnológico, permitindo diminuir o índice de mortalidade, curar e prevenir mais doenças, numa expressão, obter maiores ganhos em saúde. Exemplos desse avanço são os sofisticados aparelhos de diagnóstico, as técnicas cirúrgicas cada vez mais avançadas, a multiplicidade de medicamentos e o desenvolvimento das ações da medicina preventiva.

Aliado a este avanço da ciência e da técnica, os responsáveis políticos e os dirigentes do setor da saúde de Angola, têm procurado e realizado grandes e sólidos investimentos em recursos humanos e materiais com vista à modernização dos serviços de saúde.

Contudo, este progresso visível nem sempre tem sido acompanhado por um correspondente avanço na qualidade do contato humano, presente em todas as intervenções do atendimento em saúde. Até agora a preocupação esteve centrada na quantidade – índices, estatísticas, números, etc., o que importa é a atenção para a qualidade do serviço prestado, colocando a centralidade do utente e de suas famílias na saúde. A fala do (a) participante da pesquisa, a seguir, reafirma esta análise.

Depois de todo processo no país, a implementação do programa nacional de humanização na saúde vem de certo modo abrir outros horizontes, facilitar o entendimento por parte do Estado que a saúde é um investimento sério e delicado. [...] E possibilitou aos agentes de saúde a ter mais acesso e oportunidades em vários investimentos que o Estado tem feito para com a saúde e, em especial, nas unidades hospitalares, na valorização da pessoa humana e seu atendimento em todos os aspetos. (AS 1)

O planeamento em saúde, muitas vezes, dá primazias aos indicadores de produtividade, aos dados de eficiência e da eficácia, aos números e estatísticas, e coloca em segundo plano a relação social, ética, a educação em saúde. Muitas vezes, a forma de atendimento é subestimada e até mesmo desconsiderada.

A humanização na saúde tem sido preocupação do Estado angolano, criando políticas relacionadas com o bem-estar na saúde e condições que possam alcançar a satisfação, de quem presta os serviços e de quem os recebe. O Programa Nacional de Humanização da Assistência na Saúde (PNHAS) de Angola, foi aprovado através do Despacho de n. 1114 de 2014, no Diário da República Iª Série n. 91, na responsabilidade do Ministério da Saúde, como órgão normativo do SNS.

A humanização é entendida como eixo norteador de uma prática em todas as unidades de saúde, para que contribua para a melhoria e manutenção dos

cuidados a prestar, desenvolva uma dinâmica de maior satisfação e bem-estar pessoal e profissional e articule os objetivos pessoais e profissionais com os objetivos institucionais. (PNHAS, 2014, p. 2.286)

O PNHAS afirma que a humanização é “um ato de cidadania e de dignidade no cuidar, assumindo-se como um valor básico para a melhoria da prestação dos cuidados de saúde na globalização, a humanização consiste num desafio tanto profissional como para os serviços de saúde” (2014, p. 2.286). O conceito de humanização proposto visa a implementação de uma cultura organizacional diferenciada, de respeito, solidariedade, desenvolvimento da autonomia e da cidadania de profissionais e de pacientes. E, assenta nos seguintes princípios:

A ética, transparência, disponibilidade, imparcialidade e a qualidade e a garantia de resposta. Procura o estabelecimento de vínculos solidários entre todos os intervenientes e a responsabilização de utentes e profissionais na prestação de um serviço de qualidade. (PNHAS, 2014, p. 2286)

Um desígnio desta natureza passa pela conjugação de inúmeros aspectos e pela congregação de esforços de todos os envolvidos. Alguns desses elementos são facilmente identificáveis, outros são de natureza mais complexa e carecem de maior tempo e de outras formas de intervenção. Entre eles, estão questões ligadas a uma ampla gama de necessidade, tais como:

Existência de profissionais de saúde em número suficiente e com as competências adequadas (técnico- científico e relacionais);
Abertura de novos estabelecimentos de saúde ou modernização dos existentes;
Melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde;
Melhoria das condições de atendimento aos utentes e familiares, em especial das populações mais vulneráveis;
Melhorias da imagem dos serviços de saúde junto da população e dos próprios profissionais de saúde. (PNHAS, 2014, p. 2.287)

Todos estes aspetos e elementos são influenciadores e condicionadores da qualidade da prestação de serviços de saúde.

Para que isso aconteça, é necessário pensar num conjunto de ações que seja capaz de atender as três dimensões fundamentais do Programa:

- A humanização do atendimento ao utente;
- A humanização das condições de trabalho do profissional de saúde;
- A melhoria das condições de atendimento na instituição hospitalar nas suas variadas vertentes, administrativas, físicas e humanas. (PNHAS, 2014, p. 2287)

Embora, a humanização da assistência na saúde seja um trabalho de natureza complexa pela multiplicidade de fatores que nela intervêm, integra produtos tangíveis e facilmente reconhecidos por meio da utilização de técnicas simples e viáveis. O profissional que está comprometido com os valores da instituição a que pertence e se sente respeitado por esta, está mais apto a atender com qualidade e profissionalismo.

Assim, o desenvolvimento técnico e relacional dos profissionais de saúde, de forma a dota-los das competências necessárias e adequadas para o atendimento de qualidade ao utente, é considerado como um pilar fundamental para a mudança de mentalidade e posturas profissionais. Perante o cenário que se apresenta, o Ministério da Saúde recomenda o desenvolvimento e implementação do PNHAS, como se apresenta a seguir.

O Programa Nacional de Humanização de Assistência na Saúde de Angola (PNHAS) tem como objetivo fundamental melhorar as relações entre profissional de saúde e utente, dos profissionais entre si, e entre os serviços de saúde e a comunidade. O PNHAS propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistências ao utente nos hospitais e serviços de saúde pública de Angola, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições. (PNHAS, 2014, p. 2287)

Ao valorizar a dimensão da pessoa humana, o PNHAS aponta para uma requalificação das unidades públicas e dos hospitais públicos, que poderão se tornar organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, com condições para dar respostas às necessidades e expectativas dos utentes e da comunidade em geral.

Se ainda me lembro, foi com muita alegria, quando em 2014, por decreto, foi aprovado o programa nacional de humanização da assistência na saúde em Angola, que veio de certa forma ajudar muitos profissionais de saúde e especial os/as assistentes sociais a fundamentar as suas ideias concernentes a humanização do atendimento aos utentes e a preocupação do Estado na atenção à saúde de forma geral. [...] na verdade, depois de vários anos, os hospitais terciários começaram a respirar um alívio na forma de tratar os utentes começaram a ter uma base sólida de exigência dos seus direitos de ter acesso fácil a saúde. Acho que com o programa nacional em todos os hospitais, melhorou muitas situações, tais como, a qualidade de atendimento aos utentes, o utente com mais informações, com ajuda do gabinete do utente nas unidades hospitalares, veio descentralizar as informações, deixa os/as com mais autonomia de passar as informações e esclarecimentos concernente aos utentes e forma de funcionamento do hospital. Há mais liberdade por parte dos utentes em exigir a qualidade da atenção dada a sociedade. (AS 4)

O Programa de Humanização apresenta os seguintes objetivos:

Difundir uma nova cultura de humanização na rede de serviços de saúde públicos de Angola;
Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos utentes;
Capacitar os profissionais dos serviços de saúde para um novo conceito de assistência à saúde que valorize a vida humana e a cidadania;
Conceber e implantar novas iniciativas de humanização dos hospitais, que venham a beneficiar os utentes e os profissionais de saúde, fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede de unidades de saúde pública;
Estimular a realização de parcerias com instituições públicas e privadas e o intercâmbio de conhecimentos e experiências nesta área;
Desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e um sistema de incentivos ao atendimento humanizado. (PNHAS, 2014, p. 2287).

Considerando, que o SNS está fortemente ligado à qualidade do relacionamento humano, entre os profissionais e os utentes, a humanização da saúde é um valor básico para se conquistar uma melhor qualidade no atendimento dos utentes e nas condições de trabalho dos profissionais. Portanto, orienta que é necessário programar medidas que visem à integração do utente como um elemento das equipas de cuidados, na qual os seus direitos enquanto cidadãos sejam respeitados pelos profissionais de saúde

e pelas próprias instituições, estabelecendo orientações básicas e parâmetros adequados para a construção de uma cultura de humanização.

A humanização dos serviços de saúde implica a valorização de todos os intervenientes na prestação de cuidados de saúde, desde o utente e seus familiares, aos trabalhadores, diretores ou responsáveis pela gestão dos serviços, isto é, todos os envolvidos na saúde que atuam nas unidades públicas e privados, a nível nacional. A ideia central é a multiplicação progressiva do Programa, nas diversas regiões e locais do país, orienta a criação de Comissões de Humanização nos Hospitais Centrais, que devem funcionar como disseminadores para as unidades de saúde de referência. Ainda, a criação do Centro de Referências em Humanização, isto é, unidades que sejam reconhecidas pelas boas práticas de humanização na saúde e cujas iniciativas serão divulgadas para a comunidade.

Para atingir o desafio de implementar o PNHAS, e considerando a extensão do território nacional e a diversidade de realidades que o compõem, a articulação das ações será através da rede nacional de humanização. Ou seja, um instrumento para a consolidação e manutenção do trabalho de humanização na saúde desenvolvido em cada unidade.

Observa-se que o trabalho em rede nacional permite uma integração entre os vários setores de atividades na saúde, como também entre instituições públicas e privadas, assim como, a comunicação entre os representantes da comunidade em que se insere. Segundo o PNHAS (2014, p. 2288), esta rede nacional será composta “pelas comissões de humanização, grupos multiplicadores, centro de referências, gabinete do utente e ainda por uma comissão técnica composta pelos representantes das unidades de saúde e pelo responsável do gabinete do/a Ministro/a”.

O gabinete do utente constitui-se como um dos instrumentos de transparência, qualidade e valorização dos direitos do utente na medida em que ouve as dificuldades e faz a ponte entre os cuidados técnicos e científicos com o cuidado humano, a atenção sincera e o respeito mútuo. Para além do

gabinete do utente, são colocadas caixas nos hospitais, para que aumente a participação dos utentes (sugestão, reclamações, denúncia e elogios). (PNHAS, 2014, p. 2288)

Sabe-se que os desafios a serem enfrentados são expressivos, exige muito trabalho e compromisso com a política de saúde e o desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde. Mas, há uma grande satisfação em constatar, através desse estudo, as melhorias alcançadas no setor da saúde, o que só tem sido possível com o esforço de todos os envolvidos na saúde.

Assim, é possível imaginar ou ter a esperança que será um país onde todos os angolanos tenham confiança no Sistema de Saúde Nacional, e na luta pela efetivação do direito à saúde consagrada na Constituição de República. Um direito que se assenta num conjunto de valores fundamentais, como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade. A fala do(a) participante da pesquisa, expressa esta ideia:

Com a implementação deste Programa Nacional de Humanização da Assistência na Saúde, abriu outros horizontes para a saúde dos utentes e novos caminhos a trilhar dos profissionais de saúde, ajudando assim os assistentes sociais posicionar melhor as questões de interesse dos utentes. Os fundamentos principais deste programa são simples, são para ajudar as unidades hospitalares de criar as condições de recepção e acomodação dos utentes, condições de trabalho dos profissionais de saúde e a forma de atendimento humanizada. (AS 3).

O PNHAS estabelece os direitos e deveres dos utentes das unidades de saúde, reconhecendo a sua capacidade de intervenção ativa na melhoria dos cuidados com a própria saúde e com os serviços. E afirma que a humanização na saúde “é um caminho que utentes profissionais e comunidade devem percorrer lado a lado” (PNHAS, 2014, p. 2289). Assim, esse caminho está fundamentado em:

- Consagrar o primado do cidadão, considerando-o como figura central de todo sistema de saúde;
- Reafirmar os Direitos Humanos fundamentais na prestação dos cuidados de saúde e, especialmente, proteger a dignidade e integridade humana, bem como o Direito à autodeterminação;

- Promover a humanização e a cortesia no atendimento a todos os utentes, principalmente aos grupos vulneráveis;
- Desenvolver um bom relacionamento entre os utentes e os prestadores de cuidados de saúde e, sobretudo, estimular uma participação mais ativa por parte do utente;
- Proporcionar e reforçar novas oportunidades de diálogo entre os utentes e suas organizações, prestadores de cuidados de saúde e administrações das unidades de sanitárias. (PNHAS, 2014, p. 2289)

Portanto, o Programa de Humanização vem potenciar os utentes das unidades sanitárias e suas organizações, aos profissionais de saúde e suas associações profissionais e as entidades responsáveis pela gestão da saúde, fomentando a prática do respeito pelos direitos e deveres dos utentes.

A humanização da atenção à saúde, sobretudo aqui no Hospital Pediátrico David Bernardino, compreende como aquela medida de garantia, de fazer valer a garantia dos direitos e deveres dos utentes. E entende também que a humanização que se percebe, é que ela não é tida como um programa isolado do Serviço Social, ela faz parte porque o Serviço Social tem esta natureza que é garantir os direitos e deveres de todos os utentes e seus familiares, em nível de todas as unidades hospitalares e em particular no aqui no Hospital. Porque desde a criação do Serviço Social aqui no hospital, a gente sempre se depara com as questões da violação dos direitos e deveres dos utentes, enquanto estão aqui no hospital e naturalmente também com a necessidade de se dar uma maior possibilidade dos utentes poder dar as suas opiniões, perante vários desafios do atendimento aos doentes e as suas famílias aqui. (AS 1)

O Programa de Humanização na Saúde é um presente que nós assistentes sociais, na e para saúde precisamos dominar, estudar e desenvolver para que os utentes sejam mais esclarecidos. Com a entrada deste subsídio melhorou muita abordagem e a autonomia do paciente, dando direito e dever ao mesmo. Aqui no hospital teve várias atividades para explicar e ajudar os profissionais a respeitar a nova forma de abordar os utentes em suas variadas formas. [...] Ele veio dar vida e impulso na nova abordagem de saúde nas unidades de saúde. Apesar de que, ainda não está implementado em todos os hospitais a nível nacional, por falta de vontade política e falta de domínios de alguns gestores. Mas, no meu ponto de vista, trouxe melhoria e qualidade de atendimento. Ela veio premiar os esforços dos assistentes sociais que vem dar ar de graça aos aspetos de humanização e debater com o ministério da saúde sobre a forma de atendimentos nos hospitais e exigir do Estado o seu papel de investir na saúde através dos canais necessários. (AS 3)

As falas mostram a importância da atenção humanizada nos serviços de saúde a nível nacional, através de ações concretas e norteadoras que garantam direitos e deveres dos utentes. A saúde é fundamental para a consolidação do país e um pressuposto básico do seu desenvolvimento, visando a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos.

3.2 Humanização na saúde, princípios e valores

Como ampliar a compreensão da humanização da atenção na saúde? Essa inquietação ou questionamento faz parte da trajetória do pesquisador, que exerce atividade profissional no setor da saúde em hospital. A partir de autores que estudam a temática, como Benevides e Passos (2005a), a humanização é a retomada ou revalorização da imagem idealizada do homem, e a incitação a um processo de produção de novos territórios existenciais. Nesse sentido, os autores esclarecem que não havendo uma imagem definitiva e ideal do homem, é preciso aceitar a tarefa sempre inconclusa da reinvenção da humanidade, o que não pode se fazer sem o trabalho constante da produção de outros modos de vida, de novas práticas de saúde.

A humanização na saúde para Fortes (2010, p. 31) “é entender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidades específicas, e, assim, criando condições para que tenha maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma”. O que significa tratar as pessoas considerando os seus valores e vivências, sem qualquer forma de discriminação, enfim, preservar a dignidade do ser humano.

Na saúde, como já apontado, o termo humanização tem sido utilizado com diferentes significados e contexto em geral está relacionado aos direitos dos pacientes ou utentes.

Podemos dizer que humanização da atenção à saúde tem seus fundamentos na Declaração Universal dos Direitos Humanos, que em seu art. 1º afirma: ‘Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos.

Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espíritos de fraternidade'. (FORTES, 1998, p. 31)

Fortes (1998) explica que a reflexão sobre práticas humanizadas na saúde inicia nos anos 1970, por meio da discussão e luta sobre os direitos dos pacientes. A primeira Declaração de Direitos dos Pacientes reconhecida pela literatura foi emitida pelo Hospital Mont Sinai, em Boston nos Estados Unidos, em 1972. E, em 1973 a Associação Americana de Hospitais lança a Carta dos Direitos dos Pacientes, que foi revisada em 1992.

É necessária a reflexão sobre as ideias que orientam a humanização na saúde, em especial, nas unidades hospitalares, visto que os seus princípios ajudam a ter uma visão ampla, crítica e centralizada. Dentre esses, a “solidariedade, universalidade, integralidade, equidade, justiça, autonomia, beneficência, estímulo e participação social ativa”, conforme Zoboli (2003, p. 23). Para o autor a saúde e o processo de saúde-doença “em cada pessoa são vivenciados como condição única, enquanto que para os profissionais de saúde as situações individuais são vividas como casos, de um pretense ponto de vista objetivo, dentro de parâmetros supostamente racionais e científicos” (2003, p. 24).

Assim, todo profissional na saúde, especialmente o (a) assistente social, deve reconhecer o (a) utente como uma pessoa que tem dignidade, sentimento, vontade, expectativas, aspirações. Ainda, respeitar a fala e a palavra do (a) utente no atendimento da saúde, para formar uma rede de diálogo que promova ações, campanhas, programas e políticas assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade.

De grande importância para a fundamentação sobre a humanização na saúde foi a Declaração da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, co-patrocinada e organizada pela Organização Mundial de Saúde e pela UNICEF, que aconteceu em Alma-Ata, capital do Kazaquistão Soviético, de 6 a 12 de setembro de 1978, a qual reafirmou que a saúde é um estado de bem-estar completo, físico, mental e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidades, devendo ser compreendida

como um direito humano fundamental. A Declaração enfatizou que a obtenção do mais alto nível de saúde possível é o objetivo social mais importante a ser atingido pelos sistemas de saúde, sendo que as pessoas devem ter o direito e a obrigação de participar, individual e coletivamente, no planejamento e na implementação de seus cuidados com a saúde. (FORTES, 1998, p. 31)

Portanto, os princípios e fundamentos da Declaração Universal dos Direitos Humanos, da Declaração de Alma Ata, entre outras, a partir da orientação e apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS), foi se expandido em vários países do mundo. Em cada sociedade, com suas particularidades, procurou tirar proveito destas orientações e implementar em sua realidade.

Em Angola, estes princípios fundamentam o Sistema Nacional de Saúde (SNS), onde “todos os utentes têm direitos e deveres, no âmbito do sistema de saúde na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização”, segundo a LBSNS, n. 21-B/92, ou seja:

Direitos dos utentes:

- Decidir, receber ou recusar a prestação de cuidados que lhe é proposta, salvo disposição especial da lei;
- Ser tratado pelos meios adequados humanamente e com prontidão, correção, técnica, privacidade e respeito e ter rigorosamente respeitada a confidencialidade sobre os dados pessoais reveladas;
- Ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis e tratamento e a evolução provável do seu estado;
- Receber, se o desejarem, assistência religiosa;
- Reclamar e fazer queixa de forma como são tratados e, se for caso disso, receberem indemnização por prejuízos sofridos;
- Constituir entidades que os representem e defendem os seus interesses;
- Constituir entidades que colaborem com o sistema de saúde, nomeadamente sob forma de associações para promoção e defesa da saúde ou grupos de amigos de estabelecimentos de saúde.

Deveres dos utentes:

- Os utentes do Serviço Nacional de Saúde devem:
- Respeitar os direitos dos outros utentes;
- Observar as regras sobre a organização e funcionamento dos serviços e estabelecimentos;
- Colaborar com os profissionais de saúde em relação à sua própria situação;

- Utilizar os serviços de acordo com as regras estabelecidas;
- Pagar os encargos que derivam da prestação dos cuidados de saúde, quando for caso disso. (ANGOLA; LBSNS, 1982, p. 4)

É importante afirmar que, “os cidadãos são os primeiros responsáveis pela sua saúde, individual e coletiva, tendo o dever de defendê-la e promover” e têm direito que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com as suas necessidades. Portanto, a humanização da atenção à saúde tem se mostrado um tema de grande interesse e objeto de muitos debates nas unidades de saúde, em especial, hospitalares, e não só pelos académicos, mas pela sociedade em geral, por ser um tema que desperta valor e dignidade aos utentes e trabalhadores de saúde.

Daí a importância de entendemos a humanização em sua inexorável politicidade e sociedade e, por conseguinte, em suas importantes implicações institucionais. A problemática de que trata a humanização não se restringe ao plano das relações pessoas entre terapeutas e pacientes, embora chegue até ele. Não se detém em rearranjos técnicos ou gerenciais das instituições, embora dependa deles. Trata-se de um projeto existencial de caráter político, trata-se uma proposta para a 'polis'. (AYRES, 2006, p. 54).

Segundo as falas dos (as) participantes da pesquisa, a humanização na saúde, além de ser um bem social é um ganho para as unidades de saúde, pois ajuda e reforça a qualidade do atendimento, e envolve o compromisso com o trabalho e a vida humana.

A humanização é aquele componente que leva os próprios agentes de saúde a prestar um atendimento melhor aos seus utentes e familiares. A humanização da saúde por parte do Estado, não pode e nem deve ser dirigida apenas para os pacientes ou utentes, mas também, tem a ver com as condições de trabalho que se oferece a todos os funcionários. (AS 1)

Como assistente social, falar de humanização da atenção à saúde, só para lembrar que um dos motivos da nossa presença na saúde ou nas unidades hospitalares é a garantia dos direitos e melhorar a garantia da atenção à saúde, por parte da instituição onde trabalhamos e do Estado, através dos projetos e planos e várias atividades sociais realizadas pelos assistentes sociais aqui no hospital. Respondendo

a sua pergunta, a compreensão que eu tenho sobre a humanização da atenção à saúde é melhorar a sistema da saúde, tornar mais simples, acessível, recíproca para todos os utentes. É a humanização na e para saúde, é aceitar e facilitar os investimentos ligados a saúde. [...] Humanização da atenção à saúde é criar condições de acomodação, ser flexíveis às questões inerentes a saúde dos mais vulneráveis, é ser, ter e fazer-se humano nas expressões da questão social. Com estes todos os elementos, cabe às unidades de saúde criar condições de atendimentos a todos os utentes de forma clara, séria e objetiva. (AS 2)

A humanização da atenção à saúde tem sido o nosso diário, levando em todas as esferas do hospital e fora de portas. Um dado muito importante, quando nós falamos de humanização está a querer falar de dois aspetos básicos e chaves. Primeiro a humanização da saúde por parte do Estado em disponibilizar os recursos para investir na saúde hospitalar, a infraestrutura, equipamento, recursos humanos e condições de trabalhos dos profissionais. E outro ponto da humanização da saúde, é por parte das instituições ou da unidade hospitalar, em criar condições de acesso fácil aos serviços, acomodação e tratamentos médicos e medicamentosos de todos utentes que em correm aos serviços de saúde. Pelo menos é este o meu entendimento que eu tenho em humanização da atenção à saúde. E de todos estes processos, o mais castigado é os utentes, porque as unidades hospitalares por vezes não têm qualidade dos seus serviços e o atendimento é na verdade é precário ou péssimo. [...] se a 40 anos atrás o Estado fosse mais atento ou humanista nas questões de saúde, certamente não teriam estes problemas que estamos a debater agora, na minha opinião, precisamos de uma reforma no sistema nacional de saúde. (AS 3)

Eu compreendo que a humanização a atenção à saúde é um processo pela qual o Estado, como patrono das instituições de saúde e os seus parceiros, têm o mínimo possível de consideração em prestar mais atenção nas questões de saúde, criando assim condições humanas para os profissionais de saúde, que dão o seu máximo para garantia da assistência médica e medicamentosa aos seus utentes. [...] A humanização da saúde, digamos que, é aquela toda responsabilidade que o ministério da saúde e as instituições de saúde devem criar nas suas instalações para prestar com dignidade, flexibilidade e hospitalidade todo o processo de doença e dura. [...] Humanização é o bem pela qual os serviços são mais acessíveis a toda a população, onde o pacato cidadão sinta confortável, pelo atendimento, equidade, aceitação, respeito e acima de tudo, onde o bem vida é respeitado, e isto, nem sempre todas as unidades de saúde têm ou oferecem aos seus utentes. Acho que, todos os governos a nível mundial deveriam ser mais humanistas na atenção ou nas questões de saúde, visto que, tendo um sistema de saúde forte e acessível para todos, isto cria confiança a sociedade e aumenta mais esperança de vida. (AS 4)

A expressiva contribuição dos (as) participantes aponta que a humanização na saúde está diretamente relacionada ao apoio do Ministério da Saúde de Angola, em garantir recursos humanos, materiais, infraestrutura, entre outros, para que se possa desenvolver ações nessa direção. Esse aspecto não pode ser negado e deve ser valorizado ao refletir a temática, uma vez que as condições de trabalho são fundamentais para o atendimento, ou seja, o atendimento humanizado na saúde. Bem como, para não culpabilizar trabalhadores e utentes.

A reflexão humanística não enfoca somente problemas e necessidades biológicas, mas abrange as circunstâncias sociais, ética, educacionais e psíquicas presentes nos relacionamentos humanos existentes nas ações relativas à atenção em saúde. (FORTES, 1998, p. 31)

Desse modo, é importante também refletir e desvendar situações de desumanização na saúde, com a intenção de trazer o problema para análise, como um compromisso individual e coletivo. Toda relação humana envolve conflitos, opiniões, valores, concepções, princípios, que humanizam ou desumanizam o atendimento na saúde.

3.3 Desumanização na saúde, desafios e possibilidades

O ser humano é humano! Por que humanizar mais? Será que chegou ao ponto de que a relação e o tratamento dado ao outro, ao próximo, seja de natureza desumana? Essa é uma questão que inquieta durante o desenvolvimento dessa pesquisa. Remete, portanto, falar de uma dimensão ética e valorativa da vida, do ser humano, ou melhor, do atendimento na saúde.

Nos serviços de saúde de Angola há uma longa trilha a se percorrer, para melhorar a qualidade do atendimento, as reformas das instituições, compromisso de gestores, competência técnica, formação qualificada, os desafios são expressivos no país. Mas, as possibilidades estão sendo construídas, dadas a partir da realidade

como ensina Iamamoto (2006), e do compromisso de muitas pessoas envolvidas com a saúde pública.

O tema da desumanização na saúde leva a pensar em (des) compromisso, acesso, respeito, acolhimento, sensibilidade diante do sofrimento e da fragilidade do ser humano, bem como, recursos diagnósticos e terapêuticos adequados, de forma íntegra e integrados, oferta de medicamentos que possam efetivamente atender as situações apresentadas, e tantas outras situações presentes no cotidiano da saúde.

A experiência do pesquisador, como trabalhador do setor saúde de Angola, mostra que a desumanização vem se agravando no contexto atual, e tem relação com as condições de trabalho, além das apontadas anteriormente. Desse modo, pensar na desumanização, ou na implantação efetiva do Programa de Humanização no país, é fundamental a criação de estratégias de formação, espaços de diálogos e reflexões sobre os atendimentos, as condições de trabalho, ou seja, espaços que identifiquem os problemas e busquem respostas para eles, a partir de cada realidade. Essas estratégias podem estimular a criatividade, a autonomia, o exercício dos direitos, de trabalhadores, gestores, utentes, familiares, a sensibilidade ética com a vida e a saúde.

A desumanização da saúde é um fato que tem preocupado os envolvidos e a sociedade em geral, principalmente nos hospitais, em razão de situações graves que vem ocorrendo nos últimos anos. Situações desumanas que ferem a dignidade no atendimento do utente e dos familiares, onde os trabalhadores se sentem incapazes, sofrem e adoecem, exemplificando, a grande demanda e o número insuficiente de funcionários, grandes filas de espera, faltam condições de acomodação nas salas de espera, faltam leitos, recursos de diagnósticos etc.

As falas dos (as) participantes do estudo evidenciam essa realidade.

A desumanização aqui no hospital pediátrico começa com a insuficiência de recursos humanos nas suas variadas categorias, as poucas condições de trabalho dos

profissionais, a não entrega dos gestores públicos dos hospitais, nesta vertente da humanização da atenção à saúde, há muitas falhas em algumas unidades hospitalares. Também existem hospitais onde os gestores trabalham arduamente, o caso prático no Hospital Pediátrico David Bernardino, há um compromisso sério nas questões de humanização da atenção à saúde, exemplo é o diretor geral desta unidade hospitalar, presta muita atenção. E uma necessidade de se mudar o Gabinete do Utente, porque não está a dar as respostas necessárias, não tem condições que deveria ter, desde a estrutura, materiais e humanos, são situações que se devem alterar. (AS 1)

Aqui na unidade hospitalar David Bernardino, vários são as questões de desumanização, cito a seguir, falta de recursos humanos insuficientes para atender a demanda, tais como, médicos, enfermeiros e pessoal de apoio hospitalar. O número de demanda é maior que o número de técnicos a trabalhar, por sua vez, não dão conta da situação [...]. Por falta de recursos humanos, muito setor ou área não funciona como devia, exemplo é o Gabinete de Utente que por falta de mais assistentes sociais est área não consegue dar resposta em tempo e horas que questões que os utentes apresentam. [...] outra situação de desumanização é a falta de condições de trabalho dos profissionais de saúde, a falta de informações clara aos utentes por parte dos profissionais de saúde. A falta de local para acomodar como devia os familiares dos pacientes internados e o número de pacientes no banco de urgência sem prévio atendimento por falta de recursos humanos. (AS 2)

Como disse anteriormente, o Ministério da Saúde só começou a despertar depois da entrada do novo Presidente da República, visto que, por muitos anos não existia uma atenção digna e humanizada nas questões de saúde. É uma grande desumanização que as unidades de saúde viveram durante muito tempo, aproximadamente 40 anos sem investimentos concretos e objetivos na saúde. E isto foi matando a esperança de vida de muitos angolanos, através do sistema de saúde pobre e amargurado, sem rumo ou direção. Esta é a maior desumanização que já vivemos e ainda não terminou, visto que, ainda é muito cedo para qualificar o sistema nacional de saúde, visto que, está a sofrer alguns ajustes de forma a melhorar as condições de atendimentos nas unidades hospitalares. Sendo, nós aqui no hospital pediátrico, também estamos atentos nas novas mudanças e progressos do Ministério e a atenção que ele dá nesta instituição. Visto que, ainda temos falta de muitos recursos humanos e serviços que precisam ser melhorados e contratados. [...] Muitas vezes por falta de meios de trabalhos, não conseguimos fazer muita coisa e responder a demanda dos utentes. São muitos utentes e poucos recursos. Sendo um hospital de grande porte, deveria tem mais condições em todos os serviços. (AS 3)

As situações de desumanização da atenção à saúde, já vêm desde os anos 1992, onde o Estado angolano deixa de ter exclusividade na prestação de saúde e admite a coparticipação dos utentes com pagamento de taxa moderadora, aceitando que o setor

privado tenha mais instituições do que o público, mesmo sabendo que o nível de compra ou de renda é muito abaixo da média. Para mim, isto é desumanização. Outra situação de desumanização é a falta de recursos humanos na unidade hospitalar e isto põe conflito os profissionais de saúde e não e [...] lido todos os dias com a demanda que o hospital dia pós dia. Com esta sobre carga, decerto o hospital não consegue dá respostas de acomodação e tratamento condigno aos utentes. [...] é preciso mesmo que o Estado acorda e aceita que os problemas de saúde podem e deve ser resolvido o mais rápido possível, não é possível dar estas desculpas aos gestores das unidades hospitalares, visto que, neste momento, é o Ministério que não cumpri com as suas responsabilidades de transferências de recursos essenciais para dar respostas as demandas. [...] sei que é difícil atender devidamente os utentes, os direitos e deveres dos utentes nestas situações são negados [...] é preciso ter mais recursos, materiais, financeiros, técnicos e uma equipa de trabalho acima da média para dar respostas certas e unificadas a todos os utentes que nós prestamos os serviços de saúde. (AS 4)

As falas são preocupantes. Precisam de espaço, da voz e da vez, para expressarem os problemas e uma solução urgente por parte do Ministério da Saúde e dos gestores, agindo em conjunto para minimizar situações graves que as unidades de saúde estão enfrentando.

Mas, vale lembrar que isto é um processo em construção, pela quais várias unidades sanitárias vivem atualmente. Portanto, precisa ter um movimento de humanização, que não se faz de forma isolada, mas sim de forma multidisciplinar, multisetorial, com compromisso político e sustentabilidade institucional.

Os (as) participantes da pesquisa, assistentes sociais que trabalham em unidade hospitalar, enfrentam situações que colocam em questionamento o próprio trabalho, para que possam minimizar as situações de desumanização em saúde. Em síntese, a partir das falas e da própria experiência do pesquisador, como trabalhador da saúde, as situações de desumanização da saúde podem ser assim colocadas:

- A insuficiência de recursos humanos nas suas variadas categorias, ou seja, o número da demanda é maior que o número de funcionários para atender e, por sua vez, não dão conta da situação, isto, o problema está associado com as precárias condições de trabalho dos profissionais;

- A pouca dedicação de vários profissionais, que não tem compromisso com a sua realidade profissional e com a saúde pública, e isto afeta de maneira o processo de humanização da atenção, visto que ainda não acreditam no rumo que o setor da saúde ou do país tem tomado ao longo destes anos de desafios;

- Os próprios utentes e familiares, que através das suas crenças e religião recorrem aos serviços de saúde em situações que já estão muito graves, ou melhor, o desconhecimento de informações e orientações básicas sobre o funcionamento das unidades de saúde e hospitalares e o cuidado com a própria saúde, de certo modo inviabilizam o processo de humanização do atendimento;

- A falta de informações e orientações adequadas aos utentes e familiares, por parte dos profissionais de saúde, a falta de local para acomodar devidamente os familiares dos pacientes internados e o número de pacientes no banco de urgência sem prévio atendimento por falta de recursos humanos, são as situações mais desumanas;

- As unidades de saúde viveram durante muito tempo, aproximadamente 40 anos sem investimentos concretos e objetivos na saúde e isto é uma grande desumanização, matando a esperança de vida de muitos angolanos, através do sistema de saúde pobre e amargurado, sem rumo ou direção;

- Outra desumanização, é o Ministério da Saúde deixar de ter exclusividade na prestação de saúde e admite a coparticipação dos utentes com pagamento de taxa moderadora, aceitando que o setor privado tenha mais instituições do que o público, mesmo sabendo que o nível de compra ou de renda da grande maioria da população é muito abaixo da média, esta é uma grande desumanização e de respeito com a sociedade.

Esta reflexão ou itens de desumanização na saúde merecem profundas mudanças nas esferas de gestão da saúde. Alguns pesquisadores na matéria já vêm debatendo este tema, inclusive Geiger (1975 apud DESLANDES, 2006) criou um modelo explicativo sobre a desumanização no sistema médico que articula três ordens de causas:

- a) A ordem social, considerada por ele como desigual racista e exploratória, cujas lógicas e critérios segregacionistas influenciariam o sistema médico;
- b) A racionalidade científica e tecnológica ocidental cujas tendências à fragmentação, ao hermetismo e à especialização seriam obstáculos a uma visão holista do ser humano, além de impedir o acesso à compreensão e a consequente participação da tomada de decisões médicas;
- c) A subcultura médica e a organização da profissão médica que invocam os estudos de Freidson (1970) sobre suas formas de auto regulação e proteção contra a crítica e a supervisão externa, as barreiras de comunicação existentes na relação médico-paciente e a formação médica. (GEIGER, 1975 apud DESLANDES, 2006, p. 36)

É um modelo que a pensar na desumanização da saúde, apesar de que, não define a desumanização como tal, ela tem linha direita de organização, começando com a ordem social até mesmo a de relações direitas entre médicos e utentes.

A desumanização nas unidades hospitalares apresenta vários significados e debates, e isto depende muito da realidade de cada local e dos problemas que apresentam. Howard (1975) realizou uma ampla revisão bibliográfica de textos dos anos 1960 e início dos anos 1970, segundo ele, existem 11 (onze) modelos para identificar práticas de desumanização, isto é, situações já identificadas pelos pesquisadores em estudos anteriores e a partir das falas dos médicos e pacientes. Na verdade, são pontos contemporâneos, segue alguns em destaque:

Um dos primeiros significados da desumanização apresentados seria o de 'tratar as pessoas como coisas' (*thinging*), indicando a persistente ação de não reconhecer o doente como pessoa e sujeito, mas como objeto da intervenção clínica. Nesta racionalidade as pessoas doentes seriam vistas como um conjunto de necessidades padronizadas, atendidas por serviços igualmente standardizados. [...]

A 'desumanização pela tecnologia' indicaria as situações em que o cuidado seria predominante realizado por intermédio de máquinas e procedimentos, de tal forma que a interação entre doente e cuidador seria considerada eventual, suplementar, dispensável ou mesmo ausente. [...]

Nas unidades de saúde, é constante ver as 'pessoas como problema' denota a perseverante prática em saúde de reduzir a pessoa doente à sua patologia. Observa-se que toda a formação da biomedicina é centrada-na-patologia e não centrada-no-paciente como totalidade. [...]

A prática desumanizadora seria a de tratar certas pessoas como ‘pessoas de menor valor’. Trata-se das atribuições de *status* e hierarquia num dado sistema social, em que determinados indivíduos e grupos seriam vistos como ‘não pessoas’ ou pessoas cujo valor seria considerado inferior ao das demais.

O tipo seguinte é traduzido como ‘pessoas isoladas’, e expressa a despersonalização, reclusão, solidão e não reciprocidade entre pessoas doentes e seus cuidadores no sistema de saúde, especialmente quando envolve internações hospitalares prolongadas. [...]

Tomar as ‘pessoas como recipientes de cuidados subpadronizados’ denuncia a possibilidade de que se dispense a determinada pessoa ou grupo – seja por indiferença, discriminação ou negligência – um cuidado inferior, de menor qualidade quanto ao conhecimento ou tecnologia disponível para cuidar de determinado agravo de saúde. [...]

A desumanização poderia também ser apresentada nas situações em que se colocam ‘pessoas em ambientes estáticos e estéreis’. Este grupo de reflexões trata das preocupações com o ambiente, sublinhando a importância de um equilíbrio entre as necessidades funcionais do trabalho médico e o bem-estar que o ambiente poderia gerar se resgatasse uma maior proximidade como o mundo real e as demandas dos pacientes (espaços de socialização e troca tais como jardins, salas de estar ou ambientes de privacidade). A decoração e outras de ambiência revelam-se, já nessa época, como fatores para a humanização da assistência. [...]

Considerar as ‘pessoas sem escolha’ retrata uma contribuição da literatura ao discutir a autonomia, os graus de liberdade e suas antíteses como questões de desumanização, tanto de pacientes quanto dos profissionais num dado modelo de assistência. (HOWARD, 1975 apud DESLANDES, 2006, p.37-39)

Como pode se verificar, este modelo de Howard (1975) sobre a desumanização, de certo modo, serve de base para identificar situações de desumanização nas unidades de saúde e hospitalares, de uma forma empírica e constante. E é bem atual à realidade.

É preciso lembrar que, na saúde, não pode tratar as pessoas como coisas ou objetos nas suas variadas situações, as instituições, os parceiros e a sociedades em si, deve repensar a ideia cruel que muitas vezes são vistos os utentes nas unidades de saúde. Alguns episódios são visíveis para os olhos de quem quer ver, só não vê aquele que nega a realidade.

Assim, reafirma que o PNHAS é um processo de dimensão ética e política, porque implica mudanças de comportamentos de

todos os envolvidos, de forma que a saúde seja vista como fundamental para a qualidade de vida e desenvolvimento do país. A desumanização na saúde tem que ser enfrentada em processos contínuos, considerando a cultura organizacional das instituições angolanas, sobretudo, de uma política de atendimento na saúde de valorização e compromisso de todos os profissionais envolvidos.

Isto por sua vez, vai gerar maior transparência na conduta dos profissionais pela presença constante da família, promove a democratização das informações, com o estímulo ao diálogo entre as famílias e os profissionais de saúde, permite a todos os colaboradores – corpo clínico, voluntários, pacientes e seus responsáveis, a lembrança do princípio básico da organização, que é o cuidado e a atenção da saúde.

De acordo com Viegas (2011), a preocupação com atendimento à saúde e a inserção da humanização neste setor público, por parte do Ministério da Saúde é legitimada através do PNHAS, com intenção de promover uma nova cultura de atendimento à saúde e aprimorar as relações entre profissionais, visando a melhoria da qualidade e eficácia dos serviços prestados pelas instituições. Para ela a humanização na saúde, é uma questão de cidadania, visando dar maior dignidade e respeito aos usuários nas instituições médicas, particularmente, nos grandes hospitais. Ainda, que a humanização significa agregar as eficiências técnicas e científicas com os valores fundamentais da ética, respeito, amor, solidariedade e dignidade da pessoa humana.

Logo, a humanização é a valorização dos serviços e dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde, sejam usuários, trabalhadores ou gestores. É um processo complexo, moroso e amplo, ao qual, por vezes se oferece resistência, pois envolve mudanças de comportamento que podem ser movidas por sentimentos de ansiedade e medo. Razão pela qual, uma atitude reflexiva acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, pressupondo um cuidado digno, solidário e acolhedor e, principalmente, uma nova postura ética nas atividades profissionais e institucionais.

Nessa perspectiva, os profissionais de saúde demonstram estar cada vez mais a procura de respostas que lhes assegurem a dimensão humana das relações laborais, principalmente, as associadas a autonomia e ao respeito à dignidade da pessoa humana. É justo dizer que, a luta contra a desumanização é a mesma luta pelo verdadeiro cuidado humano na saúde, baseado pela ética, enquanto elemento impulsionador das ações e intervenções pessoais e profissionais, constituindo a base do processo de humanização. E por sua vez, requer a formulação de políticas públicas e sociais justas que têm em conta os direitos dos cidadãos.

Tendo em vista as situações de desumanização na saúde a partir de 2014 foram desenvolvidas atividades para implementar o Programa. No período, o Ministro da Saúde Van-Dúnem afirmou, na abertura da Semana de Humanização, com o lema “Humanização na Saúde. Um ato de cidadania e dignidade no cuidar”, que a “melhoria dos serviços de saúde nas unidades sanitárias, sobretudo, na questão de humanização, passa pela formação contínua dos profissionais, virados para respostas das principais demandas” (JORNAL DE ANGOLA, 2014, p. 4). Assim, a humanização passa igualmente pela criação de condições de trabalho que diminuam o *stress* dos trabalhadores, propondo à sua disposição meios, equipamentos e interação entre os trabalhadores de saúde.

Ao analisar os avanços e desafios no setor saúde, persiste como ponto negativo da questão da desumanização o desrespeito pelos utentes, principalmente em unidades hospitalares, onde o banco de urgência sofre bastante pressão. Portanto, não é possível se falar em humanização na saúde, se não considerar a desumanização, se não se investir fortemente na qualificação dos profissionais e ações de formação contínua, viradas para a resolução dos principais problemas que demandam a atenção desses profissionais, dando-lhes a capacidade para dar resposta equilibrada, tranquila que vá corresponder a expectativa de quem procura os serviços.

O objetivo da humanização na saúde é aumentar a interação dos trabalhadores de saúde, a formação dos profissionais e a

capacidade de comunicação com dignidade, para quem procura e quem oferece os serviços. O SNS de Angola pode valorizar o Programa de Humanização aumentando o diálogo ao nível das equipas, fazendo com que os que possuem maior experiência compartilhem as práticas bem-sucedidas, um processo de aprender e ensinar, tendo em conta que o objetivo final é garantir os cuidados e humanizar as relações.

Esses pronunciamentos, de certo modo, mostram que a saúde é um setor que as autoridades têm dado muita atenção, o que se justifica, se tiver em conta o seu impacto na vida da população, das comunidades e do desenvolvimento do país. O Estado tem que fazer avultados investimentos no setor, em meios técnicos, tecnológicos e humanos, e os resultados serão visíveis. Ou melhor, tem que investir na saúde pública, e não na privada, como uma prioridade que assegure serviços para todos os cidadãos angolanos que deles necessitem, independentemente da sua condição social.

É bom registrar que muitas unidades de saúde espalhadas por todo o país foram reabilitadas e contam com equipamento moderno para atendimento da população, principalmente alguns hospitais. Mas não basta que tenha bons hospitais em termos de infraestrutura e alguns até com tecnologia de ponta, se a desumanização na saúde é um tema presente nas denúncias, nos meios de comunicação etc. É preciso que o atendimento tenha elevada qualidade, que as pessoas que atendem os doentes possam cumprir as suas tarefas, com o devido profissionalismo que a saúde exige.

Segundo Sambo (2017), ex-ministro da Saúde, em cerimônia de homenagem aos 131 médicos no processo de humanização dos hospitais, que completaram 25 anos de exercício profissional na saúde, afirmou que “a unidade hospitalar deve ser local de esperança, onde as pessoas ricas ou pobres devem ser recebidas por profissionais com consideração, respeito e carinho” (JORNAL DE ANGOLA, 2017, p. 12). Apelava dizendo que, “os agentes da saúde continuem a velar por um bom desempenho dos profissionais de um sector que é crucial para a nossa vida nacional. A humanização dos serviços de saúde deve ser permanente e deve

ir no sentido de se erradicarem muitos males de que ainda enfermam o sector”. (2017, p.12)

É preciso desencorajar práticas desumanas, que em nada beneficiam o serviço hospitalar. Aprender com os erros do passado, para que não precise lamentar pelas perdas e desacertos. É preciso também reconhecer o trabalho daqueles que prestam serviços relevantes à Nação, e os profissionais da saúde enfrentaram em diversas ocasiões situações difíceis, em missões de combate a epidemias, durante a guerra civil, entre outras citações que deram tudo de si para salvar centenas de pessoas, colocando a própria vida em risco. A humanização da saúde não deve parar, enquanto houver problemas de desumanização na saúde, é uma tarefa para resolver porque são problemas que podem ser solucionados.

Os gestores das unidades hospitalares, em particular os (as) assistentes sociais/, têm um papel importante a desempenhar, no sentido do melhoramento da organização e funcionamento dos serviços em diferentes dimensões, principalmente nos hospitais. Os cidadãos esperam do setor da saúde um serviço de excelência, e os trabalhadores devem estar à altura para atender as expectativas dos utentes. Os trabalhadores devem atuar com amor em relação aos que solicitam os serviços de saúde e buscam cura para as suas enfermidades, um amor compreendido como humano e solidário pela vida.

A desumanização na saúde se enfrenta quando há uma postura de que ninguém deve ser discriminado numa unidade de saúde ou hospitalar. Muitos hospitais foram reabilitados, outros tantos construídos, com o propósito de servir bem as populações. Convém que, compete aos gestores um melhor conhecimento do que se passa diariamente nas unidades hospitalares, sejam diligentes e prestem atenção às reclamações dos pacientes. Se os gestores hospitalares se derem ao trabalho de atender às reclamações dos utentes e familiares, verbais e por escrito, poderão perceber os reais problemas das unidades que dirigem.

É fundamental que os gestores hospitalares conheçam profundamente os problemas, porque só assim estarão em

condições de tomar decisões, explorando o potencial dos seus colaboradores em proveito da sua gestão e em benefício dos destinatários dos seus serviços.

Em Angola as equipas de saúde, em especial médicos e enfermeiros são profissionais que tratados com muito respeito e consideração pela sociedade. Então, devem salvaguardar o prestígio de que gozam no seio das populações e comunidades.

O utente que se dirige a uma unidade de saúde, que se desloca ao hospital, precisa sentir que é tratado com respeito e dignidade pelos profissionais, e que devem fazer de tudo para melhorar sua saúde e doença. É preciso acabar com situações de negligência e absentismo, para que os serviços de saúde possam dar resposta às necessidades dos cidadãos.

A partir dessas reflexões, a humanização na saúde é um valor básico para conquistar a qualidade do atendimento dos utentes e das condições de trabalho dos profissionais de saúde. Envolve muitas dimensões e compromissos, como a prevenção, o cuidado, a proteção, a recuperação, a promoção, o tratamento, acolhimento, diálogo, escuta, enfim, a produção da saúde. Muitos são os desafios que devem ser enfrentados para lidar com a defesa da vida e com a garantia do direito à saúde, e acabar com a desumanização.

No percurso de reestruturação e organização do Sistema Nacional de Saúde de Angola, nas últimas décadas a sociedade acompanhou muitos avanços, conquistas, enfrentou desafios, que alegram e causam orgulho. Novas questões demandam outras respostas, porque são problemas ou desafios que persistem, impondo a urgência para a melhoria do Sistema, e as possibilidades podem ser construídas.

Neves (2005) reflete que para implementar medidas frente a desumanização na saúde, a integração do utente com a equipa de saúde é fundamental, na qual a comunicação é um elemento para que os seus direitos enquanto cidadão sejam respeitados, pelos profissionais de saúde e pelas próprias instituições. Chama a atenção para o estabelecendo orientações básicas e parâmetros

adequados aos profissionais de saúde e aos utentes do serviço de saúde, na construção de uma cultura de humanização.

O acolhimento nas unidades de saúde e hospitalares, é um desafio e também uma possibilidade. O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso, e a legitimação do sistema de saúde. Favorece, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do sistema como uma política pública essencial para a população, familiar e trabalhadores. Portanto, o acolhimento é um dos dispositivos importantes para trabalhar a humanização e desumanização na saúde.

CAPÍTULO 4 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

4.1. Um olhar sócio histórico dos hospitais

O hospital historicamente sempre foi considerado como um centro de hóspedes, visto que recebia enfermos, peregrinos e pobres. Tem a sua origem em época muito anterior à era cristã, logo, o cristianismo impulsionou e desvendou novos horizontes aos serviços de assistência, sob as mais variadas formas.

Na Babilônia, a prática de medicina começou no mercado.

Os doentes eram conduzidos ao mercado, porque não existiam médicos. Os que passavam pelo doente interpelavam-no com o intuito de verificar se eles próprios tinham sofrido o mesmo mal ou sabiam de outros que tivessem tido. Podiam assim propor o tratamento que lhes fora eficaz ou eficaz na cura de pessoas de suas relações. E não era permitido passar pelo doente em silêncio. Todos deviam indagar a causa da sua moléstia. (BRASIL, 1965, p. 8)

Constata-se que os hospitais eram considerados como depósitos, onde alojavam todos os enfermos que não dispunham de recursos financeiros, logo, os primeiros hospitais foram criados como locais de isolamento, onde a caridade se exercia com uma prática de cristianismo (BRASIL, 1965). Sendo assim, os hospitais como organizações de atenção à saúde tinham concepções de cunho conservador.

Com o progresso da civilização e o desenvolvimento das religiões, principalmente a cristã, este movimento foi mudando até atingir, em curva de ascensão rápida. Em duas das mais antigas civilizações encontram as raízes mais remotas das instituições hospitalares – as do Egito e da Índia.

Ao longo dos tempos, o hospital começou a ganhar expressão na sociedade e não é somente programa de assistência social ou benefício dos governos, mas uma responsabilidade social. O

hospital não deve ser mais “a casa onde se tratam gratuitamente doentes pobres ou onde se agasalham pessoas pobres”, conforme a definição dos dicionários antigos ou que se lê até em edições recentes (LAROUSSE, 1944, p. 52).

Com o desenvolvimento das sociedades, as exigências obrigaram a sociedade a pensar na modernização dos serviços prestados de um modo geral, qualificando o atendimento.

Em Angola a forma de assistência à saúde era fortemente ligada à vida cultural e social de cada comunidade, visto que, predominava a medicina tradicional e não a moderna. A medicina tradicional ganhou força no interior do país, onde a falta de unidades hospitalares e recursos humanos sempre foi precária e/ou quase ausente.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) define a medicina tradicional como a combinação total de conhecimentos, habilidades e práticas baseadas em teorias, crenças e experiências oriundas das diferentes culturas, sejam ou não explicáveis, para manter, diagnosticar e prevenir a saúde/diagnóstico.

A medicina natural/tradicional em Angola tem desempenhado um papel fundamental na cura de pessoas que padecem de enfermidades diversas nos últimos tempos, face às enchentes que se registam nos hospitais públicos de referência. (OMS, 2002, p. 1).

De acordo com o Conselho Nacional de Medicina Natural/Tradicional de Angola, a adesão por parte dos cidadãos de várias idades e classes sociais deve-se, também, aos relatos dos pacientes sobre os êxitos obtidos depois de serem submetidos ao tratamento (ANGOLA, CNMNTA, 2012). Independentemente da natureza ou origem da doença. Das várias especialidades existentes, a neuropatia é a que mais se destaca no ramo da medicina natural em alguns países da Europa, América do Norte e do Sul e de África, incluindo Angola, onde a prática é usual desde os anos 1980. Cientificamente, embora não tenham comprovação científica, mostraram ser eficazes no seu uso ao longo dos séculos.

A aderência pela procura de tratamento com base em métodos naturais é, ainda, maior nas áreas rurais do país.

Segundo Gonçalves (1992, p. 41),

[...] as origens de um profissional que cuida da saúde podem ser remontadas até ao período tribal, por meio do papel exercido pelo xamã, numa clara confluência entre religiosidade e atenção à saúde. Assim, o hospital foi um elemento muito fundamental na história para a supressão da falsa dicotomia entre o interno e o externo na atenção à saúde.

A carência de unidades sanitárias é dada como a principal razão pela busca de serviços da medicina tradicional/natural, enquanto que nas grandes cidades o motivo reside nos elevados custos cobrados nas clínicas privadas e à morosidade no atendimento nos serviços públicos e nos hospitais.

Outro aspecto, é que de 1975 a 1992, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) em Angola baseava nos princípios da universidade e gratuidade nos cuidados primários. A partir 1992 com aprovação da Lei de Bases n. 21/B 92, o Estado angolano deixa de ter exclusividade na prestação de saúde e admite a coparticipação dos utentes com o pagamento, e

O hospital como instituição, nos moldes aqui tratados, é fruto do capitalismo. Logo, o exercício da medicina passa a ser marcado pela prática liberal. Segundo Nogueira (2007), o que caracteriza essa prática é o controle do Estado e a livre venda dos serviços médicos, regulamentada pelo mercado.

Com a saúde moderna em todo território nacional, consequentemente, com os primeiros hospitais, a prestação de assistência hospitalar torna a base integral no desenvolvimento da política de saúde.

Enfim, com o hospital estão dadas as bases de que até hoje conhecemos sobre as práticas em saúde nos serviços: adoção de um conhecimento sobre as práticas em saúde nos serviços absoluto, formal e abstrato detido pelo saber do médico; o hospital quase como referência exclusiva para a assistência à saúde; a parcialização do trabalho em saúde, sob gerência do médico; a

medicalização excessiva para a assistência em saúde; e um modelo biologizante de atenção à saúde. (MATOS, 2013, p. 50)

O atual SNS está estruturado nos níveis de atendimento preconizado mundialmente: nível primário ou básico, nível secundário ou especialidades e nível terciário ou hospital. O nível terciário é representado pelos hospitais de referência mono ou polivalentes, diferenciados e especializados, é o nível de referência para as unidades sanitárias do nível secundário.

Apesar desta clara hierarquia, o sistema de referência e de contra referência não têm sido operacionais, por vários fatores, principalmente por causa da desestruturação do sistema de saúde e da redução na cobertura sanitária total, como analisado anteriormente. O que se observa é uma desarticulação entre os serviços de saúde, que acaba desrespeitando o princípio da atenção integral à saúde.

Enquanto os cuidados de atenção primária à saúde ou a municipalização não for uma realidade no país, sendo ainda uma utopia, irá persistir esta desorganização no SNS. Segundo o Ministério da Saúde, a área hospitalar “em termos de estrutura, a rede de prestação de cuidado de saúde é constituída por 1.721 unidades sanitárias, dos quais 8 hospitais centrais, 35 hospitais províncias, 228 hospitais municipais e 1.453 postos de saúde” (ANGOLA; MINSA, 2018, p. 2).

Considerando a extensão do país, a número de habitantes, o quadro de saúde e doença etc., há uma necessidade ou esforço urgente do Ministério da Saúde e dos gestores hospitalares, tornarem eficaz o atendimento, o sistema de referência, de acesso e de ampliação do número de hospitais.

O acesso aos serviços de saúde tem sido desarticulado em todos os níveis, que deveria começar com os cuidados primários de saúde, mas na prática vai direto para o nível terciário. Isso causa constrangimento, filas, desumanização no atendimento, o que na verdade poderia ser resolvido para melhorar as condições é a

construção de unidades primárias, para que o nível terciário possa responder à alta complexidade.

Nota-se que o Estado investiu fortemente na humanização da saúde, especialmente dos hospitais, e o país registra com satisfação os esforços empreendidos. Como exemplo, a desconcentração e descentralização de numerosos setores da administração do Estado para as províncias, que constituiu um ganho quando os esforços se estendem a outras áreas, como a da saúde.

A municipalização dos serviços de saúde enquadra-se no processo de desconcentração e descentralização dos serviços de nível primário, inseridos num sistema organizado e funcional em termos de recursos humanos, infraestrutura, rede sanitária, logística planificação e gestão financeira.

A municipalização dos serviços de Saúde como ponto de partida para os desafios do Estado para o setor. José Van-Dúnem, que presidia à cerimónia de abertura do conselho consultivo ordinário do Ministério da Saúde, reconheceu que o sucesso a nível nacional é o resultado do sucesso alcançado em cada município e província. Pediu aos responsáveis uma reflexão sobre a importância do cidadão, da família e da comunidade nos esforços de garantia de saúde melhor. (JORNAL DE ANGOLA, 2011, p. 2)

Ao surgir da história, as organizações começaram a assumir as suas responsabilidades sociais e os hospitais não fogem à regra. Elas reforçaram os seus papéis sociais, voltados à atenção à saúde da população, para o cuidado da saúde e o desenvolvimento social.

Atualmente, é possível afirmar que o hospital assumiu “significativos e deferentes papéis em cada momento histórico, devido às diferentes denominações que se empregavam à saúde nas diversas fases vivenciadas pela sociedade” (MELLO, 1977, p. 2). Ainda que os hospitais fossem considerados como depósitos de doentes pobres, ou sem possibilidades, nota-se que a sua função era, e é nos dias atuais, mais social e curativa.

A partir da caracterização descrita, pode dizer que face às necessidades da população, o hospital continua a sendo o centro de cura da população, exercendo o seu papel de diagnóstico,

tratamento, recuperação, prevenção e até de promoção da saúde. Pelo contexto em que Angola caminhou, verifica-se que o hospital é uma fonte de referência para a o tratamento das doenças, ainda que a medicina tradicional/natural esteja muito presente e é usada pelas e nas comunidades.

Assim, o Serviço Social torna-se uma referência para a contribuição na melhoria da política de saúde, na implantação do SNS, do Programa de Humanização, na medida em que a profissão atua na melhoria da qualidade de vida, na defesa dos direitos sociais, na execução dos programas, na mediação do acesso aos serviços junto às populações, promovendo seus direitos e a cidadania.

De acordo com Iamamoto (2006), o Serviço Social aparece como uma resposta profissional às demandas identificadas no cotidiano, frutos das relações de mercado no capitalismo. Perante a realidade capitalista, os (as) assistentes sociais situam-se numa posição de mediadores de forma a dar reforço na execução das políticas públicas.

Desse modo, o núcleo analítico sobre o Serviço Social hospitalar, enquanto categoria de análise busca olhar para o campo de pesquisa em sua totalidade, seus utentes, a contribuição dos (as) assistentes sociais neste espaço, as atividades cotidianas e, sobretudo, os limites e as possibilidades nas ações da profissão no Gabinete de Uteente do Hospital Pediátrico David Bernardino de Luanda.

4.2 Hospital Pediátrico David Bernardino de Luanda

O surgimento do Hospital Pediátrico David Bernardino de Luanda, tem importância significativa no país, sendo que o contexto em que essa instituição emergiu e se desenvolveu foi após a independência do país, em 1975.

A estrutura pediátrica existente, na época, estava organizada no Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina de Luanda, com sede no Hospital Américo Boa Vida. Mais tarde, com a criação do Centro Universitário de Luanda, a pediatria e outras

especialidades, foram transferidas para o Hospital Maria Pia, atual Hospital Josina Machel.

A partir do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto, em 1976 cria o serviço de pediatria e seguidamente transferido do Hospital Américo Boavida para o Hospital Maria Pia.

Em 1987 o Serviço de Pediatria foi transferido e ocupou interinamente o edifício de Doenças Inoficiosas anexo ao Hospital Maria Pia hoje Josina Machel, passando a designar-se Bloco Pediátrico do Hospital Josina Machel, mas com alguma autonomia administrativa, sendo chefiada pelo Responsável do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina, na altura Luís Manuel Mendonça Bernardino, diretor geral do Hospital Pediátrico até o ano 2012. Em 1996 é criado o Hospital Pediátrico de Luanda, como unidade hospitalar autónoma, e com todos os cargos administrativos inerentes. Os dois docentes mais antigos do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina assumiram os cargos de Diretor geral e Diretor Clínico respetivamente, tendo sido posteriormente por meio de um concurso público sido admitido o Administrador com formação em economia. Decreto Presidencial n. 211/14 de 20 de agosto.

O Hospital Pediátrico David Bernardino (HPDB), em conformidade com o Decreto n. 41/02, de 9 de agosto (MINSa, 2015, pag.44) é um Instituto Público dotado de personalidade e capacidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

O nome do Hospital Pediátrico David Bernardino, foi atribuído em setembro de 2004, em alusão ao dia do trabalhador da saúde comemorado anualmente a 25 de setembro, por decisão do Governo de Angola executada pela Dra. Júlia Hamukuaya, então Ministra da Saúde. A intenção certamente era honrar a memória do Dr. David Bernardino, morto à saída do seu Centro de Saúde na província do Huambo a 4 de dezembro de 1992, após uma vida de grande entrega à causa da Saúde em Angola (MINSa, 2015, pag.45) e ainda, de acordo com o Decreto Presidencial n. 211/14 de 20 de agosto ano.

O Hospital Pediátrico David Bernardino está localizado no município de Luanda, distrito urbano da Maianga, na província de Luanda, rua Amílcar Cabral, delimitado a Norte pelo Centro Nacional de Oncologia, a Nordeste pela Casa Mortuária Central do Governo da Província de Luanda, a Este pela rua da Samba e Bairro Azul, a Sudeste pela Casa das Irmãs do Santíssimo Salvador a Sul e a Sudoeste pelo Hospital Josina Machel, a Oeste pela Direção Provincial da Saúde de Luanda e pelo Colégio Alvorecer com Saúde, a Noroeste pela Rua Amílcar Cabral e bairro da Maianga.

É o Centro Pediátrico Nacional de referência no país. Em termos de capacidade suporta 500 (quinhentos) leitos, divididas em diferentes enfermarias. Atualmente, é a unidade hospitalar mais procurada quando se trata de tratamento diferenciado e especializado das crianças, onde ocorrem pessoas de quase todas as províncias, conforme expressa as falas dos (as) participantes:

Os utentes atendidos no Hospital Pediátrico David Bernardino, primeiramente, são crianças dos 0 aos 18 anos de idade, acompanhada dos seus familiares, como pai, mãe ou outros familiares mais próximos, ou ainda, crianças acompanhadas por terceiros. Crianças provenientes de todas partes de Angola, uma vez que é uma unidade nacional, na sua maioria são crianças de família de baixa renda, muitos deles têm como trabalho informal, como zungueira, kintandeira, praças, e alguns funcionários público, mas em geral, são utentes de família muito baixa e na sua maioria são utentes provenientes de todos os locais de Luanda. (AS 1)

Falar dos utentes atendidos no hospital é complicado, mas, vamos simplificar o mais importante. São crianças do 0 a 18 anos respectivamente, filho de cidadão nacional ou estrangeiro que tenha qualquer situação de saúde. A maioria dos utentes atendidos são filhos da classe trabalhadora, pessoa que precisam mais apoio por parte dos assistentes sociais, haveis atendemos eles sem condições para seguir o tratamento, os assistentes têm feitos de tudo para que este direito seja efetivado em todos os aspetos. Portanto, todos os utentes têm os mesmos direitos no atendimento, mesmo sem fiscalizar está atenção por falta de quadro suficientes na área, procuramos fazer o nosso melhor em todos os aspetos para proteger os utentes. (AS 2)

São basicamente crianças dos 0 até 17 anos, apesar que, já recebemos até 18 anos normalmente. Aparecem crianças de todas as áreas de Angola e especialmente de Luanda que padecem várias complicações de saúde. A maioria são crianças de família mais carecidas, sem condições de pagar uma clínica ou despesa de medicamentos. Mas, já tivemos filhos de ministros e governadores, por vários motivos, sendo uma unidade de saúde pública, recebemos todos. (AS 3)

Os utentes atendidos na nossa unidade de saúde, têm um perfil único, crianças dos 0 até aos 18 anos, de todas as classes sociais, apesar que, a maior é da classe trabalhadora, camponesa e com poucos recursos para percorrer em outras unidades privadas. São utentes que precisam da nossa solidariedade, apoio e carinho, visto que, é uma fase das suas vidas muito complexa onde a cura é a ordem do dia. (AS 4)

Nas falas, há um denominador comum que efetiva a importância do Hospital e sua função de atender qualquer criança que precisa de cuidados de saúde diferenciados ou especializados, tendo por finalidade o diagnóstico, reabilitação e tratamento.

Possui em seus quadros profissionais com formação de pós-graduada em pediatria, investigação científica na área da Saúde Infantil, constituindo elemento de referência de âmbito nacional na prestação desses cuidados à população.

É uma unidade hospitalar de referência que tem como vocação o atendimento a todas as crianças doentes, sem discriminação. A sua missão assenta na prestação de cuidados de saúde preventivos, curativos e de reabilitação com patologias de média e alta complexidade, por meio de uma política de investigação, formação permanente do pessoal e uso de tecnologia adequada, de forma a contribuir para o desenvolvimento da saúde infantil do país.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência na Saúde, é um presente que nós assistentes sociais na e para saúde, precisamos dominar estudar e desenvolver para que os utentes sejam mais esclarecidos. Com a entrada deste subsídio melhorou muita abordagem e a autonomia do paciente, dando direito e dever ao mesmo. Aqui no hospital teve várias atividades para explicar e ajudar os profissionais a respeitar a nova forma de abordar os utentes em suas variadas formas. [...] Ele veio dar vida e impulso na nova abordagem de saúde nas unidades de saúde. Apesar de que, ainda não está implementado em todos os hospitais a nível nacional, por falta de vontade política e falta de domínios de alguns gestores. Mas, no meu ponto de vista, trouxe melhoria e qualidade do atendimento das crianças. Ela veio premiar os esforços dos assistentes sociais que vem dar ar de graça aos aspetos de humanização e debater com o ministério sobre a forma de atendimentos nos hospitais e exigir do Estado o seu papel de investir na saúde infantil através dos canais necessários. (AS 3)

As falas a seguir, mais uma vez, expressam como o Hospital é referência em todos os aspetos para o atendimento:

[...] o Hospital Pediátrico David Bernardino por ser a única unidade de saúde de referência a nível nacional, então, a demanda é cada vez mais elevada. Podem-se classificar as entradas ou demanda no Hospital em duas épocas. Primeiro a época de chuva, neste período, atende em média 400 a 500 utentes por dia, é uma situação que sufoca os profissionais de saúde e não só, visto que estão num país tropical. E a segunda época, é o cacimbo ou tempo seco, neste período a demanda é mais reduzida, que pode chegar 250 crianças durante o dia. São estas duas grandes épocas, que por sua vez aparecem com várias patologias, sendo a principal que até agora vigora é a malária. (AS 1)

Sendo um hospital de referência a nível nacional, recebe utentes de todo o país, principalmente das províncias próximas de Luanda, estamos a falar do Kwanza Norte, Bengo, Kwanza Sul. Ainda não temos as condições que necessitamos. (AS 2)

Proveniente de todos os municípios de Luanda e não só, em outras partes de Angola. (AS 4)

As falas mostram que esta unidade hospitalar é referência nacional. Acrescentando, pela experiência do pesquisador, em Angola deveria ter de uma média de 5 (cinco) a 10 (dez) instituições com esta estrutura e com a mesma capacidade nas diversas regiões, para atendimento e atender o indicador de qualificação, a atenção em saúde.

O HPDB tem os seus valores pautados no respeito pelas crianças e suas famílias, a atuação dentro dos princípios da ética e deontologia, uma gestão zelosa e transparente. Busca rigor e prontidão no atendimento e a cooperação e trabalho de equipe, visando à autoestima, competência e compromisso institucional. Há uma valorização profissional e humana do funcionário, dedicação ao serviço e uso criterioso do patrimônio do Hospital, isto é, defende valores sublimes como a vida humana, a justiça social, o trabalho e os direitos humanos.

Tem como competência essencial a eficácia e transparência na gestão administrativa e compromisso com a formação profissional. Para complementar a sua identidade organizacional o Hospital tem como visão ser referência na formação profissional e na pesquisa científica, em doenças que contribuam para a redução da mortalidade infantil em Angola. É uma instituição pública dotada

de personalidade e capacidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial, e está sob tutela do Ministério da Saúde ao qual compete praticar todos os atos, que por lei lhe são acometidos.

São atribuições do Hospital Pediátrico David Bernardino, conforme o Estatuto Orgânico de n. 211 de 20 de agosto de 2014:

- a) Assegurar à população infantil assistência médica, medicamentosa, de enfermagem, diagnóstico e terapêutica que dela necessita; b) Contribuir na redução da morbimortalidade pelas doenças mais correntes nas suas áreas de jurisdição; c) Prestar cuidados de saúde gerais e diferenciados na área de medicina e cirurgia, aos doentes tanto inseridos localmente como transferidos das unidades sanitárias periféricas, através do sistema de referência e contra referência; d) Contribuir no desenvolvimento das unidades sanitárias periféricas da sua zona de jurisdição, através da retro informação, diagnóstico e superação dos seus problemas ligados aos doentes transferidos; e) Promover ações que visem a melhoria da qualidade para consecução dos seus objetivos; f) Promover a formação e investigação em saúde e o desenvolvimento profissional dos técnicos; g) Realizar outras tarefas que lhe sejam incumbidas pelo órgão de tutela.

Em termos de estrutura orgânica compreende os seguintes órgãos: órgão deliberativo, conselho diretivo, órgãos de direção, diretor geral, direção clínica, direção de enfermagem, direção pedagógica e científica, administração, órgãos consultivos conselho geral, órgão de fiscalização, conselho fiscal, órgão de apoio técnico, conselho clínico, conselho administrativo, conselho de enfermagem, conselho pedagógico e científico. Toda esta estrutura demonstra sua organização e a postura de incentivo ao estudo e pesquisa na área da saúde infantil.

Desenvolve o trabalho a partir das seguintes Comissões Especializadas: comissão de ética e deontologia, comissão de controle de infeção hospitalar, comissão de farmácia e terapêutica, comissão de prevenção de acidentes e segurança no trabalho, comissão de avaliação de desempenho dos trabalhadores, comissão de auditoria clínica e comissão de atividades lúdicas. Em sua estrutura, dispõe de:

- Serviços de Internamento: Pediatria Geral, Pediatria Especial, Pneumologia, Cirurgia, Cuidados Intermédios I, Cuidados Intermédios II, Unidade de Cuidados Intensivos e Hemodiálise, Nutrição, Neonatologia, Neuro-Infecçiology;

- Serviços de Ambulatório: Banco de Urgência, Centro de Apoio ao Doente Anêmico, Hospital Dia, Vacinas e Fisioterapia;

- Serviços de Apoio as Diagnósticas e Terapêuticas: Hemoterapia, Esterilização, Fisioterapia, Farmácia, Serviço Social, Anatomia Patológica, Laboratório Central, Laboratório de Microbiologia e Laboratório de Urgências, Imagiologia (TAC, Ecografia e Radiologia) e Estatística Médica.

Pode-se afirmar que o HPDB tem uma estrutura e organização moderna e vem se qualificando conforme as necessidades apresentadas pelas demandas. Atende os princípios e valores preconizados para o atendimento à saúde da criança e sua família, em seu processo de crescimento e desenvolvimento.

O hospital moderno, muitas vezes, traz experiências negativas que afetam o desenvolvimento físico e psicológico da criança, marcando-as por toda a vida. A imagem do hospital como um local de dor, juntamente com o medo natural que uma criança tem de ambientes estranhos, permanece arraigado na memória de muitos.

Para dizer que, as instituições voltadas para a assistência às crianças e não só, surgiram como pioneiras na implementação do conceito de humanização no tratamento e concepção dos espaços, visto que, a percepção do atendimento à criança, que aparece como algo complexo, pois envolve a relação com o acompanhante, onde a comunicação se dá por relações de afeto. (BERGAN; BURSZTYN; SANTOS, 2004, p. 12).

A criança que permanece “internada ou que retorna muitas vezes ao hospital é a que mais sofre com as influências do meio hospitalar, porém a que mais contribui para os estudos de humanização, com sua percepção dos espaços e das interferências médicas sobre seu corpo” (BERGAN; BURSZTYN; SANTOS, 2004, p.12). É preciso trabalho humanizado para que haja êxitos na

atenção à saúde das crianças, logo, é importante fortalecer a humanização na atenção do hospital.

4.3 Gabinete do Utente

O Gabinete do Utente é uma estrutura funcional existente em todas as unidades de saúde do país, e está integrado com as atividades do Serviço Social na saúde. É um serviço destinado a receber sugestões, reclamações dos utentes e familiares dos serviços de saúde e a prestar informações e orientações sobre os seus direitos e deveres. É, assim, um instrumento para a melhoria da gestão dos serviços e um meio de defesa dos utentes/pacientes, situando-se numa posição privilegiada, na dependência direta dos órgãos de gestão com quem colabora, como mediador entre os serviços de saúde e os cidadãos.

A fala do (a) participante da pesquisa mostra este trabalho na saúde:

Bem, as ações que desenvolvo são várias, mas a principal é a implementação do Gabinete do Utente na orgânica do hospital pediátrico David Bernardino. O Gabinete do Utente é uma área dependente do diretor geral do hospital, por uma questão política, anteriormente assim acontecia, e que na vertente pratica o Gabinete inclusive o diretor geral Dr. Francisco Domingos entende que assim é por uma questão de cumprimento do estatuto, é necessário continuar aí, mas, a nível interno aqui do Hospital Pediátrico. [...] o Gabinete é coordenado pelo Serviço Social, esta é a primeira ação para garantir a humanização da atenção à saúde. A segunda ação, a partir do Gabinete aqui do Hospital Pediátrico tem várias ações sócio educativas com os utentes que são realizadas diariamente para que o próprio utente compreenda como funciona o hospital, o atendimento em geral, que é entender quais os direitos e deveres dele e bem como para compreender onde este utente deve emitir a sua opinião caso deseje ver algo melhorado. [...] A outra ação do Gabinete tem a ver com o nível do próprio Serviço Social hospitalar como tal, entra os assistentes sociais, que é natural e novamente a garantia dos direitos dos utentes que aqui estão, uma vez que se recebem pacientes ou utentes de todos os estratos sociais. Existem pacientes muito mais retraídos e muitas vezes acabam por não perceber nada da sua situação e saem sem nenhuma informação da sua situação e os assistentes sociais têm sido os eleitos entre os acompanhantes dos utentes, tanto os médicos e enfermeiros ou outros profissionais requisitam o gabinete do serviço social hospitalar para garantia de toda a informação útil que eles precisam [...], e também tem a ver com formação

permanente em saúde, todos os meses, há formação aqui no Hospital Pediátrico David Bernardino e que são chamados os assistentes sociais para apresentar alguns elementos, quer sejam teóricos ou práticos, para se garantir o processo da atenção humanizada em saúde. (AS 1)

A fala expressa o real valor do Gabinete do Utente, nesse caso na unidade hospitalar, sendo preciso ressaltar que qualquer que seja a unidade de saúde, o Serviço Social é uma das primeiras profissões da saúde a acolher reclamações e sugestões, ou seja, atende o utente da saúde.

O Gabinete se constitui como uma estrutura em permanente interação com todos os profissionais e os serviços, e deve atender qualquer utente independentemente de ser ou não atendido nessa unidade de saúde, cabendo o encaminhamento da exposição para a unidade visada, se for o caso. O compromisso estabelecido pelo Serviço Social no Gabinete do Utente em Angola, vai ao encontro da reflexão de Martinelli (2207, p. 21):

Considerando os desafios que se colocam contidamente para o assistente social que atua na área da saúde, especialmente em contextos hospitalares, é preciso considerar as dimensões éticas que estão presentes em seu trabalho e que são constitutivas da identidade da profissão, expressando-se em diferentes níveis desde a ética dos cuidados e de proteção social. (MARTINELLI, 2007, p. 21)

No HPDB as funções do Gabinete do Utente são desempenhadas por 2 (dois) responsáveis – um efetivo e um adjunto, nomeados para o efeito pelo Órgão Dirigente da Instituição, o Diretor do Hospital, e dele dependente, direta e hierarquicamente. Os responsáveis são técnicos profissionais Superiores de Serviço Social, e poderão também integrar o Gabinete psicólogos clínicos, sempre que necessário.

As Atribuições do Gabinete do Utente ou Gabinete do Serviço Social Hospitalar, como estão reconhecidas, segundo o Estatuto Orgânico do Hospital Pediátrico David Bernardino (HPDB, 2014), é muito importante para dar voz e vez ao utente, nas suas variadas situações, seja social, de saúde, entre outras:

- Atender, em entrevista realizada em ambiente com a necessária privacidade, os cidadãos que pretendam apresentar reclamações, sugestões ou elogios/agradecimentos; informar os utentes do Hospital Pediátrico David Bernardino (HPDB) sobre os seus direitos e deveres. Colaborar na redução de reclamações, quando os reclamantes não possam fazê-lo, ou providenciando ajuda para a apresentação em momento posterior de reclamação subscrita por familiar ou terceira pessoa em nome do reclamante; receber todas as exposições escritas relativas a reclamações, sugestões e elogios/agradecimentos sobre o funcionamento dos Serviços ou o comportamento dos funcionários, entradas na instituição por qualquer via (incluindo via livro de reclamações);
- Encaminhar as exposições que saiam seu âmbito de atuação; registar e classificar todos os processos relativos às exposições recebidas e analisar os factos apresentados pelos exponents e propor as diligências eventualmente necessárias ao seu esclarecimento das mesmas. Elaborar, quando justificado, propostas de audição de responsáveis pelos serviços ou profissionais visados;
- Assegurar o expediente e arquivo relativo às reclamações e sugestões recebidas, qualquer que seja o suporte utilizado, dando conhecimento ao utente, oportunamente, do andamento, das decisões intercalares ou do encaminhamento do processo. Promover o envio de cópias dos processos concluídos para o organismo de tutela, de acordo decisão e orientação da direção do Hospital Pediátrico David Bernardino (HPDB). Preparar, se adequado, propostas de respostas aos exponents e promover o seu envio depois de homologadas e assinadas pelo órgão dirigente da instituição;
- Sugerir aos órgãos dirigentes, quando justificado, medidas julgadas necessárias para a resolução dos problemas objeto de reclamações e sugestões. Participar em estudos de auscultação de opinião dos utentes sobre o grau de satisfação relativo aos serviços que lhe são prestados. Propor a colocação, em local apropriado, dá sinal ético indicadora do Gabinete do Utente e divulgar, em articulação com os órgãos dirigentes, os horários de atendimento e as vias de contato (telefone, fax, endereço eletrônico); elaborar relatório periódico sobre as suas atividades. (HPDB, 2014, p. 4)

As Atribuições demonstram que o Serviço Social Hospitalar está bem organizado na estrutura dessa unidade de saúde, com atividades voltadas para os direitos dos utentes e realiza a mediação entre utente, família e a instituição a partir das necessidades apresentadas. Outro aspecto é um atendimento voltado para a questão da satisfação do utente e família, resguardado pela ética e respeito, como expressa o Estatuto.

Os responsáveis pelo Gabinete devem dispor de recursos para o desenvolvimento do trabalho, tais como, acesso à internet e rede informática da saúde através de um computador, etc., conforme estabelece o Estatuto Orgânico:

Aos responsáveis pelo gabinete do utente são disponibilizadas condições adequadas à prossecução da sua missão, nomeadamente (a) acesso direto ao órgão dirigente, (b) instalações acessíveis e condignas, (c) equipamentos apropriados, (d) apoio administrativo (em tempo integral ou partilhado, conforme as circunstâncias locais). O horário de atendimento do gabinete do utente coincide com o horário do funcionamento do Serviço Social do Hospital Pediátrico David Bernardino (HPDB), devendo ser afixado de modo legível e prevendo-se o agendamento por telefone de entrevistas, em especial para o caso de utentes oriundos de outras unidades de saúde. (HPDB, 2014, p. 2)

Observa-se que o Serviço Social Hospitalar tem no Gabinete do Utente o espaço reconhecido de trabalho, onde estão assegurados os recursos para o desenvolvimento das atividades, sendo uma conquista que legitima um avanço importante da profissão no país.

É importante esclarecer que Gabinete do Utente não é um serviço de informação geral, tem a função de atender o utente e família. No entanto, colabora com o serviço de informações ao cidadão ou Gabinete de Relações Públicas. A fala do (a) participante complementa esta análise:

Na verdade, o Gabinete do Serviço Social Hospitalar trabalha com 10 profissionais, dos quais 2 são assistentes sociais do quadro efetivo, 1 escriturária tilográfica que foi atribuída como técnica social, 1 psicopedagógico, 1 copeira, que exerce diversas funções, tal como ouvidora do gabinete do utente e 2 educadoras de infância para as salas de recreação. E tem também 4 voluntárias as quais uma técnica média de terceira classe que também exerce a função como ouvidoria do gabinete do utente, 2 educadoras sociais e 1 assistente social. Estas são as profissionais que trabalham no gabinete do Serviço Social hospitalar e de uma maneira geral, pensa-se que o Serviço Social tem muitos funcionários, mas, quando na verdade, só se trabalha com dois assistentes sociais para um universo de 437 camas, mais 300 que vão entrando no serviço ambulatório que carecem da atenção dos assistentes sociais. Então, é esta a perspectiva que se tem do aqui no Hospital Pediátrico David Bernardino. [...] como

assistentes sociais que é a demanda que o hospital apresenta, fica difícil responder esta pergunta, mas, diariamente a primeira coisa que se faz é rever todas as situações pendentes do dia anterior para poder fazer uma planificação e principalmente aqueles assuntos que carecem de prioridade, uma vez que, são 2 assistentes sociais efetivos no hospital. (AS 1)

Ainda, a fala aponta a importância do Gabinete e a preocupação diária com a falta de recursos humanos para dar respostas adequadas aos problemas apresentados pelos utentes, visto que, o número de leitos e de atendimento, infelizmente, é muito superior ao número de assistentes sociais. Logo, não há condições técnicas, materiais e humanas para dar a cobertura e respostas para todos os utentes. É preciso que o Ministério da Saúde tome nota das insuficiências de recursos, de contratação de assistente social nas unidades hospitalares e resolva a contratação por concursos, para melhorar a atenção à saúde, conforme esta fala:

Na atenção à saúde, o primeiro passo a ser dado é o Estado disponibilizando recursos humanos, infraestruturas, equipamentos, depois de estas condições serem criadas, as instituições de saúde que lidam diretamente com os utentes, terão de certo modo condições para responder as necessidades dos utentes com mais dignidades. (AS 2)

É condição essencial para o exercício de funções no Gabinete do Utente ter aptidão informática e experiência e/ou perfil profissional adequado àquelas funções. Os dirigentes, Diretores no Hospital Pediátrico, não podem acumular as suas funções com as de responsáveis pelo Gabinete. Quando considerado útil e possível, deve ser constituída uma comissão multiprofissional que funcionará como sua estrutura de apoio, designadamente quando estejam em apreciação matérias particularmente delicadas ou mais específicas.

A Comissão Multiprofissional, nomeada pelo órgão dirigente, tem uma composição adaptada às circunstâncias do Hospital Pediátrico, e se reúne sob a coordenação do responsável do Gabinete do Utente e pronuncia-se por iniciativa própria ou a pedido do gabinete do utente ou do Diretor Geral.

O atendimento é realizado pelos responsáveis pelo Gabinete do Utente ou pelo ouvidor, especificamente preparados, e ainda

os utentes podem utilizar como alternativa, as seguintes vias para comunicar: a) Colocação de exposições em caixas de sugestões/reclamações existentes na instituição, junto das quais devem existir impressos destinados a esse fim; b) Envio livre de exposições por correio eletrónico, mensagem telefónica ou por mão própria; c) Preenchimento de folha (ou folhas) do livro de reclamações.

Os documentos recebidos no Gabinete do Uteute, qualquer que seja o seu suporte físico ou via de entrada, merecem igual dignidade de tratamento e resposta, podendo revestir as seguintes formas: opiniões – por meio das quais se pretende conhecer o que o utente pensa do modo como é atendido e da qualidade, satisfação, tempo de espera e custo do serviço que lhe é prestado; sugestões – através das quais se pretende que o utente faça propostas concretas de melhoria a introduzir no funcionamento do Hospital; reclamações – outros contributos escritos por meio dos quais o utente possa manifestar o seu desacordo ou a sua divergência em relação à forma como foi atendido, como lhe foram prestados determinado serviço; elogio e/ou agradecimento – através do qual o utente expressa o seu agradecimento ou elogio ao HPDB ou seus colaboradores, pelo funcionamento dos serviços e/ou pelo atendimento prestado.

Por outro lado, o Gabinete do Uteute não pode tratar das reclamações relativas a membros de Direção do Hospital e dos responsáveis pelo próprio Gabinete, estas são encaminhadas para setores específicos.

O HPDB está obrigado a dispor de Livro de Reclamações em todos os locais onde seja efetuado atendimento ao público, devendo a sua existência ser divulgada aos utentes de forma visível. Independentemente da fase de tramitação em que se encontrem as reclamações, qualquer que seja a via de entrada, cabe a cada serviço reclamado dar resposta ao reclamante, acompanhada da devida justificação, bem como das medidas tomadas ou a tomar, se for caso disso, no prazo máximo de 15 dias.

Esta medida assegura, ou busca assegurar, respostas aos problemas apresentados.

O Gabinete do Utente, bem como, o Serviço Social Hospitalar do HPDB, tem como uma das atividades prioritárias desenvolver o Programa Nacional de Humanização da Assistência na saúde (PNHAS). O processo de humanização na assistência hospitalar em Angola é uma das metas do Ministério da Saúde e desafia a repensar as novas configurações e buscar respostas para o melhor tratamento humano. Ou seja, um humano reconhecido como cidadão, o utente com direitos e deveres, que busca uma atenção digna, e outro humano que é profissional, e também cidadão, com os seus direitos e deveres e que desenvolve sua técnica num espaço sócio ocupacional a favor do utente.

As nossas unidades hospitalares precisam de mais atenção por parte das instituições e não só os parceiros sociais, mas fiscalizar os investimentos dados pelo Ministério da Saúde. [...] É da responsabilidade das instituições ou unidades de saúde melhorar o nível de acesso a saúde aos utentes e nós como assistentes sociais temos que ajudar com ações concretas e direcionadas para o efeito. (AS 2)

Desse modo, a abordagem desta temática parte do entendimento que quando o ser humano procura os serviços de saúde, suas expectativas estão voltadas para a atenção totalizante e não fragmentada. E o desafio é que as instituições hospitalares devem estar preparadas para receber e atender da melhor maneira possível as necessidades e demandas. O tratamento da dor, da doença de um ser humano sensível, exige profissional e instituições capazes de lidar com estas situações, pois a demanda cotidiana, o fluxo de atendimento, as condições instrumentais e materiais, a motivação profissional, as habilidades profissionais e a gestão em nível hospitalar, influenciam significativamente no processo de humanização na assistência à saúde dos utentes.

Angola é um país que a humanização da saúde está a dar seus primeiros passos, apesar de contemplar um conceito de saúde com princípios universais e diretrizes participativas, enfrenta desafios

que exigem ampliar o debate sobre o PNHAS no Sistema Nacional de Saúde, conforme preconizado pela legislação.

O desajustamento entre os recursos humanos e materiais disponíveis e a pressão do crescimento populacional traduzido pela enorme procura dos serviços, levou a de teorização da rede sanitária periférica e consequentemente dos serviços de última linha; funcionando estes praticamente como os únicos existentes. Por outro lado, paralelamente não existiram investimentos adequados e necessários quer humanos quer materiais, para melhoria do nível de assistência médica (ANGOLA; LBSNS, p. 3).

O conteúdo descrito traz uma reflexão a respeito daquilo que é o cenário atual no contexto da saúde angolana, pois com uma realidade caracterizada por baixa cobertura ao acesso aos serviços de saúde enfrenta problemas expressivos nos serviços públicos de saúde. Não é possível escapar das várias vicissitudes enfrentadas na realidade hospitalar, uma vez que os serviços de nível primário apresentam atendimentos precários, em razão dos fatores já analisados. Por conta disso, os utentes recorrem aos hospitais secundários e terciários, pelo que se traduz no aumento da demanda e um atendimento precário, sem poder cumprir o respeito da dignidade da pessoa humana.

Fruto dessa precária atenção à saúde, motivado ainda pela mercantilização da saúde, os utentes se manifestam apresentando motivos de descontentamento, cuja opinião pública insiste nas decisões políticas, visando melhorias no atendimento hospitalar, ampliação dos serviços de saúde, tais como: aumento de recursos humanos, de infraestruturas, medicamentos, com intenção de melhorar o quadro assistencial.

Neste âmbito, que o Programa de Humanização pode contribuir de maneira significativa, visa o alargamento do conceito de humanização nas instituições hospitalares mediante a implementação de uma cultura organizacional diferenciada conducente ao respeito, à solidariedade e ao desenvolvimento da autonomia e da cidadania dos profissionais de saúde e dos utentes.

A humanização na unidade hospitalar pode contribuir para: o fomento da autonomia e do protagonismo dos sujeitos, aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos, estabelecimento de vínculos solitários e de participação coletiva na gestão, identificação das necessidades de saúde, ainda, mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo com o foco as necessidades dos cidadãos e a reprodução de saúde e a melhoria das condições de trabalho e de atendimento. Portanto, o Serviço Social é uma profissão na saúde que pode contribuir para fortalecer esse processo.

A contribuição na humanização da saúde é refletida pelo (a) participante:

Para a humanização da atenção à saúde? O nosso contributo tem sido muito importante e imperativo de certo modo para assegurar o funcionamento de alguns setores do hospital, além de ser uma referência aqui, porque a nossa abordagem expande e facilita com que outros setores seguem o caminho do gabinete do serviço social hospitalar e certo modo acompanhado com o gabinete do utente. [...] Um dos nossos contributos é facilitar, dialogar com a direção a implementação do gabinete do utente, que veio de certo modo para dar voz e vez ao utente em suas variadas expressões da questão social que eles apresentam dia pós dia. Isto veio primar os esforços conjuntos de alguns atores que desde então venham a primar pela humanização e pela qualidade da atenção dada pelos utentes nesta instituição. (AS 2)

Os desafios que se colocam no contexto atual necessitam de estratégias e articulação de todos os atores sociais, engajados para a efetivação da saúde como um direito, humanizada e de qualidade.

A reflexão sobre a atuação do assistente social na saúde na perspectiva da humanização da atenção é bastante desafiadora na medida em que o Serviço Social no Hospital em Angola desenvolve-se num contexto sócio histórico caracterizado por um processo de lutas e resistências que vigoram até os dias atuais.

Como já analisado, o país vive um clima de estabilidade política desde 2002, quando se lançaram as bases para a construção de um projeto de desenvolvimento que culminou na elaboração das políticas públicas. Perante esta situação, a política de saúde consta

como uma das prioridades em nível das decisões políticas, para almejar as metas do Plano Nacional de Saúde (ANGOLA, 2018).

A contribuição do trabalho do/a assistente social para a humanização dos serviços de saúde, de certo modo é visível e encorajador, conforme as falas dos (as) participantes:

Sobre a humanização da atenção à saúde... não podemos dizer que, os utentes têm uma atenção de 100%, mas o Hospital Pediátrico David Bernardino é de certo modo um exemplo a seguir, mesmo com várias dificuldades que a instituição tem passado. [...] O contributo dos assistentes sociais para humanização da atenção são as constantes reuniões com outros parceiros sociais para que haja mais atenção à saúde da criança e temos tido bons resultados, isto é, o Hospital recebe várias visitas que por sua vez ajudam a locar situações que o mesmo não conseguiu dar solução por falta de recurso, [...] outro contributo é a melhoria das condições ou da atenção que o Hospital tem dado aos seus utentes, fruto da dedicação e esforços da equipa do gabinete do serviço social hospitalar. É preciso ressaltar a importância destes profissionais nas unidades de saúde, e especialmente aqui, tem sido um trabalho que começa com os próprios utentes, seus familiares e os profissionais de saúde, na garantia do seu direito como utente, merecendo um acompanhamento personificado, dirigido, dando informações corretas aos mesmos e aos seus acompanhantes, sensibilizar os profissionais em serviço da sua ardua e complexa tarefa junto dos utentes. [...] outro trabalho é criar ponte de ligação entre as necessidades dos utentes, seus familiares e os profissionais de saúde perante a direção, de forma a minimizar os problemas que eles acarretam dia pós dia. (AS 2)

O contributo do trabalho do assistente social para a humanização da atenção à saúde se resume em várias situações, visto que, temos um campo muito vasto de atuação, principalmente na elaboração de planos estratégicos para atendimento à nível da assistência aos pacientes e suas famílias, esta atividade é constante no nosso dia-a-dia, visto pelo número de pacientes que temos, acompanha-los não tem sido uma tarefa fácil e mesmo assim o dever nos chama. Principalmente os utentes do centro de apoio ao doente anémico, o hospital dia, o gabinete de assistência psicossocial e a sala de apoio de ocupação dos acompanhantes. [...] outro contributo é o seguimento e encaminhamentos de casos sociais em saúde, que de certa maneira possibilita-nos avaliar e diagnosticar e por sua vez dar apoio e orientação psicossocial, orientação e aconselhamento aos utentes e aos profissionais de saúde em serviço de forma a dar um tratamento sério e completo da situação. [...] com as nossas atividades é visível os elogios recebidos pelos utentes e pela direção de tanto nos apoios em todos os casos. Não somos os melhores não, mas temos possibilitado muitas crianças e familiares a ter um fim feliz. Em todos os casos sociais em saúde que já trabalhamos, mostramos

sempre as nossas dificuldades para que, juntos conseguimos minimizar os problemas do próprio utente. (AS 3)

O contributo do trabalho do assistente social na unidade hospitalar é de satisfação, visto que as nossas atividades de um tempo para cá melhorou o ambiente de trabalho, criou um trabalho e espírito de equipa, coisa que não era visto constantemente. Em reuniões influenciámos muito na decisão que os profissionais tomam para o bem social (tanto para os utentes ou mesmo para o benefício dos profissionais). Não esquecendo que, o gabinete do utente, o sustento máximo tem sido dos/as assistentes sociais, apesar de que, o número de funcionários é muito reduzido para dar respostas a todos. [...] Dentro das nossas atividades a interdisciplinaridade é visível e constante, visto que, com o aparecimento de caso social em saúde, obrigou expandir e pedir colaboração de outros profissionais e formando assim uma equipa de serviço com sólida e objetiva para dar resposta as questões que os utentes apresentam. [...] Na qualidade de assistente social, a nossa contribuição é transversal a todos os utentes e seus familiares, visto que, a efetivação da garantia dos direitos dos mesmos, vem primar a importância da nossa existência no hospital, mesmo sabendo que o trabalho na unidade hospital não é fácil, nosso temos um lema 'o dever de servir o próximo nos chama'. Em suma, é muito importante a nossa presença nesta unidade de saúde, dando apoio psicossocial ao próximo na sua variedade situações, recebe-los e encaminha-los é um sentimento ou sensação incrível de se viver. (AS 4)

A contribuição do Serviço Social na saúde, a partir das falas dos (as) participantes, mostra claramente a direção do trabalho na perspectiva de acesso e de acolhimento dos utentes e famílias. Bem como, o trabalho intersetorial com parceiros. Ainda que, no Hospital os utentes enfrentam situações de atendimento desumanizado, insensibilidade de profissionais, chegando mesmo a vivenciar situações e episódios de pacientes que, por não serem acolhidos de imediato para o atendimento, acabaram por perder a vida. Bem como, certa robotização pela falta de diálogo, tratando o utente como objeto e não sujeito do seu tratamento, ainda assim, as melhorias estão acontecendo.

Ao refletir a ética e a humanização na saúde, para Martin (2003), o profissional com o fomento da mobilização, a formação contínua e supervisão na execução do seu exercício, “aos poucos constata de forma tímida alguma conscientização no atendimento à dor, à doença, ao sofrimento do utente, [...] mostrando estar cada

vez mais a procura de respostas que lhes assegurem a sua dimensão humana nas relações laborais” (MARTIN, 2003, p. 33).

Assim, a humanização na saúde vai se tornando um desafio que se constitui como um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional do Serviço Social no Hospital, pressupondo um cuidado digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais, conforme orienta o Programa de Humanização.

Para o Ministério da Saúde de Angola (MINSA, 2014), a preocupação com atendimento à saúde e a humanização neste setor público são legitimadas através deste Programa, com a intenção de promover uma nova cultura de atendimento à saúde e aprimorar as relações entre profissionais e utentes. Ainda, ressalta que humanização dos serviços de saúde é uma questão de cidadania, visando a dignidade e respeito nas unidades de saúde, particularmente nos grandes hospitais.

O Serviço Social da saúde tem uma referência importante para a organização de suas atividades. Significa agregar às eficiências técnicas e científicas, os valores fundamentais como a ética, respeito, amor, solidariedade e a dignidade da pessoa humana. Já que a humanização na saúde significa a valorização dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde, sejam utentes, trabalhadores ou gestores.

É um processo complexo, moroso e amplo, o qual por vezes se oferece resistência, pois envolve mudanças de comportamento e de valores, que podem ser movidas também por sentimentos de ansiedade e medo. E, requer uma atitude reflexiva acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional do (a) assistente social, para o cuidado digno, solidário e acolhedor e, principalmente, uma postura ética nas atividades profissionais.

Atualmente existe o Gabinete de Ética e Humanização do Ministério da saúde e foi criado por Decreto Presidencial em janeiro de 2018, que a humanização da atenção hospitalar agora tomou outros contornos, já não se fala apenas em humanização virado apenas para o utente, também para o próprio profissional. Por esta razão, humanização hospitalar já é uma matéria que se deve tornar num serviço com várias

áreas, por exemplo: antigamente era chamado área social hospitalar e agora é serviço social hospitalar, esta mudança só foi possível depois de várias discussões e acertos metodológicos desse Gabinete, onde se corrigiu estes termos, que não é área social, mas, Serviço Social hospitalar. [...] ainda nesta vertente de humanização, encontra o gabinete do utente, a área de biossegurança, área de prevenção de acidentes e doenças crónicas, são as 4 áreas que atualmente têm que se estudar como vão funcionar dentro de todo processo de humanização hospitalar. Logo, a humanização da atenção na saúde é uma responsabilidade do Estado angolano tem se feito com regular e efetividade em vários os aspetos, os hospitais para melhor funcionamento, são necessários outros aspetos em nível da atenção hospitalar. (AS 1)

Nessa perspectiva, o Serviço Social na saúde em Angola demonstra estar, cada vez mais, a procura de respostas que assegure a dimensão humana das relações, associadas à autonomia e respeito à dignidade da pessoa humana. Pois, o verdadeiro cuidado humano vai pela ética, enquanto elemento impulsionador das ações e intervenções pessoais e profissionais, constituindo a base do processo de humanização na saúde, bem como, a contribuição na formulação de políticas sociais e públicas justas que respeitem os direitos dos cidadãos.

A pesquisa de Fernando (2012) mostra que o (a) assistente social é um profissional requisitado nas equipas de saúde desde tempos remotos.

[...] atuação dos assistentes sociais na área da saúde nos diferentes países é antiga, embora apresente configurações distintas em função da sua inserção no sistema de saúde e do contexto institucional local. Do ponto de vista histórico, nos Estados Unidos da América, o Assistente Social já estava presente nas equipas de saúde desde o final da década de 80. Em Nova Iorque, desde o início do século XX, os assistentes sociais vinham trabalhando nas equipas de saúde no tratamento e profilaxia da tuberculose. (FERNANDO, 2012, p. 3)

Neste sentido, a presença do Serviço Social na saúde é histórica, bem como, o reconhecimento social da profissão acerca da ação profissional no âmbito hospitalar. “Tal perspectiva pode ser compreendida enquanto uma das particularidades da ação profissional do assistente social neste espaço” (MELLO, 1977, p. 45).

Segundo Monteiro (2016) a profissão foi criada e institucionalizada em Angola no início da turbulenta década de 1960, resultante de um “casamento” entre “o pai e provedor” – o Estado colonial português, e a “mãe e mestra” – a Igreja Católica. Foi precisamente no ano de 1962 que Portugal criou o Instituto de Educação e Serviço Social Pio XII, através da Portaria de n. 12.472 de 3 de dezembro de 1962, no sentido de formar Assistentes Sociais, num curso com duração de 4 (quatro) anos, e Educadores Sociais, Educadores de Infância, Monitoras da Infância e Auxiliares de Família com duração de 2 (anos) dois anos cada.

O Instituto de Educação e Serviço Social Pio XII tinha como objetivo contribuir para a promoção global das populações na sua totalidade, em particular das populações economicamente prejudicadas, através da criação dos cursos profissionalizantes, bem como, de outros cursos normais especializados de técnica social, para o desenvolvimento social, econômico da província determine, cursos extraordinários e de aperfeiçoamento pelo estudo, investigação e experimentação dos métodos de Educação e Serviço Social (MONTEIRO, 2016).

Entretanto, após a independência do país em 11 de novembro de 1975, e sob a direção do Movimento Popular de Libertação de Angola (MPLA), ocorre o encerramento do Instituto em 1977, e com ele foram extintas as Escolas e demais obras da Igreja Católica, fazendo com que o país ficasse quase 38 (trinta e oito) anos sem a formação destes profissionais.

Frente a estas circunstâncias, os poucos quadros técnicos de Serviço Social que ainda se encontravam no país, desvinculam-se abandonando o curso e a profissão, com o desaparecimento da profissão em Angola. Assim sendo, muitos desses profissionais foram fazer outros cursos, como Direito, Economia, Psicologia, entre outros, explica Monteiro (2016).

O autor esclarece que a grande dificuldade dos profissionais de Serviço Social, além de abandonar o curso, se circunscrevia na falta de espaços para o trabalho, sendo o Ministério da Assistência e Reinserção Social (MINARS) o único setor a alocar espaços para

o assistente social. Assim, a Conferência dos Bispos de Angola e São Tomé (CEAST) preocupado com o agravamento das desigualdades sociais e dos problemas resultantes da guerra, sobretudo, no pós-independência, entendeu que o país precisava de uma intervenção mais qualificada de profissionais nacionais, colocando em funcionamento o Instituto de Ciências Religiosas de Angola (ICRA).

O ICRA foi criado em 1984 e passou a oferecer os cursos de nível médio de Educadores Sociais e de Educação Moral e Cívica, com duração de 4 (quatro) anos de formação, sendo que foram reconhecidos apenas em 1994, devido ao contexto promissor criado com o surgimento de a nova Lei Constitucional do país.

Com o término do conflito armado em 2002, o país sente a necessidade da formação dos quadros de nível superior em Serviço Social e, pressionado pelos Educadores Sociais que queriam dar continuidade dos seus estudos superiores, a igreja católica, novamente, através da sua Conferência dos Bispos de Angola e São Tomé abre em 2005 o Instituto Superior João Paulo II, com as duas licenciaturas, nomeadamente, o Curso de Serviço Social e de Educação Moral e Cívica, ambos com duração de 4 (quatro) anos, cujo principal impulsionador foi o Frei João Domingos, de feliz memória, Missionário da Ordem dos Pregadores, promotor da formação de Educadores Sociais, ao nível médio, um sonho que se tornou realidade (MONTEIRO, 2016).

O Serviço Social como profissão área de conhecimento em Angola está em construção, é muito recente e até embrionária, pois tem o seu surgimento na instituição pública em 2008, com a criação do Instituto Superior de Serviço Social de Luanda (ISSS). A criação do curso superior de Serviço Social foi para cumprir uma das metas do governo angolano, na época o Presidente da República, Engenheiro José Eduardo dos Santos, em termos da expansão do ensino superior e da formação de quadros no domínio da política de assistência social.

Desde a gênese da profissão em Angola, a área da saúde é um dos setores mais significativos para a atuação do Serviço Social.

Pelas suas características na divisão social do trabalho, historicamente, é uma profissão que tem uma prática permeada por um discurso humanitário e da defesa da classe trabalhadora.

Na saúde a profissão tem se dedicado à operacionalização e viabilização do acesso dos utentes aos serviços de saúde na instituição, como reflete Bravo (2013, p. 26), “Exerce funções de suporte à racionalização como também funções técnicas propriamente ditas, além de tarefas seletivas”.

Portanto, em Angola o Serviço Social na saúde dispõe de um lugar plural, multidisciplinar, de cooperação e complementaridade, atuando nos aspectos sociais na saúde, facilitando a compreensão dos utentes sobre as implicações relacionadas às condições de vida. E contribuindo com as outras profissões da saúde com uma visão integral do sujeito que adocece.

Segundo Monteiro (2016),

[...] o sistema de saúde de Angola defende a interdisciplinaridade, termo este que ganhou maior substância com o conceito de saúde ampliada definida pela Organização Mundial da saúde (OMS, 1948) ‘Saúde é o estado de bem-estar físico, mental, social e não apenas ausência de doença’. Portanto, este conceito reflete saúde indo ao encontro das dimensões emocionais ou psicológicas e aos aspetos sociais, configurando assim um equilíbrio que proporciona um estado ideal do estar completamente bem. (MONTEIRO, 2016, p. 27)

No entendimento do autor esse é o conceito adequado, perfeito e dinâmico, uma vez que tirou a atenção centrada na medicina e na enfermagem, e sua riqueza reside no fato deste conceito congregar vários profissionais, pondo todos em ação em torno de um interesse comum, fazendo com que o utente se torne acolhido, com uma atenção especial e tendo acompanhamento além das fronteiras hospitalares.

Este reconhecimento da concepção ampliada de saúde trouxe várias oportunidades de abertura de profissões das Ciências Sociais e Humanas, para o âmbito da saúde, como a Psicologia Clínica,

Psicologia da Saúde, Serviço Social, Sociologia, Educadores Sociais, buscando cada vez mais ambições para a profissionalização no país.

Logo, o Serviço Social Hospitalar organiza a sua intervenção na perspectiva da promoção, proteção e recuperação da saúde dos utentes destinatários da ação profissional, considerando o processo de saúde-doença que envolve e determina a complexidade das situações no Gabinete do Utente.

Para Sarreta (2012, p. 23) “na equipe de saúde o Serviço Social é a profissão que faz a leitura desta realidade e, na maioria das situações, faz a mediação entre a equipe de saúde, usuários e serviços, uma característica que é valorizada, ou pode-se afirmar, é própria da formação profissional”. A autora reflete que a profissão estimula a construção de diálogos e ações socioeducativas, em grupos, reuniões, palestras, cursos, salas de espera, entre outros que possam favorecer o conhecimento da própria condição de saúde e de doença, objetivando o atendimento das necessidades sociais em saúde.

Com a dinâmica contemporânea, o Serviço Social na unidade hospitalar desenvolve suas ações junto aos utentes e familiares, numa dimensão socioeducativa e humanizada, incentivando a participarem do processo de recuperação da saúde na condição de cidadãos, democratizando as informações disponíveis no âmbito hospitalar, de forma a garantir o acesso aos serviços oferecidos. Bem como, ações que buscam ampliar a resolutividade das situações sociais que intervêm no processo saúde-doença.

Ao compor o conjunto das profissões de saúde, o (a) assistente social atua nas manifestações da questão social e no modo como elas interagem com a política social, mediação na constituição do trabalho profissional, conforme orienta Yamamoto (2006). De acordo com a autora, o Serviço Social aparece como uma resposta profissional às demandas identificadas no cotidiano a partir das relações de mercado. Perante a realidade capitalista em que Angola se encontra, os profissionais situam numa posição de mediadores de forma a dar reforço na execução das políticas públicas de saúde.

Na saúde, as atividades envolvem os atendimentos individuais, visitas domiciliares e institucionais, grupais, entre outras, que são funções atribuídas ao assistente social e que não influenciam apenas o fator econômico, mas também os fatores ideológicos, políticos e culturais, portanto, são essencialmente educativas.

Nesse sentido, a dimensão socioeducativa é fundante na identidade do Serviço Social, conforme orientam Cardoso e Maciel (2000, p. 148) “a função educativa é a primeira e essencial”. Assim, ao viabilizar o acesso a um recurso ou contribuir com o acesso a um direito do utente, o assistente social não apenas repassa um recurso material, mas o faz dentro de um processo de construção de conhecimento, em que o (a) profissional e o utente aprendem juntos a buscar a efetivação dos direitos, através do competente diálogo, da troca de informações, orientações, da organização e mobilização dos sujeitos para a conquista dos seus direitos.

A reflexão de Jacinto (2017) sobre o trabalho socioeducativo do (a) assistente social, contribui de maneira expressiva para a realidade de Angola:

Ao viabilizar o acesso a um recurso material concreto ou contribuir com o acesso a um direito do usuário, o (a) assistente social não apenas repassa o material, mas o faz dentro de um processo educativo, que exige diálogo competente, troca de informações, orientações, potencialização da organização e mobilização dos sujeitos para a conquista dos seus direitos. A dimensão socioeducativa é, portanto, fundante na identidade do Serviço Social. O trabalho do (a) assistente social situa-se predominantemente no campo político-ideológico. A atuação do (a) assistente social tanto pode favorecer a interação entre os sujeitos sociais, estimulando a reflexão sobre a ideologia dominante, contribuindo com a mobilização social, com a instrumentalização da população atendida para a busca de seus direitos, quanto pode vincular aos interesses dominantes, servindo como poderoso instrumento de legitimação da desigualdade social e de aprofundamento das relações de subalternização. (JACINTO, 2017, p. 81)

Nesse sentido, o Serviço Social tem um significado sócio histórico e de particularidades na política de saúde angolana, e uma contribuição importante para a humanização do atendimento e a partir da dimensão socioeducativa para o

fortalecimento de utentes e familiares. Esse trabalho deve ser direcionado pelo respeito, diálogo, participação, ética, assim, humanizando as relações na saúde.

Essa dimensão tem estreito vínculo com a organização da cultura, visto que as relações profissionais que se estabelecem na atuação do assistente social e,

[...] concretizam-se sob a forma de ação material e ideológica, nos espaços cotidianos de vida e de trabalho de segmentos das classes subalternos diretamente envolvidos na prática profissional, interferindo na reprodução física e subjetiva desses segmentos e da própria constituição do Serviço Social como profissão. (ABREU, 2011, p. 17)

Ainda, as atividades exercidas pelo Serviço Social nas unidades hospitalares, de média ou alta complexidade, podem ser:

[...] atendimento ao público interno e externo, visitas diárias em todas as alas, sendo o atendimento dividido pelos profissionais, que constituem um canal aberto entre utente e a instituição, acolhendo as demandas, discutindo as dificuldades e facilitando a reflexão sobre a situação apresentada, orientar os pacientes e familiares sobre as normas e rotinas da instituição, orientar as famílias para receber o paciente após a alta hospitalar, investigar as situações cultural, ambiental, social, pessoal, e económico do paciente e de seus familiares, a fim de identificar problemas que possam interferir no tratamento de saúde; realiza entrevistas sociais, remoção, visitas domiciliares sempre que necessárias, elabora projetos de atuação direcionados aos utentes, estabelecendo estratégias esboçadas a partir de situações concretas do paciente e da família, participação em comissões intra-hospitalar (MELO, 2008, p. 12-13).

As demandas do Serviço Social na saúde, em especial nos hospitais, segundo Melo (2008), podem ser apreendidas nas seguintes atividades: ações sócias assistenciais ou atendimento social, avaliação e diagnóstico, acompanhamento, visitas às enfermarias, visitas domiciliar e institucional, apoio, orientação e aconselhamento, seguimento e encaminhamento de casos, alta hospitalar, transferência e remoção hospitalar, localização da família de pacientes internados, contato com a família, providência quanto à violência contra criança, idoso, mulher, e diversas outras.

A fala do (a) participante mostra realmente que:

[...] como assistente social, a nossa contribuição é transversal a todos os utentes e seus familiares, visto que, a efetivação da garantia dos direitos dos mesmos, vem primar a importância da nossa existência no hospital, mesmo sabendo que o trabalho na unidade hospital não é fácil, nosso temos um lema 'o dever de servir o próximo nos chama'. Em suma, é muito importante a nossa presença nesta unidade de saúde, dando apoio [...] ao utente na sua variedade de situações, receber e encaminhar os utentes é um sentimento ou sensação incrível de se viver. (AS 4)

No Hospital, as atividades do (a) assistente social têm um imperativo positivo na melhoria do atendimento e do ambiente na instituição, na forma de agir em determinadas situações, na resolução de problemas, entre outras demandas, aproximando do verdadeiro objetivo do atendimento na saúde, o utente e sua família.

Monteiro (2010) estuda a natureza do Serviço Social no país, e analisa que pelas suas características na divisão social do trabalho, historicamente, é uma profissão que tem uma prática permeada por um discurso humanitário e da defesa da classe trabalhadora, e “na área de saúde a atividade profissional tem-se dedicado à operacionalização e viabilização do acesso aos serviços de saúde do utente na instituição” (MONTEIRO, 2010, p. 24).

Assim, o reconhecimento da saúde como um direito do cidadão angolano exige do Serviço Social a busca de respostas profissionais aos problemas que interferem na saúde, do mesmo modo, para dar visibilidade no trabalho do assistente social que defende a saúde como um direito dos utentes e de seus familiares.

Mas, exige também que Estado deve assumir o seu papel de responsável na saúde e nos hospitais, no melhoramento das condições de trabalho e de infraestrutura, para melhor acomodar e responder as demandas. Em todos os hospitais do país há uma necessidade de ampliar o número de assistentes sociais, e isto deve ser uma preocupação do Estado para a valorização da profissão e ajustar um programa de inserção dos mesmos.

É preciso que os recursos financeiros acompanhem a demanda instalada na saúde, para que os profissionais de todas as áreas

possam realizar as suas atividades com mais eficácia e eficiência e assim responder as variadas necessidades que os utentes apresentam dia após dia nas unidades hospitalares.

Nesta perspectiva, o Serviço Social em Angola é uma profissão que está comprometida com a humanização do atendimento na saúde, e demonstra estar, cada vez mais, a procura de respostas que assegure a dimensão humana nas relações, na autonomia e respeito à dignidade da pessoa humana na saúde. Para a profissão o verdadeiro cuidado humano vai pela ética, enquanto elemento impulsionador das ações profissionais, constituindo a base do processo de humanização e do respeito aos direitos dos cidadãos.

4.4 Serviço Social e ações profissionais no hospital

A inserção do Serviço Social na área da saúde em Angola é um desafio e um processo em construção, visto que até o momento atual não existe nenhuma lei que legitima essa atuação, ou mesmo parâmetros de orientação.

Pela própria natureza interventiva da profissão, o Serviço Social hospitalar está sujeito a várias possibilidades e limitações institucionais, que podem influenciar o desenvolvimento das atividades profissionais. As atividades profissionais são realizadas com desafios e persistência, são complexas e descritas detalhadamente na fala a seguir:

As ações sócias assistenciais é uma luta diária e cheia de emoções e gosto pela profissão que faz com que nós estejamos sempre ao lado do utente. Começo com as visitas matinas em cada enfermaria ou leitos, estas visitas ajudam na planificação diárias e anotar as necessidades de cada utente e seus familiares. É um processo longo e arduo, visto que, nos deparamos com situações extremamente difíceis, que não depende simplesmente do assistente social, mas sim, da própria instituição, procuramos minimizar sempre estes problemas, buscando soluções e aconchego. [...] O/a assistente social nas unidades hospitalares, na verdade não é fácil, é complexo e cheio de incerteza e supressa, visto que, o assistente social não tem competências de decisão e existem escassos recursos financeiros para dar respostas às demandas. É constante no nosso cotidiano o acompanhamento dos utentes ou transferências dos mesmos, em outras instituições, tais como, o Instituto Nacional da Criança, os

centros e lares de acolhimento de crianças, por várias razões, tais como: crianças abandonadas no hospital, os pais sem condições para sustentar as crianças, crianças órfãs, crianças perdidas, crianças na rua e da rua etc., como disse, o nosso cotidiano é cheio de supressas e incertezas. [...] O assistente social deve acompanhar todo este processo de inserção da criança em sua nova casa ou lar. Por sua vez nem sempre acontece como eles esperavam. O nosso cotidiano é também cheio de atividades lúdicas com crianças, visto que, estão numa faz difícil das suas vidas, é importante sempre a presença de uma mão amiga para facilitar o entender da sua realidade. [...] e as visitas domiciliares não faltam no nosso cotidiano, principalmente nos centros ou lares de acolhimento, onde está criança foi inserida. (AS 2)

A fala demonstra que no cotidiano, mesmo não tendo todos os recursos necessários, os profissionais procuram cumprir com os seus deveres, para o acesso dos utentes na saúde.

Ao analisar os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, do Conselho Federal de Serviço Social brasileiro (CFESS, 2013, p. 39), constata-se que o atendimento direto aos usuários “se dá nos diversos espaços de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade”. E, estas “as ações têm-se constituído como as principais demandas aos profissionais de Serviço Social” (2013, p. 39).

O Conselho (2013) acrescenta que a ação sócia assistencial acarreta outras questões cotidianas nos serviços de saúde, por meio das seguintes demandas explícitas:

Solução quanto ao atendimento (facilitar marcação de consultas e exames, solicitação de internação, alta e transferência);
Reclamação com relação a qualidade do atendimento e/ou ao não atendimento (relações com a equipe, falta de medicamentos e exames diagnósticos, ausência de referência e contra referência institucional, baixa cobertura de ações preventivas, entre outros);
Não atendimento do tratamento indicado e falta de condições para realizar o tratamento, devido ao preço do medicamento prescrito, do transporte urbano necessário para o acesso à unidade de saúde, ou horário de tratamento incompatível com o horário de trabalho dos usuários;
Desigualdade na distribuição e cobertura dos serviços de saúde, nos municípios e entre os municípios, obrigando a população a ter de fazer grande deslocamento para tentar acesso aos serviços;

Agravamentos das situações de morbidade e mortalidade por doenças passíveis de prevenção. (CFESS, 2013, p. 40-41).

É uma realidade a ser considerada, porque não é só trabalhar em ações sócias assistenciais, a saúde acarreta outros aspectos que precisam ser analisados em todo processo de trabalho.

Assim, o Serviço Social na saúde, e principalmente no Hospital, precisa reconhecer a complexidade das demandas, e que são constantes e exigem uma boa articulação com outros profissionais para dar cobertura e respostas nas necessidades apresentadas no seu cotidiano.

Os assistentes sociais têm sido chamados para viabilizar, junto com outros trabalhadores da saúde, uma das questões fundamentais que é ter clareza das diversas concepções de humanização, pois, a mesma envolve aspectos amplos que vão desde a operacionalização de um processo político de saúde calcado em valores como a garantia dos direitos sociais, o compromisso social e a saúde, passando pela revisão das práticas de assistência e gestão (CFESS, 2013, p. 49).

Logo, para desenvolver as atividades cotidianas na saúde, o (a) assistente social precisa ter clareza de suas atribuições e estratégias, a partir de demandas apresentadas pelos usuários, dos dados epidemiológicos e da disponibilidade da equipe de saúde para ações conjuntas (CFESS, 2013).

Ao analisar as competências e atribuições do (a) assistente social, Lopes (2018, p. 79) afirma que:

As ações sócias assistenciais, são de caráter interdisciplinar, e claro que se o profissional tem clareza do que é específico da sua profissão, irá desenvolver essas atividades com o suporte teórico-metodológico da sua formação profissional, com abordagem e linguagem específica.

Estas atividades são realizadas com os instrumentos técnicos e operativos próprios da profissão, mas o (a) profissional deve instrumentos específicos dependendo da realidade social e institucional, no caso dos atendimentos sócios assistenciais ou mesmo de um estudo social.

Para Martinelli (2007, p. 21) “o exercício profissional é a expressão material e concreta do processo de trabalho do Assistente Social, explicita a natureza interventiva da profissão, cujo fim último é sempre a emancipação social dos sujeitos com quem atua”. Para tanto, em cada ato profissional são mobilizados conhecimentos, saberes e práticas que, mediante uma ampla cadeia de mediações e do uso adequado dos instrumentais de trabalho, visam a alcançar os resultados estabelecidos. A autora frisa dizendo que, sendo o Serviço Social é uma profissão de natureza eminentemente interventiva que atua no campo das relações sociais.

É uma forma de especialização do trabalho coletivo, ensina Yamamoto (1982), socialmente construído, participa do processo global de trabalho, e tem, portanto, uma dimensão sócia histórica e política que lhe é constitutiva e constituinte. Como área de conhecimento e de intervenção profissional o Serviço Social se consolida em suas relações com as demais profissões e com as práticas societárias mais amplas.

A reflexão sobre os limites e as possibilidades para a atuação profissional, são reveladas nas falas dos (as) participantes, assistentes sociais do HPDB:

Bem, tem... Houve alguns limites no hospital e um dos limites consiste em falta de pessoal ou recursos humanos, por vezes não se dá o tratamento devido a muitas situações que faz com que por vezes se perca abordagem de alguns casos que antes já atendidos ou iniciados. Estes são os grandes limites. Aqui no Hospital Pediátrico tem 10 enfermarias e 4 ambulatórios, cada assistente social tem a metade das enfermarias e a metade dos serviços ambulatórios, mas, mesmo assim, de forma aleatória sempre que necessário qualquer pode intervir em uma área. (AS 1)

Na verdade, responder esta pergunta é de certo modo fácil e difícil ao mesmo tempo. Neste momento, como em qualquer atividade profissional, há limites, e o Serviço Social Hospitalar também tem os seus limites, tais como a falta de recursos humanos no hospital em os setores, principalmente na área do serviço social. Temos muita demanda e poucas respostas, o Hospital só tem 2 assistentes sociais efetivos e outros são colaboradores. E os mesmos não têm a mesma carga horária, visto que, são colaboradores ou assistentes. Este limite que tem dificultado muito o nosso trabalho. [...] outra situação é falta de coordenação e desconhecimento do papel do assistente social em nível do Hospital de alguns profissionais de saúde que de certo modo

inviabiliza a nossa tarefa. Mesmo com várias reuniões, formações, debate sobre o serviço social hospitalar, muito ainda caem na ignorância das valências do/a assistente social e dificultam o acesso que os utentes têm em consultar o/a assistente social quando os seus direitos constitucionalmente garantidos são negados. Quanto as possibilidades, realmente são tantas. (AS 2).

Os limites naturalmente são visíveis e óbvios, começando com pouco recurso de trabalho, a não compreensão de alguns profissionais de saúde sobre o real papel do serviço social hospitalar, dificulta o acesso de alguns relatórios médico dos utentes. (AS 3)

Em todos os hospitais onde há assistentes sociais ou outros profissionais de saúde, existi sempre limites, que podemos nos conformar e/ou revolucionar, para o bem social. Os nossos limites são de natureza básica, principalmente de ordem humana, temos muitos limites em termos de recursos humanos, isto tem causado muitos constrangimentos para dar respostas as necessidades dos utentes. Temos pouco pessoal para dar respostas no banco de urgências, acompanhamento de caso social em saúde ou mesmo nas variadas atividades que a equipa interdisciplinar tem nas suas agendas. (AS 4)

As falas evidenciam claramente a preocupação com o número de recursos humanos no Hospital, que é uma referência no país, para dar respostas aos problemas que os utentes apresentam, tendo apenas 2 (dois) poucos assistentes sociais. Está claro que é difícil e um limite criar equipas integradas ou interdisciplinares de intervenção, que de certo modo deveriam dar uma nova forma de intervenção das expressões da questão social a nível hospitalar.

Visto que, o processo de trabalho nos hospitais funda-se numa relação integrada dos profissionais, intensa e interdisciplinar, constituindo-se num processo de intersecção partilhada, pois existem equipas de trabalho interdisciplinar, com o objetivo de dar conta da complexidade dos problemas, agindo em complementaridade e podendo assim atingir uma melhoria na saúde (GUERRA, 2017).

Atualmente é um desafio falar do trabalho do/a assistente social inserido na área da saúde, em especial nas unidades hospitalares, evidenciando os desafios da intervenção profissional

no hospital. Tendo assim uma atenção às necessidades da saúde dos utentes e os trabalhadores.

Na contemporaneidade, a prática profissional dos assistentes sociais na área da saúde tem vindo a desenvolver-se com o objetivo de responder a preocupações de promoção e atenção à saúde, as quais se tornaram centrais nas atuais concepções de saúde, reconhecendo que o processo saúde-doença é determinado socialmente (GUERRA, 2017, p. 62).

É preciso que a intervenção seja uma possibilidade para o desenvolvimento da profissão na saúde, visto que é a partir dessas atividades que pode criar possibilidade ou oportunidades para que outros assistentes sociais tenham êxitos nas suas carreiras.

Logo, sobre as possibilidades da atuação no Hospital as falas expressam que elas existem e são muitas.

As possibilidades são várias. A valorização do assistente social e deste gabinete primeiramente por parte da direção geral, tem a ver também com o conhecimento ou ciclo de formação que os assistentes sociais têm promovido no hospital, apesar de que há alguns limites, visto que, alguns profissionais ainda desconhecem o contributo do assistente social no hospital, eles sabem que existe assistente social, mas ainda desconhecem o real papel do assistente social. Existe uma valorização desta área e do próprio profissional perante a direção geral, resume-se na garantia de recursos materiais. É o envio de vários utentes às diversas situações que carecem de avaliação da assistente social por parte da área clínica, médicos, enfermeiros e outros algo que não acontecia anteriormente, e naturalmente. Embora poucos, mesmo assim, consegue-se, registar, planificar e programar todas as atividades e projetos sociais que o hospital está inserido, [...] por dia, são enviados do Gabinete do Serviço Social Hospitalar de 10 a 12 utentes e alguns casos, depois da recessão e envia-se para a sua enfermaria, porque não obedecem alguns procedimentos quando é um caso novo. Geralmente usa-se a técnica de triagem que são acompanhados por duas educadoras sociais e depois por um assistente social para fazer as devidas avaliações para então se aplicar as medidas de tratamentos para qualquer caso social. [...] porque não é atribuída qualquer situação social e sim casos clínicos e envia para estes serviços. Apesar de não serem encerrados na sua totalidade, porque existe sim um olhar do assistente social em função da convivência e permanência dele no Hospital, uma vez que o tempo de internamento é superior a 30 dias e isto mexe mesmo com a estrutura pessoal e a família, e depois vai se embarcar para um problema social e ali se rebusca estes registos e começar a trabalhar. Fazer visitas no leito ou domiciliárias, todos os dias ou bem dizer, durante a semana, nós temos um dia que é terça-feira, efetua-se um observatório social, que é um dos instrumentos que se usa constantemente para

conhecer e compreender ou analisar casos, visto que a convivência das várias famílias aqui, por vezes é importante ter-se informações mais detalhadas. (AS 1)

A boa relação e a confiança que a direção do Hospital tem por assistentes sociais, dando assim abertura de intervir em várias situações, principalmente o chamado o caso social em saúde. Esta realidade começou a ser desenvolvida pouco mais de dois anos, visto que é atualmente uma dimensão do serviço social aqui e em contexto hospitalar. [...] O chamado o caso social em saúde, ajuda os assistentes sociais a ter mais abertura ou possibilidade, visto que, facilitou a direção nos dar abertura de intervir em todos os pacientes que entram no banco de urgência e verificar se além do seu caso clínico, quais são outros problemas que o utente apresenta e quais são as possibilidades de intervenção dos assistentes sociais. Mais como eu disse anteriormente, para isto ser concretizado precisamos ter mais assistentes sociais no quadro efetivo. [...] outra possibilidade é a interdisciplinaridade que de certo modo, ajuda muito na inter-relação com outros profissionais e bem como a construção de uma intervenção séria e comprometida com o bem social dos utentes. Com a entrada do caso social em saúde a interdisciplinaridade tem ajudado muito, para que o nosso trabalho não seja insulado, a nossa intervenção tem sido respeitada e aceitável por outros profissionais de saúde, dando assim abertura de criação de uma equipa de trabalho mais coeso e acessível, dentro das normas da deontologia profissional, da ética e a moral de cada profissão. [...] na verdade, a interdisciplinaridade aqui é muito discutida e estudada por todos, visto que precisa ser pautada primeiramente na ética e no princípio nem sempre aceitava a opinião do outro, achando que são superiores aos outros, depois, houve certo concerto e aceitação. [...] outra possibilidade é a valorização, mesmo com poucos funcionários deste Gabinete do Serviço Social Hospitalar por outros profissionais que têm dado um apoio incondicional, enviando vários casos ou o chamado caso social em saúde, que é uma temática que nós pensamos em trabalhar e aprofundar nas próximas pesquisas aqui no serviço social hospitalar. (AS 2)

As possibilidades são de certo modo a nossa carta de entrada, que é o caso social em saúde e por sua vez a criação de uma equipa interdisciplinar de intervenção. Realmente tem sido um trabalho de equipa que tem ajudado a manter o nosso trabalho. Este trabalho tem uma valorização por partes envolvidas, à interdisciplinaridade na saúde é a base do desenvolvimento e o contributo do serviço na saúde, não é possível atuar isoladamente. [...] mais, [...] posso ti garantir, é um trabalho muito complexo que exige certo modo muita ética nas intervenções e respeito pelo trabalho do outro. Agora é quase impossível não ver nos relatórios de intervenção o parecer do/a assistente social em todo o caso social em saúde. Em várias situações que acontece aqui no Hospital, o assistente social é sempre chamado para dar a sua opinião ou parecer e isto é um ganho, visto que, ao longo de muito tempo, fomos construindo. Em suma, o caso social em saúde com a intervenção

interdisciplinar na verdade é um ganho que construímos que outras gerações de assistentes sociais vão se orgulhar futuramente. [...] quanto às possibilidades são extremamente boas e abertas, uma delas é o trabalho interdisciplinar, que de certa forma é uma das melhores contribuições que o/a assistente social pode oferecer no hospital. Possibilidade de criar o Gabinete de Utente para ajudar na resolução e minimizar alguns problemas que os utentes apresentam. (AS 3)

Existe uma valorização dos assistentes sociais quando se trata de salvaguardar os direitos e deveres dos utentes nas suas variadas situações. Mas, lembrando que estas todas as atividades, tem sido mesmo complicado também, sendo que, ainda não temos um código de ética para regular as nossas atividades na área da saúde. O caso social em saúde é uma das possibilidades que a direção do hospital deu para os assistentes sociais trabalhar, apesar com poucos recursos humanos, mas, vamos em frente e somando pontos para consolidação da profissão. (AS 4)

Essas falas vêm relançar os desafios e as possibilidades que o Serviço Social pode construir nas unidades hospitalares, sempre respeitando a ética e a proteção social e usando o seu bom nome para consolidar a sua atividade de uma forma crítica. Nisto, Martinelli (2007) afirma que na área da saúde,

[...] as várias dimensões da ética são imprescindíveis, especialmente no que se refere: à ética dos cuidados, à ética da proteção social e à ética militante. Porém, precisamos também da vontade política para consolidar a ética, pois a ausência de determinações políticas rompe com a sua completude (MARTINELLI, 2007, p.25)

As ações socioeducativas, ou o atendimento social, são as informações e orientações, palestras, debates, encontros, reuniões, acolhimento, acompanhamento social, entre outras. Em geral essas atividades obrigam o (a) assistente social a ter clareza e firmeza nas suas funções e no seu papel, visto que para atuar na equipe de saúde a sua abordagem precisa ser conhecida e especificada.

Segundo Yamamoto (2002 apud CFESS, 2013, p.44), “é necessário desmistificar a ideia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais”. A autora considera que “são as diferenças de especializações que permitem atribuir

unidades à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças” (2002 apud CFESS, 2013, p.44).

A clareza do trabalho do Serviço Social na equipe de saúde é essencial, para efetivar o trabalho interdisciplinar, visto que facilita com que outros profissionais que não conhecem a profissão, tenham de antemão conhecimento prévio das atividades. Ou seja:

[...] o assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (CFESS, 2013, p. 44).

Com isto, se quer dizer que, o/a assistente social, no seu espaço ocupacional, tem tido, muitas vezes, dificuldades de compreensão por parte da equipe de saúde das suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde, determinadas pelas pressões com relação à demanda e à fragmentação do trabalho. Entretanto, essas dificuldades devem impulsionar a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais, para o esclarecimento de suas ações, de rotinas e planos de trabalho comuns.

As ações socioeducativas na e para saúde é de extrema importância na medida em que os limites e as possibilidades se apresentam como desafios profissionais. Assim, o Serviço Social vai sendo organizado as ações em função das demandas que as unidades hospitalares apresentam, sendo que “essas ações consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática” (CFESS, 2013, p.52).

Portanto, as ações socioeducativas e/ou educação em saúde não devem se pautar pelo fornecimento de informações e/ou esclarecimentos que levem a simples adesão do usuário, reforçando a perspectiva de subalternização e controle dos

mesmos, é necessário não mecanizar a saúde dos utentes em simples informações (CFESS, 2013).

O trabalho do/a assistente social na e para saúde, na perspectiva da humanização, é um desafio a ser enfrentado para sua materialização e efetivação nas unidades hospitalares. Mas, o PNHAH tem bases bem organizadas e formas para assegurar o seu desenvolvimento, apresenta princípios coerentes ao Serviço Social de Angola, e pode ser uma possibilidade concreta no futuro próximo.

CONCLUSÃO

O estudo acerca do Serviço Social e a humanização da atenção à saúde no Hospital Pediátrico David Bernardino de Luanda, é de certo modo muito importante para a sociedade acadêmica, científica, profissionais de saúde, gestores hospitalares, por contribuir com elementos chaves de consulta na área de humanização hospitalar e espelha ricamente conceitos ou abordagem que os/as assistentes sociais na e para saúde necessitam. Dizer que, o Serviço social hospitalar tem sido a base fundamental para a realização do bem-estar social no hospital, promovendo debates abertos e construtivos entre os profissionais de saúde, utentes e seus familiares na harmonização da atenção em saúde.

A intenção é promover uma cultura de atenção à saúde e o aprimoramento das relações entre profissionais e utentes, visando à melhoria da qualidade e eficácia dos serviços prestados pelas instituições. Portanto, a humanização na saúde pública é um projeto em construção na sua operacionalidade, sobretudo, quando se constata que o sistema capitalista coloca a saúde do utente como um produto, como uma mercadoria.

É uma relação que coloca o utente numa relação comercial, com baixo poder de compra e não como um sujeito com direitos e deveres, que procura serviços de saúde que devem ser prestados com dignidade e qualidade.

Assim, está diante de um desafio expressivo, quando nos tempos atuais as crises financeiras, que levam constantemente à revisão orçamentária, adiam cada vez mais projetos e investimentos que deveriam ser destinados para o setor da saúde. Por outro lado, há necessidade de desenvolver uma consciência voltada ao critério vocacional dos profissionais de saúde, de modo que se possa exercer a profissão de forma volitiva e humanizada, e não obrigatória e mecanizada.

Humanizar passa a ser responsabilidade de todos, individual e coletivamente, jamais estará concluída, sendo preciso reconstruí-la em todos os atos de saúde, quer nas ações burocráticas e administrativas, quer relacionadas aos processos de atendimento e socialização dos envolvidos nas relações de saúde. A humanização da atenção à saúde é um valor básico para a melhoria da prestação dos cuidados de saúde na sociedade atual, e consiste num desafio tanto profissional para o Serviço Social, como para os serviços de saúde.

Requer um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, pressupondo, além de um tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais da saúde ao seu principal objeto de trabalho – o doente/ser fragilizado, uma nova postura ética que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais.

Nessa perspectiva, diversos profissionais, diante dos dilemas éticos decorrentes, demonstram estarem cada vez mais à procura de respostas que lhes assegurem a dimensão humana das relações profissionais, principalmente as associadas à autonomia, à justiça e à necessidade de respeito à dignidade da pessoa humana.

Certamente, a pesquisa teve os seus objetivos atendidos, bem como, os questionamentos ou inquietações respondidos ou atingidos na sua totalidade, isto é, respeitando todos os procedimentos até a sua concretização final. O que é um motivo de satisfação total, visto que desde o princípio existia um pequeno receio na concretização dos mesmos.

Dando voz e vez aos ecos da pesquisa, notou-se uma vasta compreensão e domínio dos(as) assistentes sociais do Hospital sobre a humanização na saúde, que foram espelhados durante todo processo de construção do estudo. Por sua vez, analisando as suas atividades profissionais os resultados mostram que existem limites e possibilidades, limites que os mesmos procuram, através de debates, reuniões, palestras, ampliarem para que haja mais oportunidades e abertura do Serviço social hospitalar ser uma realidade em todas as unidades de saúde.

Quanto às possibilidades de intervenção na saúde, o estudo mostra portas abertas para os/as assistentes sociais, isto é, dependendo do tipo de unidade hospitalar e a compreensão dos gestores sobre o Serviço social, O mundo moderno coloca desafios que fazem com que gestores e profissionais de saúde alarguem habilidades para um paradigma de saúde destinado ao utente de forma humanizada e de qualidade. A evolução da tecnologia na produção da saúde, com o mercado de profissionais voltado para o atendimento num sistema capitalista, tende-se a precarizar a assistência na saúde destinada aos utentes, visto que, nos últimos tempos tem se constatado que a prática dos profissionais de saúde, no âmbito hospitalar, vem desumanizando frente à atenção à doença, e não ao ser doente. O que mostra a complexidade tecnológica crescente associada ao crescimento de custos.

A ética requer a implementação de um processo reflexivo acerca dos princípios, valores, direitos e deveres que regem a prática dos profissionais de saúde, inserindo-se, aí, a dimensão de um cuidado entendido como humanização. Portanto, são estas expressões da questão social que torna uma oportunidade por excelência trabalhar como assistente social nesta unidade de saúde, por proporcionar a promoção de uma nova cultura de atenção em saúde. Um trabalho capaz de apoiar a melhoria e eficiência dos serviços prestados no setor da saúde e, dando assim, garantia do processo de humanização dos serviços hospitalares.

A partir das falas, não foi difícil identificar as situações de desumanização da atenção à saúde no Hospital. A desumanização em saúde é um problema que afeta a todos. E os/as assistentes sociais são, sem sombra de dúvidas, aqueles que correm de forma direta para uma boa humanização mediante a sua atuação no dia a dia com os pacientes e seus familiares. A atuação profissional muitas vezes está diretamente ligada a inúmeros fatores, quer pessoais quanto profissionais, que interferem no alcance de resultados satisfatórios no que a humanização diz respeito.

A política nacional de saúde é um instrumento que existe desde 1992, mas pouco ou nada consta sobre a humanização da

atenção à saúde. A partir do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025, constata-se como documento fundamental de orientação e gestão destinado a garantir o desempenho do Sistema Nacional de Saúde, para a melhoria da saúde e da qualidade de vida da população angolana. Num ambiente de estabilidade política, o referido instrumento deve contribuir para a execução da política nacional de desenvolvimento através do seu apoio ao crescimento econômico, à proteção do ambiente e à inclusão social.

Aqui, a inclusão social é dada como estratégia de consciencialização, solidariedade social e participação dos cidadãos e de outros agentes interessados no processo nacional de desenvolvimento sanitário, sobretudo no tocante às medidas de promoção da saúde, prevenção das doenças e proteção social em relação ao acesso a cuidados de saúde. Estes sim existem elementos concretos sobre a humanização da atenção à saúde que vai espelhar as linhas mestre de desenvolvimento do setor da saúde.

Nessa conclusão, é preciso ressaltar que a pesquisa de campo com os(as) assistentes sociais do Hospital, contribuiu de maneira expressiva para a construção dessa dissertação. Na verdade, deu um impulso qualitativo e considerável aos objetivos e a pergunta de partida, dando sentido através das falas dos participantes, e segundo eles: um estudo como este precisa ser apoiado em todos os aspectos da sua construção, para enriquecer o nível de consultas da categoria profissional.

Não se esquecendo de valorizar a importância do Gabinete do Utente, como um espaço onde se materializa o Serviço Social na Saúde em Angola, portanto, esta é uma conquista expressiva que todos os/as assistentes sociais devem se orgulhar.

A inserção da profissão na saúde e no âmbito hospitalar em Angola é um desafio e um processo em construção, visto que até o momento atual não existe Código de Ética, ou mesmo parâmetros de orientação nos níveis de atenção em saúde – primário, secundário e terciário. Especialmente, no hospital em função das atividades cotidianas que são complexas e a categoria profissional está conquistando esse espaço. O que demonstra a importância da

criação de condições éticas e específicas para a atuação profissional nas relações presentes no atendimento da saúde, pois envolve as condições sociais, educacionais, culturais, as entre outras; uma ética respeitadora da singularidade das necessidades do utente, aliada à eficiência técnica e científica, que acolha o desconhecido e imprevisível e que aceite os limites de cada situação.

O Gabinete do Utente no hospital, coloca o profissional e o utente como ponto de partida, mas também de chegada das relações e dinâmicas que se geram nos contextos da saúde, beneficiando e enriquecendo todos. São desafios que se colocam no cenário contemporâneo e que necessitam de estratégias e articulação de todos os atores sociais engajados, para a prossecução de prioridades.

Por fim, a devolutiva do estudo é um o compromisso e será realizada através da entrega da Dissertação no Gabinete do Utente, reconhecendo o apoio e contribuição para a realização da pesquisa, pois em nenhum momento houve dificuldades relacionadas. E, será disponibilizada uma cópia para a biblioteca do Hospital, através do material impresso e por arquivo no formato de arquivo em Portable Document Format (PDF). Do mesmo modo, será entregue cópia para a Universidade Católica de Angola (UCAN), assim, o material se torna de domínio público, contribuindo com a socialização do conhecimento e como fonte de estudo e referência para pesquisas futuras.

E não apenas, o pesquisador pretende socializar este conhecimento através de debates, grupos de estudos, participação em eventos, entre outros, que possam fortalecer as ideias sobre o Serviço Social na Saúde de Angola e a humanização da atenção em saúde, reconhecendo que a humanização da atenção é uma das mais importantes necessidades na saúde, e permite o desenvolvimento de sensações de respeito, dignidade, segurança, autoconfiança, firmeza, credibilidade, felicidade e enriquecimento interno, que influenciam positivamente.

Enfim, os resultados podem gerar impactos positivos no Serviço Social, no Hospital e nas relações entre trabalhadores e

utentes, visando o atendimento das necessidades de saúde da população angolana. Exemplo disso, é a intenção do pesquisador de aprofundar o estudo sobre o tema e realizar a pesquisa no Doutorado em Serviço Social, dando assim, abertura para organizar novos pensamentos e possibilidades.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Marina Maciel. *Serviço Social e a organização da cultura: perfis pedagógicos da prática profissional*. São Paulo: Cortez, 2011.
- ANGOLA. Programa Nacional de Humanização da Assistência na Saúde (PNHAS). Diário da República I Série - N.º 91 de 15 de maio 2014 despacho n.º 1114/14. Ministério da Saúde: Angola, 2014.
- ANGOLA, Ministério da saúde (MINSA). Relatório anual de atividades do programa integrado de intervenção dos municípios (PIIM), Luanda: 2019.
- ANGOLA. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 2012 – 2025 almeja “uma vida saudável para todos”. Ministério da saúde: Angola 2012.
- ANGOLA. PNHAS. *Programa Nacional de Humanização da Assistência na Saúde*.
- ANGOLA. Lei de Base do sistema nacional de saúde. Nº21-B/92, 28 de agosto.
- ANGOP, Programa de humanização pretende alcançar patamares sucessivos de qualidade, outubro, 11 a 15 de 2016.
- ANGOLA, Conselho Nacional de Medicina Natural/Tradicional de Angola, simpósio anual de categoria, Jornal de Angola, 2012.
- ANGOLA. PNHAS. *Programa Nacional de Humanização da Assistência na Saúde*. Diário da República I Série - N.º 91 de 15 de maio 2014 despacho n.º 1114/14. Ministério da Saúde: Angola, 2014.
- ANGOLA. *Lei de Base do sistema nacional de saúde*. Nº21-B/1992, 28 de agosto. Constituição da República de Angola, Luanda: Imprensa Nacional, 2010.
- ANGOLA. *Ministério da Saúde. Humanização hospitalar*, Luanda, 2015.
- ANGOLA. *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 2012 – 2025 almeja “uma vida saudável para todos”*. Ministério da saúde: Angola 2012.

ANGOLA. Constituição (2010) Constituição da República de Angola, Luanda: Imprensa Nacional, 2010.

AFRICA, Túnis. *Relatório síntese sobre situação financeira da saúde em Angola: conferência ministerial sob harmonização da saúde em África-Túnis*, 4 de julho 2012.

ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978), In Brasil. Ministério da Saúde. *Promoção da Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, 2001, p.15-17.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretária de Atenção à Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: 2002. Disponível em:http://bvsm.s.saúde.gov.br/publicações/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 10 de nov.,2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: política nacional de humanização. Brasil, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, 2001.

BRAVO, M. I. S. Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sócios históricos. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

BENEVIDES DE BARROS, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? 9(17): 389-394, 2005a.

BENEVIDES DE BARROS, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface – Comunic., saúde, Educ. v.9, n.17, p.389-94, 2005.

BENEVIDES DE BARROS, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas públicas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (3): 561- 571, 2005b.

BANCO MUNDIAL. *Os estabelecimentos para uma saúde melhor em África*. Washington, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. *História e Evolução dos Hospitais*. Brasília, 1944.

BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

Diário da República I Série - N.º 91 de 15 de maio 2014 despacho n.º 1114/14. Ministério da Saúde: Angola, 2014.

CARDOSO, Franci Gomes; MACIEL, Marina. Mobilização social e práticas educativas. *Capacitação em Serviço Social e Política Social, módulo 4, Brasília: UnB, 2000.*

CASETE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Kátia. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Revista Latino – Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, USP, v.13, n.1, jan. /fev. 2005. P.1005 – 111.* Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 12 mar.2009.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a inserção dos (a) Assistentes Sociais. In MOTA, Ana Elizabethes. [Et al] (Org.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.* São Paulo: OPS, OMS, Ministério da saúde, Cortez, 2006. p. 304-351.

CINTHIA FONSECA LOPES (Org.), Competências e Atribuições do/a Assistente Social: Requisitos e conhecimentos necessários. Fortaleza: Socialis Editora, 2018.

CFSS - Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde, Brasília, 2013.

Decreto Presidencial n. ° 260/10 de 19 de novembro. Aprova o Regime Jurídico da Gestão Hospitalar.

Decreto Presidencial n. ° 211/14 de 20 de agosto. Aprova o Estatuto Orgânico do Hospital Pediátrico David Bernardino.

DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

FERNANDO, Américo. *As ações do setor social nos hospitais de Luanda e o Serviço Social hospitalar.* Dissertação de mestrado, Angola, 2012.

FORTES P. A. C. Ética e Saúde. São Paulo. Ed, Pedagógica Universitária, 1998.

GIL, António Carlos. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa.* 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GUERRA, Inês. O caso social em saúde: uma dimensão do Serviço Social em contexto hospitalar. Ciências e Políticas públicas. Public

Sciences e Políticas. Volume III, Número 1, junho de 2017 – Edição Especial. CAPP PINTO, Carla; CARVALHO, Maria Irene; SARRETA, Fernanda de Oliveira. Ciências e Políticas públicas. Public Sciences e Políticas. Volume III, Número 1, junho de 2017 – Edição Especial.

GOMES, Rogério Miranda. Humanização e Desumanização no trabalho em Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017.

IHEU. Minimum Statement on Humanism. Disponível em: <<http://www.iheu.org/node/178>>. Acesso em 26 fev. 2006.

INE-Objetivos de Desenvolvimento sustentável. Relatório de linha de base agenda 2030. Luanda-Angola-2018, Pag14.

INE, Instituto Nacional de Estatística. Censo da População e Habitação, 2014. Luanda.

IAMAMOTO, M.V. Renovação e conservadorismo no serviço social: ensaios críticos. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O serviço Social no processo de reprodução das relações sociais. In: IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil. São Paulo: Cortez; Lima/Peru: CELATS, 1982. P.71-123.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 10. Ed. São Paulo, Cortez, 2006.

Interface – Comunic, saúde, Educ, v.9, n.17, mar/ago 2005

JORNAL DE ANGOLA. Humanização da assistência hospitalar, 8 outubro, 2011.

JORNAL DE ANGOLA. Humanização da Saúde, 30 janeiro, 2017 / 13 abril de 2016 | 12h34 - Atualizado em 13 abril de 2016 | 12h34.

JORNAL DE ANGOLA. Municipalização da Saúde garante melhor assistência, 8 outubro, 2011.

JORNAL DE ANGOLA. Retrato da inauguração do Hospital Geral do Bié, 12 outubro, 2020.

Lei de Bases do sistema nacional de saúde, Lei nº 21-B/92, de 28 de agosto

MATOS, Maurilio Castro de. Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional. São Paul: Cortez, 2013.

MATTA, Joaquim Dias Cordeiro da. Ensaio de Dicionário Kimbundu-Portuguez. Lisboa: Casa Editora,1893.

MARTINELLI, M.L. O Exercício Profissional do Assistente Social na Área da Saúde: Algumas Reflexões Éticas. *Serviço Social & Saúde*, Campinas, v.6, n.6, p.1-144, maio 2007.

MARTIN, LM. *A Ética e a humanização hospitalar*, o mundo da saúde, 2003.

MENDES GONÇALVES, Ricardo Bruno. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Cofer, 1992. (Cadernos Cefor, Série Textos, n. 1).

MINAYO, M. C. S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Maria Cecília de Sousa Minayo (org.); Suely Ferreira Deslandes; Romeu Gomes. Petrópolis: Vozes, 2012.

MINSÁ. Ministério da saúde de Angola. Relatórios de combate à malária, cólera e grandes epidemias, Luanda, 2019

MINSÁ. Ministério da saúde de Angola. Conferência sobre apresentação do Estatuto Orgânico do Hospital Pediátrico David Bernardino de Luanda. Centro de Conferencia Futungo de Bela, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE ANGOLA. Gabinete de Ética e *Humanização Hospitalar*, 2014.

MINSÁ. Ministério da saúde de Angola. Programa Nacional de Municipalização da saúde, Luanda, 2019.

MINSÁ, Ministério da saúde de Angola. Relatório de rede de prestação de cuidado de saúde em Angola, Volume II, 2018.

MONTEIRO, Amor António. *Serviço Social na Saúde com pessoas deficientes: o caso do Centro de Apoio dos Deficientes Físicos da Funda-CADF*. Trabalho de Conclusão de Curso, Luanda: UCAN, 2010.

MONTEIRO, Amor António. *Natureza do serviço social em angola: gênese, formação, concepções e prática profissional dos assistentes sociais nos serviços de saúde das forças armadas angolanas*. Dissertação (Mestrado). PUC-SP. São Paulo, 2015.

MONTEIRO, António Amor. *Natureza do Serviço em Angola*. São Paulo: Cortez, 2016.

MELLO, C.G. *Saúde e assistência médica no Brasil*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1977.

NEVES, NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; DAL PRÁ, Keli Regina; FERMIANO, Sabrina. A garantia e a fruição do direito à saúde nos municípios da linha das fronteiras Mercosul. In: MENDES, Jussara Maria Rosa. [et al], (org.). *Mercosul em múltiplas perspectivas: fronteiras, direitos e proteção social*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007. p.87-106.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Medicina Tradicional em Angola*, 2002

Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 2012 – 2025 almeja “uma vida saudável para todos”. Ministério da saúde: Angola 2012.

PRADO, S.R.L. de A.; FUJIMORI, E.; CIANCIARULLO, T.I.; A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. *Texto e Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v.16, n.3, set.2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=S0104-07072007000300004>. Acesso em 25 de jan.,2012.

UIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. *Manual de investigação em ciências sociais*. 2. ed. Lisboa: Gradiva, 2003.

QUESA, José. *Sistema de Saúde em Angola: uma proposta à luz da reforma do Serviço Nacional de Saúde em Portugal*. Porto, 2010.

RIBEIRO C. R. O. *O conceito de pessoa na perspectiva da bioética secular: uma proposta a partir do pensamento de tristram Engelhardt*. São Paulo, 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

RODRIGUES, Andreia Cristina; MARTINS, Rosane Aparecida de Sousa; E QUERINO, Rosimár Alves. Compromisso com o Atendimento Integral e Humanização: Reflexões Acerca da Atenção à Saúde da Criança no município de Uberada. *Serviço Social & Realidade*, Franca, v.22, n.2, p.111-138, 2013.

RAVAGNANI, C.L.C; SARRETA, F. de O. Humanização as Relações na Saúde com Experiências Coletivas. *Serviço Social e Realidade*, Franca, v.17, n.1, p.361-376, 2008.

Saúde e sociedade. FORTES P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção a saúde. v.13, n.3, set-dez 2004.

Saúde e Sociedade/Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Associação Paulista de Saúde Pública. v.13, n.3, set-dez 2004.

SAMBA, Simão João, *Adolescência em Situação de Risco e a Educação Social em Luanda*, 2. Ed. Jundiaí [SP]: Paco, 2018.

SARRETA, F. O. A construção do direito à saúde e a contribuição do assistente social. *Revista Serviço Social & Saúde*. UNICAMP Campinas, v. X, n. 11, jul. 2011. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/1377/1367>

ZOBOLI E. L. C. P. *Bioética e atenção básico: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família*. São Paulo, 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Prezado,

Senhor Diretor do Hospital Pediátrico David Bernardino de Luanda

Assunto: Solicitação de autorização para realização de pesquisa.

Vimos, respeitosamente, solicitar autorização para realização da pesquisa com o tema “POLÍTICA DE SAÚDE EM ANGOLA E SERVIÇO SOCIAL: a humanização do atendimento no Hospital Pediátrico David Bernardino de Luanda”, realizada no Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Estadual Paulista – UNESP, Brasil.

Encaminhamos o projeto de pesquisa para avaliação, que tem como objetivo: Analisar a política de saúde de Angola e a particularidade do processo de implementação do programa nacional de humanização da saúde e da atuação do/a assistente social no Hospital Pediátrico David Bernardino de Luanda.

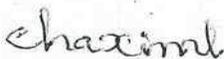
Informamos que a coleta de dados no Hospital será através de Entrevista, tendo como participantes as/os Assistes Sociais que trabalham no local, e será anônima e manteremos resguardados os princípios éticos e deontológicos das/os profissionais. A intenção é que a coleta seja realizada no mês de janeiro ou fevereiro de 2020, e teremos o cuidado de não prejudicar o atendimento dos utentes.

Esclarecemos que os resultados obtidos com o estudo serão utilizados para fins acadêmicos, bem como, poderão contribuir para propostas de melhoria dos serviços de saúde ddo Hospital.

Agradecemos a atenção e certos de merecer vossa atenção, reiteramos votos de estima.

Atenciosamente,

Franca, 10 de outubro de 2019.



Orlando Clementino Manunga Chaximbe
Pesquisador responsável



Profª. Drª. Fernanda de Oliveira Sarreta
Docente orientadora

**APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO (TCLE)**

Eu, _____
declaro, para os devidos fins ter sido informado verbalmente e por escrito, de forma suficiente a respeito da pesquisa: **POLÍTICA DE SAÚDE EM ANGOLA E SERVIÇO SOCIAL: a humanização do atendimento no Hospital Pediátrico David Bernardino de Luanda.** O projeto de pesquisa será conduzido por Orlando Clementino Manunga Chaximbe, do Programa de Pós-Graduação em Serviço social, orientado pela Prof^a. Dr^a. Fernanda de Oliveira Sarreta, pertencente ao quadro docente da Universidade Estadual Paulista – UNESP da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - Brasil. Estou ciente de que este material será utilizado para apresentação de: Dissertação, observando os princípios éticos da pesquisa científica e seguindo procedimentos de sigilo e discrição. Após o levantamento dos dados, daremos tratamento, onde apurar-se-á os resultados, tendo retorno aos sujeitos de pesquisa por intermédio da passagem dos resultados da pesquisa a instituição em estudo. Fui esclarecido sobre os propósitos da pesquisa, os procedimentos que serão utilizados e riscos e a garantia do anonimato e de esclarecimentos constantes, além de ter o meu direito assegurado de interromper a minha participação no momento que achar necessário.

Franca, 10 de Outubro de 2019

Assinatura do participante

Pesquisador Responsável

Nome: Orlando Clementino Manunga Chaximbe

Endereço: Adhemar Polo Filho, 2050, Franca

Tel:(16) 996163539 / 925053979

Correio electrónico: orlaassistentesocial@hotmail.com

Orientadora Profa. Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta
Endereço: Av. Eufrázia Monteiro Petragilia, 900, 14409160,
Franca – São Paulo
Tel: (16) 991657423
Correio electrónico: fersarreta2009@yahoo.com.br

APÊNDICE 3 – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA COM ASSISTENTES SOCIAIS

Núcleo 1 Saúde e Política Nacional de Saúde: concepção

- Qual é a concepção que tem sobre saúde?
- Que aspetos a política nacional de saúde traz sobre a humanização da atenção à saúde?
- Como analisa a atenção à saúde à população após a implementação do programa nacional de humanização da assistência na saúde, quais são os limites e desafios?

Núcleo 2 Humanização da atenção à saúde: efetivação

- Qual é a compreensão que assistentes sociais do Hospital Pediátrico David Bernardino têm sobre a humanização da atenção à saúde?
- Que situações de desumanização da atenção à saúde verificas para com hospitais e especialmente aqui no Hospital Pediátrico David Bernardino?

Núcleo 3 Serviço Social hospitalar: limites e possibilidades

- Quem são os utentes atendidos neste Hospital?
- Fala sobre as suas atividades cotidianas aqui no Hospital?
- Qual é contributo do trabalho do/a Assistente Social no Hospital para a humanização da atenção à saúde?
- Quais os limites e possibilidades nas ações do Serviço Social hospitalar?
- O Serviço Social Hospitalar aqui é uma referência e porquê?
- Qual é a sua recomendação que deixas para os outros gestores hospitalares para inserir nos seus organogramas o gabinete do Serviço Social?

APÊNDICE 4 – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS/CAMP. DE FRANCA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: POLÍTICA DE SAÚDE EM ANGOLA E SERVIÇO SOCIAL: a humanização do atendimento no Hospital Pediátrico David Bernardino de Luanda, Angola

Pesquisador: Orlando Clementino Manunga Chaximbe

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 27130919.5.0000.5408

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais- Unesp - Campus de Franca

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.806.908

Apresentação do Projeto:

O projeto foi apresentado de forma clara e concisa. Todos os elementos necessários para a compreensão da pesquisa, notadamente sobre como se dará a pesquisa de campo, estão presentes.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo principal da pesquisa foi explicitado de forma clara e direta, a saber: "Analisar a política de saúde de Angola e a particularidade do processo de implementação do programa nacional de humanização da saúde e da atuação do/a assistente social no Hospital Pediátrico David Bernardino de Luanda".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios foram bem considerados, tomando-se como parâmetro a resolução 466 de 2012. Como sugestão, indica-se também a leitura da Resolução CNS 510 de 2016.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Como toda pesquisa bem orientada, a presente é relevante e apresenta de forma clara como se dará o contato com os participantes da pesquisa, ao todo 04 indivíduos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram corretamente preenchidos e inseridos, a saber: Informações Básicas do Projeto, Folha de Rosto, Termo de Consentimento Livre e

Endereço: Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900

Bairro: Jd. Antonio Petraglia

CEP: 14.409-160

UF: SP

Município: FRANCA

Telefone: (16)3706-8723

Fax: (16)3706-8724

E-mail: comiteetica@franca.unesp.br

UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS/CAMP. DE FRANCA



Continuação do Parecer: 3.806.908

Esclarecido, autorização da entidade onde se pretende realizar a pesquisa de campo, arquivo com o projeto original completo, questionário semiestruturado de perguntas a serem feitas aos participantes da pesquisa (presente nos anexos do projeto completo inserido).

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclui-se pela APROVAÇÃO do presente projeto de pesquisa. Não há pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

O coordenador aprova "ad referendum" do colegiado o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1437087.pdf	18/12/2019 12:20:48		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao.pdf	18/12/2019 12:19:15	Orlando Clementino Manunga Chaximbe	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	De.pdf	18/12/2019 12:15:30	Orlando Clementino Manunga Chaximbe	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	13/12/2019 10:38:18	Orlando Clementino Manunga Chaximbe	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/12/2019 10:15:16	Orlando Clementino Manunga Chaximbe	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	13/12/2019 00:15:52	Orlando Clementino Manunga Chaximbe	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900
Bairro: Jd. Antonio Petraglia CEP: 14.409-160
UF: SP Município: FRANCA
Telefone: (16)3706-8723 Fax: (16)3706-8724 E-mail: comiteetica@franca.unesp.br

UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS/CAMP. DE FRANCA



Continuação do Parecer: 3.806.908

FRANCA, 22 de Janeiro de 2020

Assinado por:
Marcos Alves de Souza
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900
Bairro: Jd. Antonio Petraglia **CEP:** 14.409-160
UF: SP **Município:** FRANCA
Telefone: (16)3706-8723 **Fax:** (16)3706-8724 **E-mail:** comiteetica@franca.unesp.br

Página 03 de 03

AUTORA E AUTOR

Orlando Clementino Mununga Chaximbe

Angolano, graduado em Serviço Social pela Universidade de Luanda – Faculdade de Serviço Social. Mestre e Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual Paulista – UNESP, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca – Brasil. Bolsista CAPES. Coordenador do Grupo de Estudo sobre Serviço Social Hospitalar (GESSH), Luanda, Angola. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Política de Saúde e Serviço Social (QUAVISSS), Grupo de Estudos e Pesquisas sobre a Dimensão Educativa no Trabalho Social (GEDUCAS). Assistente Social do Gabinete Provincial da Saúde de Luanda, Departamento de Saúde Pública, atuando como supervisor provincial da Promoção da Saúde e Comunicação/Imagem. Docente colaborador no curso de Serviço Social, da Faculdade de Serviço Social, Luanda, Angola.

Fernanda de Oliveira Sarreta

Docente permanente da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (FCHS), Câmpus de Franca, SP, Brasil, da Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Coordenadora do Grupo QUAVISSS - Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Política de Saúde e Serviço Social. Apresenta experiência em Serviço Social, com produção que integra ensino-pesquisa-extensão do Serviço Social e Saúde, nos seguintes temas: Serviço Social, políticas públicas, saúde, formação e trabalho, SUS, atenção interdisciplinar na saúde, impactos da pandemia na saúde.

POSFÁCIO

Faz sentido falarmos em humanização da saúde? É preciso humanizar o que já é próprio do ser humano? Será que chegamos ao ponto de que o tratamento ou atenção dada ao usuário da saúde seja de natureza desumana? Infelizmente, sim, por vivermos tempos extremados de desumanização da vida, da valorização do ter em detrimento do ser.

Esta obra, de autoria de Orlando Clementino Manunga Chaximbe e sua orientadora, professora doutora Fernanda de Oliveira Sarreta, traz a importância e urgência dos trabalhos voltados para a valorização da vida, da saúde, entre eles, do Serviço Social, trazendo uma contribuição ímpar para aqueles profissionais que nutrem a esperança de atuarem em uma política pública e universal, de fato humanizada.

Fruto de um estudo que analisou a contribuição do Serviço Social para a humanização da atenção à saúde, no Hospital Pediátrico David Bernardino de Luanda, de Angola, vem no sentido de despertar não somente sobre a necessidade, mas a possibilidade de um atendimento digno na saúde e de um trabalho voltado para esta perspectiva, destacando a importância da criação de condições éticas e específicas para a atuação profissional, as quais pressupõem condições sociais, educacionais, culturais, mentais/psíquicas entre outras; “uma ética respeitadora da singularidade das necessidades do usuário (utente), aliada à eficiência técnica e científica, que acolha o desconhecido e imprevisível e que aceite os limites de cada situação” (conforme palavras dos autores).

O conteúdo deste trabalho nos lembra que a humanização dos serviços de saúde é uma questão de cidadania, na medida em que está relacionada à necessidade de se atender com respeito os usuários, articulando valores fundamentais como a ética e a dignidade da pessoa humana, e neste sentido, a humanização

significa a valorização dos serviços aos sujeitos implicados no processo de produção de saúde, sejam usuários, trabalhadores ou gestores, o que não está dado na sociabilidade capitalista, nem em Angola e nem no Brasil. É preciso construir e reconstruir a humanização cotidianamente e como bem destaca esta obra, o Serviço Social pode dar uma contribuição fundamental neste processo.

Adriana Giaqueto Jacinto

Professora da UNESP

É hoje consensual, entre profissionais e estudiosos da área da saúde, que a humanização dos cuidados representa o principal desafio à modernização do Sistema Nacional de Saúde em Angola, o que não significa, entretanto, deixar de reconhecer a necessidade de se continuar a elevar o número e a competência técnica dos profissionais da saúde, bem como a disponibilidade de infraestruturas e equipamentos. Ao analisar a contribuição do Serviço Social para a humanização da atenção à saúde, o Msc. Orlando Clementino Mununga Chaximbe e a Profa. Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta, fornecem ao leitor uma parcela significativa do leque de dificuldades enfrentadas pelos utentes e os seus familiares, nomeadamente, falta de atenção exclusiva, pouca solidariedade e empatia, acomodação inadequada, falta de higiene e escassez de informação. Não por acaso, os autores escolheram como campo de pesquisa o maior Hospital Pediátrico de Angola e como informantes, os assistentes sociais que ali trabalham, a fim de, por um lado, captar situações de desumanização e, por outro, identificar os limites e as possibilidades de humanização da saúde. Mais do que uma constatação científica das condições de assistência à saúde no Hospital Pediátrico David Bernardino, este livro corresponde a uma proposta de tomada de consciência por parte dos assistentes sociais sobre a relevância do seu papel no contexto dos desafios do setor da saúde em Angola.

Dra. Maria da Assunção
Professora Auxiliar da Universidade Católica de Angola

