

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - UNESP
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

AIRES MUECÁLIA JULIÃO CANECA

**SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE EM ANGOLA:
competências e atribuições do trabalho do/a Assistente Social na saúde**

**FRANCA-SP
2025**

AIRES MUECÁLIA JULIÃO CANECA

**SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE EM ANGOLA:
competências e atribuições do trabalho do/a Assistente Social na saúde**

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, da Universidade Estadual Paulista-UNESP, como requisito para obtenção do Título de Doutorado em Serviço Social. Área de concentração: Serviço Social, trabalho e sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta

FRANCA-SP

2025

C221s Caneca, Aires Muecália Julião
Serviço Social na Política de Saúde em Angola:
competências e atribuições do trabalho do/a assistente social
na saúde / Aires Muecália Julião Caneca. -- Franca, 2025
220 p.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP),
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca
Orientadora: Fernanda de Oliveira Sarreta

1. Angola, História e Saúde. 2. Serviço Social na Saúde de
Angola. 3. Contribuição de Assistentes Sociais da Saúde fruto
das Experiências. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Dados fornecidos
pelo autor(a).

Impacto Potencial da Pesquisa

A pesquisa fortalece o trabalho do/ Assistente Social na saúde em Angola. Sistematiza as competências e atribuições profissionais, abre possibilidades para a construção de um trabalho profissional, organizativo e direcionado. Promovendo o acesso e efectivação de direitos e por sua vez contribuirá, para retroalimentar o processo formativo, académico e profissional de forma mais esclarecida e competente.

Potencial impacto of the resarch

This research strengthens the Work of Social workers in healthcare in Angola. It systematizes professional skills and responsibilities, opens possibilities for building professional, organizacional, and targeted work. Promoting acess to and realization of rights, it will in turn contribute to providing feedback to the formative, academic, and professional process in a more informed and competent way.

Impacto potencial de la investigación

Esta investigación fortalece la labor de los trabajadores sociales en el ámbito sanitario en Angola. Sistematiza las competencias y responsabilidades profesionales, y abre posibilidades para el desarrollo profesional, organizativo y focalizado del trabajo. Al promover el acceso a los derechos y su ejercicio, contribuirá a su vez a enriquecer el proceso formativo, académico y profesional de manera más informada y competente.

AIRES MUECÁLIA JULIÃO CANECA

**SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE EM ANGOLA:
competências e atribuições do trabalho do/a Assistente Social na saúde**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Câmpus de Franca-SP, para obtenção do título de Doutorado em Serviço Social. Área de concentração: Serviço Social: Trabalho e Sociedade, e Linha de Pesquisa: Estado, Políticas Sociais e Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA

Presidente:

Profa. Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta

1º Examinador:

Prof. Dr. Amor António Monteiro

2ª Examinadora:

Profa. Dra. Carla Agda Gonçalves

3ª Examinadora:

Profa. Dra. Andreia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni

4ª Examinadora:

Profa. Dra. Josiani Julião Alves de Oliveira

Franca, 23 de outubro de 2025.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais,
Maria Domiana Chingossonhi
e José Maria Higino Caneca.

Viver é um movimento bastante complexo, pois não há fórmulas explícitas e perfeitas para a nossa plena realização. Daí que, faz-se necessária a superação e o encaixe na ampliação do nosso ciclo social, que nos oportunizam espaços de forma transversal e a refinação do nosso ser, para a manutenção dessa vivência que perspectivamos e nos conduzem a uma vida próspera e digna de ser vivida.

= Aires Caneca =

AGRADECIMENTOS

Nada na vida é por acaso e tudo que fizemos na vida não é só fruto de nossa vontade singular, mas sim é fruto de uma vontade coletiva. Daí que, agradecer sempre é um ato de reconhecer todo esforço empreendido por todos/todas que contribuíram direta e indiretamente para que nosso objetivo se concretizasse. Dessa forma agradeço:

À Deus pelo sopro e dom da vida!

Aos meus pais José Maria Higino Caneca e Maria Domiana Chingossonhoi! pela procriação, criação e pela orientação íntegra da vida de forma transversal, me transformando num homem pelo qual me orgulho muito.

Minha esposa Sandra Diogo Pita, por compreender minha ausência, enquanto viajava para cumprir o currículo acadêmico no Brasil, enquanto cuidava de nossos filhos com toda paciência e dedicação e estar sempre presente em todos os nossos projetos. Aos meus filhos Maira Caneca, Adael Caneca e José Caneca, pela compreensão e paciência enquanto me fiz ausente para cumprir o processo formativo.

Veementemente uma figura ilustre, muito especial na minha caminhada acadêmica e profissional, que está sempre passo á passo: Dr. Amor António Monteiro muito obrigado meu mentor! Minha fonte de inspiração! por me mostrares o caminho e estar sempre ao meu lado nessa caminhada, por reconhecer na minha pessoa uma referência agregadora e oportunizar para este processo formativo.

A minha querida orientadora Prof.^a Dr.^a Fernanda de Oliveira Sarreta, pela sábia orientação, paciência, empenho e dedicação nesta caminhada acadêmica.

A Prof.^a Dr.^a Carla Agna que logo no primeiro contacto nutrimos uma simpatia recíproca, cujas relações estenderam-se além fronteiras acadêmicas.

A Prof.^a Dr.^a Andreia Liporoni pelas orientações e troca de experiências no estágio docente.

A Prof.^a Dr.^a Josiani de Oliveira pelas aprendizagens a nível do percurso metodológico na pesquisa.

A Prof.^a Dr.^a Maria José de Oliveira Lima por saber conduzir o Programa de Pós-graduação em Serviço Social de forma dedicada e empenhada em prol das necessidades dos Pós-graduandos.

Prof.^a Dr.^a Cirlene Oliveira pelo seu carisma, sensibilidade em lidar com os estudantes em sala de aula como uma exímia pedagoga.

Aos meus colegas que sempre estiveram comigo nesta caminhada no processo formativo: Daniel Muhondo, Bernardino Cuteta, Orlando Chaximbe, Jeremias Lourenço, Eduardo Isidro, Adão Joaquim, Miguel Pimpão, Zurema Mutange, José Dias, Isaias Issenguele, Mauro Ângelo, Carlota Ganga, Neide Domingos, Fátima Caetano, Isabel Albuquerque, Peiroteu Leonel e Iadira Arnet Fernandes. A todos e todas colegas da Moradia Estudantil pela socialização e nos fazer nutrir na moradia o sentimento de pertença como um espaço coletivo. Aqui gostaria de abrir um parêntese e registrar, que nesta última viagem para o Brasil, em 12/07/2025, durante a minha estadia na Moradia Estudantil, por conta de um acidente doméstico que resultou em uma ferida na perna direita e consequente inflamação, por sinal a ferida infeccionou, como manifestação fiquei em um estado febril, pelo que tive que ir para UPA (Unidade pronto atendimento), onde o colega Mauro Ângelo se prontificou em me acompanhar com toda paciência, apesar do tratamento instituído ter efeito mas a receita sobre os pensos de folhas de repolho colocada na perna proposta pela colega Carlota foi um aditivo para minha restauração, onde os colegas Miguel, Mauro, Yadira, Jeremias, Fátima e Zurema, foram meus/minhas assistentes em dar tratamento com esta receita, que foi bastante útil para a minha rápida recuperação, o meu muito e muito obrigado! Por tudo que fizeram durante nossa convivência no Brasil, seus apoios, seja emocional, acadêmico e material foram fundamentais.

A minha família alargada e aos meus amigos que sempre estiveram aí apoiando de forma incondicional: Níria Fernandes, Daiane Brentini, Manuel Eduardo, Edilson Eduardo, Julião Júlio, Neide Samanjata, Marcelo Barbosa, Vanilson André, Josemar Frederico e Joaquim de Jesus.

À Universidade Católica de Angola-UCAN, em nome do Instituto Superior João Paulo II (ISUP-JP II), pela inteligência sábia de encontrar a Universidade Estadual Paulista como a instituição parceira certa desta cooperação furtiva com um Programa

consolidado com significativa inserção social e reconhecida formação, alargando cada vez mais os laços históricos baseado no intercâmbio e solidariedade entre os dois povos.

Ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social por nos acolher e reconhecer equivalências valorativas para a concretização desta nobre cooperação.

Ao corpo docente e administrativo da Unesp que pacientemente souberam conduzir sempre o propósito formativo e para que este processo de ensino e aprendizagem se efetivasse.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior Demanda Social-CAPES-DS que de forma comprometida, responsável e fiel apoiou-me financeiramente, permitindo a criação de condições para o processo formativo e de todo processo de pesquisa.

Ao corpo diretivo da Direção de Saúde da Marinha de Guerra Angolana, que nutro um sentimento de pertença profunda e por reconhecer potencialidade e acreditar na minha pessoa, por estarem sempre prontamente me apoiando me dando força necessária, tão logo que mostrei a intenção do processo formativo, especialmente ao: Dr. Mourão Teixeira (reformado 2025), que sempre aconselhou e incentivou a formação de seus efetivos.

A Dra. Filomena Cassoma, Chefe da Repartição de Planeamento Organização e Estatística da Direção de Saúde da Marinha Angolana, por depositar toda confiança em minha pessoa aquando da minha vinda para o Brasil

a Dra. Isabel de Freitas Chefe, Adjunta da Direção de Saúde da Marinha pela relação próxima que temos desde a minha colocação na Marinha de Guerra angolana, pelos conselhos e orientação para esta grande caminhada vital.

A minha Chefe direta da Repartição de Medicina Preventiva Dra. Armanda Sawapata pelos conselhos, força e orientação nesta longa caminhada.

Dr. Antônio Celeste, Diretor da Clínica da Marinha angolana, por não exitar em me autorizar tão logo que manifestei a necessidade de dar continuidade aos meus estudos.

Dr. Nduguidi Eduardo, por ser o meu primeiro chefe direto aquando da minha colocação na Marinha e por ver na minha pessoa a confiança e esteve sempre aí a me dar o seu apoio me aconselhando, me orientando para a vida.

Dr. Julino Moco, meu segundo chefe direto, meu amigo, meu conselheiro e sempre esteve junto de mim dando aquele apoio, nossos laços estenderam-se além fronteiras laborais.

Aos meus colegas quer da Direção de Saúde da Marinha e da Clínica da Marinha, que me apoiaram direta e indiretamente nesta longa caminhada.

Os meus profundos agradecimentos.

Graças a vocês hoje sou o vosso Dr. Aires Muecália Julião Caneca.

Tutondele!

Twapandula!

Twasakidila!

Caneca, Aires Muecália Julião. **Serviço Social na política de SAÚDE EM ANGOLA: competências e atribuições do trabalho do/a Assistente Social na saúde**. Franca-SP, 2025. 219. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (FCHS), Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2025.

RESUMO

Esta pesquisa tem como objeto de estudo o Serviço Social na política de saúde de Angola, com ênfase nas competências e atribuições do trabalho profissional na área da saúde. A relevância da presente investigação marca a possibilidade de subsidiar a construção de propostas que contribuam para o delineamento de diretrizes de atuação profissional dos/as Assistentes Sociais que atuam na saúde. O objetivo geral consistiu em analisar o trabalho do/a Assistente Social na política de saúde de Angola identificando as atribuições e competências profissionais, tendo como objetivos específicos: caracterizar o perfil dos/as assistentes sociais que atuam na saúde; examinar o contexto sócio-histórico de sua inserção na saúde de Angola; identificar as competências e atribuições profissionais; e refletir sobre o trabalho profissional nos espaços de atuação. Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa e qualitativa, realizada através de estudo bibliográfico, documental e coleta de dados em campo, o questionário semiestruturado com perguntas abertas e fechadas foi o instrumento de coleta de dados. Os/as Assistentes Sociais que atuam na política de saúde de Angola constituíram o universo de pesquisa. 29 sujeitos de pesquisa foram acessados por intermédio da técnica de amostragem não probabilística por acessibilidade ou por conveniência. Para a interpretação e análise da realidade adota a perspectiva marxiana, a partir do método materialismo histórico-dialético que fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade estudada. Os resultados evidenciam que a política de saúde está atravessada pelas múltiplas expressões da questão social, agravadas por um sistema capitalista dependente periférico, o que impõe desafios significativos ao Serviço Social e aos demais atores sociais da saúde. A pesquisa evidenciou ainda, que na relação entre formação e meio profissional, as mediações para consolidar um trabalho sistematizado e direcionado carecem de maior articulação e mobilização coletiva da categoria para a impressão de novos caminhos. Frente às limitações do modelo curativo/hospitalocêntrico, destacando-se a urgência da transição para um paradigma comunitário, que considere a raiz social dos problemas de saúde.

Palavras-chave: Política de saúde. Serviço Social. Atribuições. Competências. Angola.

Caneca, Aires Muecália Julião. **Social work in HEALTH POLICY IN ANGOLA: skills and responsibilities of the Social Worker's work in health**. Franca-SP, 2025.220 p. Thesis (Doctorate in Social Work) – Faculty of Human and Social Sciences (FCHS), São Paulo State University “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2025.

ABSTRACT

This research has as its object of study Social Service in health policy, with an emphasis on the skills and duties of professional work in the health area. The relevance of this research highlights the potential for supporting the development of proposals that contribute to the development of guidelines for the professional practice of social Workers working in health. The study consisted of analyzing the work of the Social Worker in Angola's health policy, identifying their professional duties and competencies, with the following specific objectives: to characterize the profile of social workers working in this field; to examine the socio-historical context of their involvement in Angola's health; to identify professional competencies and responsibilities; and to reflect on professional work in these settings. This is a quantitative and qualitative study, conducted through bibliographic and documentary research and field data collection. A semi-structured questionnaire with open- and closed-ended questions served as the data collection instrument. Social workers working in Angola's health policy constituted the research population. Twenty-nine research subjects were recruited through non-probability sampling based on accessibility or convenience sampling. The Marxist perspective, that is, dialectical historical materialism, was adopted for the interpretation and analysis of the reality studied. The results demonstrate that health policy is permeated by multiple expressions of the social issue, exacerbated by a dependent capitalist system, posing significant challenges to Social Work and other social actors in the health sector. The research also highlighted that, in the relationship between training and professional environment, the mediation needed to consolidate systematized and targeted work requires greater coordination and collective mobilization of the profession to forge new paths. Given the limitations of the curative/hospital-centric model, the urgent need for a transition to a community-based paradigm that considers the social roots of health problems is highlighted.

Keywords: Health Policy. Social Work. Responsibilities. Competencies. Angola.

Caneca, Aires Muecália Julião. **TRABAJO SOCIAL EN POLITICA DE SALUD EN ANGOLA: habilidades y responsabilidades del trabajo del Trabajador Social en salud**. Franca-SP, 2025. 220 p. Tesis (Doctorado en Trabajo Social)-Facultad de Ciencias Humanas y Sociales (FCHS), Universidad Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2025.

RESUMEN

Esta investigación tiene como objeto de estudio el Servicio Social en la política de salud, con énfasis en las competencias y deberes del trabajo profesional en el área de la salud. La relevancia de esta investigación destaca su potencial para apoyar el desarrollo de propuestas que contribuyan a la elaboración de directrices para la práctica profesional de los trabajadores sociales en el ámbito de la salud. El objetivo general era analizar la labor del trabajador social en la política sanitaria de Angola, identificando sus deberes y competencias profesionales, con los siguientes objetivos específicos: caracterizar el perfil de los trabajadores sociales que trabajan en este ámbito; examinar el contexto sociohistórico de su participación en la salud angolana; identificar las competencias y responsabilidades profesionales; y reflexionar sobre la labor profesional en estos entornos. Se trata de un estudio cuantitativo y cualitativo, realizado mediante investigación bibliográfica y documental, y recopilación de datos de campo. Un cuestionario semiestructurado con preguntas abiertas y cerradas sirvió como instrumento de recopilación de datos. Los trabajadores sociales que trabajan en la política sanitaria de Angola constituyeron la población de la investigación. Se reclutaron veintinueve sujetos de investigación mediante un muestreo no probabilístico basado en la accesibilidad o el muestreo por conveniencia. Se adoptó la perspectiva marxista, es decir, el materialismo histórico dialéctico, para la interpretación y el análisis de la realidad estudiada. Los resultados demuestran que la política sanitaria está permeada por múltiples expresiones de la problemática social, exacerbadas por un sistema capitalista dependiente, lo que plantea importantes desafíos al Trabajo Social y a otros actores sociales del sector salud. La investigación también destacó que, en la relación entre la formación y el entorno profesional, la mediación necesaria para consolidar un trabajo sistematizado y focalizado requiere una mayor coordinación y movilización colectiva de la profesión para forjar nuevos caminos. Dadas las limitaciones del modelo curativo/hospitalocéntrico, se destaca la urgente necesidad de una transición hacia un paradigma comunitario que considere las raíces sociales de los problemas de salud.

Palabras clave: Política de Salud. Trabajo en Salud. Responsabilidades. Competencias. Angola.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Perfil dos/as Assistentes Sociais por gênero	105
Gráfico 2. Perfil dos/as Assistentes Sociais por faixa etária.....	106
Gráfico 3. Perfil dos/as Assistentes Sociais por estado civil.....	106
Gráfico 4. Perfil dos/as Assistentes Sociais por província de residência	107
Gráfico 5. Perfil dos/as Assistentes Sociais por município de residência.....	108
Gráfico 6. Perfil dos/as Assistentes Sociais por nível de escolaridade... ..	110
Gráfico 7. Perfil dos/as Assistentes Sociais por instituição de formação	111
Gráfico 8. Respostas sobre o município de atuação profissional	113
Gráfico 9. Respostas sobre o setor de trabalho	113
Gráfico 10. Respostas sobre a forma de ingresso na instituição.....	116
Gráfico 11. Respostas sobre as funções desempenhadas na instituição	117
Gráfico 12. Respostas sobre a faixa salarial	118
Gráfico 13. Respostas sobre o recebimento de subsídio	121
Gráfico 14. Respostas sobre a carga horária semanal de trabalho.....	123
Gráfico 15. Respostas sobre a existência de sala própria de atendimento	124
Gráfico 16. Respostas sobre o ano de conclusão do curso de Serviço Social.....	125
Gráfico 17. Respostas sobre o ano de ingresso na instituição.....	126
Gráfico 18. Respostas sobre o tempo de atuação na área da saúde.....	127
Gráfico 19. Respostas sobre a existência de Assistentes Sociais anteriores na instituição	128
Gráfico 20. Respostas sobre atividades desenvolvidas e sua definição na área de atuação	131
Gráfico 21. Respostas sobre a correspondência entre atribuições solicitadas e a profissão.....	134
Gráfico 22. Respostas sobre concordância com as atribuições recebidas.....	134
Gráfico 23. Respostas sobre autores/as de referência para o trabalho profissional.	152
Gráfico 24. Respostas sobre dificuldades iniciais e necessidade de formação complementar.....	155
Gráfico 25. Respostas sobre a suficiência ou não na formação em Serviço Social para atuação na saúde	158
Gráfico 26. Respostas sobre a elaboração de relatórios e documentos institucionais.	165

Gráfico 27. Respostas sobre tipos de dados priorizados nos registos do trabalho	166
Gráfico 28. Respostas sobre profissionais com maior articulação durante o atendimento.....	175
Gráfico 29. Respostas sobre satisfação, identificação com o local e com o trabalho.	177
Gráfico 30. Respostas sobre a necessidade de se criar uma rede de Assistentes Sociais na saúde de Angola	180

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Níveis de assistência na saúde de Angola.....	60
Tabela 2. Infraestruturas e profissionais da saúde em 1964.....	82
Tabela 3. Local de trabalho dos/as Assistentes Sociais na saúde.....	112
Tabela 4. Faixa salarial.....	120
Tabela 5. Valor percentual dos subsídios	121
Tabela 6. Áreas de atuação na saúde	130
Tabela 7. Sistematização das atribuições do/a Assistente Social na saúde de Angola	145
Tabela 8. Referências teóricas utilizadas para o trabalho	149
Tabela 9. Principais teorias aplicadas na análise da realidade cotidiana	153
Tabela 10. Princípios éticos que orientam o trabalho profissional	161
Tabela 11. Formações complementares desejadas para melhor atuação na saúde.....	167
Tabela 12. Percepções sobre o conceito de saúde da OMS	168
Tabela 13. Fatores identificados como influentes no aparecimento de doenças	169
Tabela 14. Maiores problemas enfrentados pelos assistentes sociais na saúde....	171
Tabela 15. Principais dificuldades no atendimento aos utentes	172
Tabela 16. Necessidades de saúde identificados no cotidiano dos/as utentes	173
Tabela 17. Integração dos/as assistentes sociais nas equipas interdisciplinares ...	176

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	20
INTRODUÇÃO.....	22
CAPÍTULO 1. ANGOLA, HISTÓRIA E SAÚDE.....	35
1.1. Caracterização de Angola.....	35
1.2. A política de saúde que assiste os angolanos.....	53
CAPÍTULO 2. SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE DE ANGOLA.....	78
2.1. Contextualização sociohistórica do Serviço Social na saúde.....	78
2.2. Saúde enquanto espaço de trabalho do/a Assistente Social.....	87
2.3. A construção de competências para o trabalho do/a assistente social na saúde.....	97
2.4. Atribuições profissionais dos/as assistentes sociais na saúde.....	100
CAPÍTULO 3. CONTRIBUIÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS DA SAÚDE FRUTO DAS EXPERIÊNCIAS.....	105
3.1. Perfil profissional dos/as assistentes sociais que trabalham na saúde.....	105
3.2. A inserção do Serviço Social na saúde.....	125
3.3. Referências teóricas apropriativas para o trabalho dos/as assistentes sociais na saúde.....	149
3.4. Manifestações do trabalho dos/as assistentes sociais na saúde.....	168
CONCLUSÃO.....	183
REFERENCIAS.....	187
APÊNDICES.....	195
Apêndice 1. Carta de solicitação da pesquisa.....	195
Apêndice 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	196

Apêndice 3. Formulário do questionário da pesquisa.....	197
ANEXOS.....	216
Anexo 1. Declaração de autorização da pesquisa.....	217
Anexo 2. Declaração de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	218

APRESENTAÇÃO

Aires Muecália Julião Caneca, africano, nascido em Angola, na Província do Kwanza-Sul, município do Waku-Kungo comuna da Cela, bairro Mbwandange, aos 22 de maio de 1987. Filho de José Maria Higino Caneca e de Maria Domiana Chingossonhoi, ambos professores de profissão.

A carreira estudantil começa em 1994, no município de Waku-kungo comuna da Cela. Em 2000 com a 4ª classe feita, migra com seus pais e irmãos para Luanda e em 2004 termina o ensino geral de base na Escola “Escolinha da Paz” situada no município de Viana km9-A (quilômetro 9-A).

Em 2005, ingressa para o ensino médio no Instituto de Ciências Religiosas de Angola (ICRA), fazendo o Curso Médio de Educadores Sociais, tendo terminado em 2008. No ano de 2009, ingressa para o ensino superior no Instituto Superior João Paulo-II (ISUP-JP-II), da Universidade Católica de Angola (UCAN), frequentando o curso de Serviço Social. E, em 2010, fruto do Curso Médio de Educadores Sociais, anula o ano letivo e alista-se para fazer parte de um grupo de ingressantes para vida militar, para posteriormente dar sustentabilidade ao Programa das Forças Armadas Angolana (FAA) pertencente à saúde, subordinado ao Estado Maior General, junto a Direção dos Serviços de Saúde (DSS/EMG/FAA), denominado Programa de Assistência Psicossocial Geriatria e Cuidados Continuados (PAPSGCC).

Após o fim da formação militar no mesmo ano, como oficial especializado em Organização Tática dos Serviços Médicos (OTSM), especialidade de operacionalização das equipas de intervenção em saúde em tempo de guerra e em tempo de paz e o desdobramento para fazer face as necessidades de saúde dos militares em combate, na paz, no que diz respeito a prevenção, promoção, cura e restauração da saúde, elevando os níveis de saúde para o cumprimento ininterrupto das missões, facilitando sua integração sociofamiliar. Colocado como Oficial na Marinha de Guerra Angolana com a patente de Guarda Marinha, na Clínica da Marinha em Luanda, como Educador Social na Seção de Assistência Psicossocial e Centro de Aconselhamento e Testagem Voluntária de VIH/Sida. Sendo promovido a Tenente de Corveta em 2012.

Em 2014, termina o ensino superior sendo um profissional Licenciado em Serviço Social, pela Universidade Católica de Angola no Instituto Superior João Paulo-II-ISUP-JP II. Sendo promovido ao grau militar de Tenente de Fragata em 2018.

No período compreendido entre 2019 e 2021, conclui a formação do Mestrado junto ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, no município de Franca, Estado de São Paulo. Fruto da cooperação entre Brasil – Universidade Estadual Paulista (UNESP) e Angola – Universidade Católica de Angola (UCAN).

Em 2021, como Mestre, foi promovido ao grau de Tenente de Navio. No mesmo ano foi colocado na Direção de Saúde da Marinha, na Repartição de Medicina Preventiva como Oficial Supervisor do Programa de DTS/VIH/SIDA, da Seção de Prevenção da Repartição de Medicina Preventiva da Direção de Saúde da Marinha de Guerra Angolana. Em julho de 2024, promovido a Oficial Superior no grau de Capitão de Corveta.

Em setembro de 2021, a convite do Instituto Superior João Paulo-II (ISUP JP II) lecionou a disciplina de preparação de Estágio II no 4º ano de Serviço Social. No mesmo ano no âmbito da cooperação entre as duas Universidades, ingressa para o curso de Doutorado em Serviço Social, a ser concluído com êxito em 2025. Ainda, no Brasil, no período de 2024 à 2025, fez uma pós-graduação lato sensu em Assistência Social e Saúde Pública, pelo Instituto de Ciências Sociais e Humanas, em Valparaíso no Estado de Goiás. Ainda, nessa passagem brasileira oportunizou outros cursos técnico-profissionais tais como Gestão e mediação de conflitos, elaboração de projetos sociais e captação de recursos, pelo Instituto capacitar.

Entre as produções científicas, as mais relevantes destacam-se a obra: Serviço Social na saúde: avaliação da satisfação de utentes na Clínica da Marinha angolana em Luanda, com 2 edições; os capítulos de livros: Serviço Social em Angola: reflexões sobre experiências de estágio na educação; A pesquisa científica para a produção do conhecimento sobre o Serviço Social na saúde em Angola; A construção do trabalho do assistente social na saúde: a experiência de Luanda, Angola. Artigos publicados: Sistema de Saúde em Angola: contextualização, princípios e desafios (Revista Angolana de Ciências), Serviço Social em Angola: reflexões sobre experiências de estágio na educação (Revista CAMINE).

Atualmente, é docente colaborador da Universidade Católica de Angola, pelo Instituto Superior João Paulo II, UCAN, e orientador de discentes de Mestrado do curso de Serviço Social e Políticas Públicas no Programa de Pós-Graduação da mesma Universidade.

INTRODUÇÃO

Todo/a pesquisador/a que, durante o processo de investigação do seu tema, não ousa ir para cama pensando no seu tema, não dorme pensando no seu tema, não busca inspiração ancestral na madrugada de seus sonhos, não faz anotações de seus palpites cognitivos na calmaria da madrugada, não desperta pensando no seu tema, não tem tempo para entrar em suspensão cotidiana para laborar o seu tema, definitivamente, não tem atitude científica e muito menos inspiração para ser um exímio pesquisador.

Toda e qualquer sociedade só desenvolve se tiver, no planejamento da sua estrutura social, a pesquisa como prioridade. Pois, os resultados das pesquisas desenvolvidas subsidiam a ampliação e melhoria de políticas públicas qualitativas com impactando de forma positiva e significativa na vida da população e no consequente desenvolvimento do país. E não é um desenvolvimento qualquer, mas um desenvolvimento sustentável que salvasse e assegure de fato as gerações futuras.

Pesquisar é farejar oportunidades, não é só um movimento de inspiração, mas também de transpiração!

Angola, é um país que precisa da pesquisa. Um país marcado por profundas contradições históricas e sociais. No campo da saúde, apresenta desafios expressivos que se relacionam diretamente com as condições estruturais de desenvolvimento econômico, social e político. A sua trajetória recente evidencia tanto avanços, no processo de reconstrução nacional, quanto limites impostos por um modelo de sociedade permeado pela dependência capitalista e pela reprodução das expressões da questão social.

Nesse cenário, a política de saúde ocupa lugar estratégico, ao mesmo tempo torna espaço de materialização das desigualdades e das possibilidades de efetivação de direitos. É nesse contexto que se insere a presente tese, com o tema Serviço Social na política de saúde em Angola: competências e atribuições do trabalho do/a Assistente Social na saúde. Como parte da investigação no marco dos movimentos reflexivos sobre a contribuição da categoria profissional, visando sua afirmação e referência na saúde.

Tal perspectiva parte do reconhecimento de que a dimensão teórico-metodológica “lente” e o “chão” o espaço sócio-ocupacional na saúde, os quais constituem a essência da identidade profissional do/a assistente social. Dessa forma,

essa pesquisa visou analisar criticamente o contributo, ou o trabalho, do/a Assistente Social na política de saúde, identificando competências, atribuições e desafios, compreendendo-os como expressão das mediações que conformam o exercício profissional em sua totalidade.

A análise parte da compreensão de que os espaços sócio-ocupacionais da saúde em Angola estão imersos em contradições históricas que reproduzem desigualdades sociais e que exigem dos/as assistentes sociais um trabalho que atenta a perspectiva crítica e propositiva. Nesse sentido, a pesquisa teve como campo de pesquisa Direções de saúde e unidades hospitalares, onde trabalham os/as assistentes sociais, considerando suas experiências profissionais como sujeitos ativos cujas ações se estendem nos níveis comunitários, familiares e domiciliares, considerado como espaços privilegiados de intervenção e de expressão da política de saúde.

A investigação adota como referência o método do materialismo histórico-dialético, que possibilita apreender a totalidade social, ou seja, enquanto método é um recurso, uma filosofia, uma forma de interpretar a realidade concreta, um caminho que “propõe analisar os contextos históricos, as determinações socioeconômicas dos fenômenos, as relações sociais de produção e de dominação com a compreensão das representações sociais” (Minayo; Deslandes; Gomes, 2007, p.24). abstraindo dessa realidade influências, contradições, em um movimento que segue o curso da sua historicidade, para desvendar, compreender as determinações influentes quer do aqui e o agora e o devir nos processos que o Serviço Social atravessa na política de saúde e seus desafios no atual contexto. Entendendo que determinações neste contexto “são os elementos constituintes que compõem o objeto, elementos que se obtêm para concretizar a análise de um processo, eles se expressam como condição histórica e são resultados da ação prática dos homens” (Santos, 2010, p.18). Com isso, buscou-se não apenas analisar, mas problematizar as condições objetivas e subjetivas que configuram o trabalho dos/as Assistentes Sociais nesse campo.

É uma pesquisa que se abre a partir da apreensão da realidade dos espaços sócio-ocupacionais, onde os/as assistentes sociais trabalham. Trata-se de um desafio, tendo em conta que a política de saúde que incide sobre os angolanos é impregnada das mazelas das expressões da questão social, e diante desse cenário é necessário que o pesquisador não perca de vista as ações de acordo com a sua especificidade. E, sobretudo quando Iamamoto (2015, p. 56), reforça que “hoje um profissional com

domínio das particularidades da questão social, torna-se um recurso fundamental para a formulação de propostas de trabalho e para a ultrapassagem de um discurso genérico, que não dá conta das situações particulares”. Fundadas nas suas competências, tendo em conta as dimensões teórico-metodológica, ético-político e técnico-operativa, que também é investigativa e interventiva. Pois, é com este olhar que devemos perceber que estas dimensões,

[...] são indissociáveis no processo de leitura e compreensão da realidade e do fazer profissional [...] tendo as políticas sociais como meio necessário para a materialização do nosso trabalho, mas possuindo instrumentos e competências claramente vinculados á busca do resultado concreto do nosso trabalho: garantia de direitos sociais, e a minimização das expressões da questão social e não a mera execução da política social (Lopes, 2018, p. 27).

Neste sentido, a aproximação do pesquisador ao objeto de pesquisa “Serviço social na política de saúde” reside no fato de ser um Assistente Social na saúde com uma experiência profissional de 15 anos, inserido a nível das Forças Armadas Angolanas (FAA), a partir da Direção dos Serviços de Saúde do Estado Maior General (DSS/EMG/FAA), e entre as diversas Repartições que compõe essa Direção está a Repartição de Assistência Psicossocial, Geriatria e Cuidados Continuados (RAPGCC), que por intermédio da Repartição dos Recursos Humanos é responsável pela seleção de assistentes sociais que integram as Forças Armadas Angolanas (FAA), servindo assim para dar sustentabilidade aos Programas de Assistência Psicossocial à nível dos Ramos quer seja no Exército, na Força Aérea e na Marinha de Guerra Angolana.

Os/As Assistentes Sociais integrados na saúde das Forças Armadas Angolanas, têm como porta de entrada este Programa que, posteriormente, recruta e realiza a formação em termos de especialidade, e são distribuídos para os respectivos Ramos de acordo as necessidades. Atualmente as Forças Armadas Angolanas tem 29 (vinte e nove) assistentes sociais atuando na saúde, distribuídos em várias áreas tais como Direções de Saúde dos Ramos: Clínicas, Hospitais Centrais e Hospitais Regionais.

Durante a inserção dos/as assistentes sociais nas Unidades de colocação, são chamados para um processo de capacitação para responder as exigências dos Programas a nível das unidades e dar um posterior retorno por intermédio de relatórios mensais, trimestrais e anuais, sobre as ações profissionais desenvolvidas. As experiências indicam que os profissionais ora preparados para servir os efetivos

militares, trabalhadores civis e seus familiares, não davam conta dos objetivos pelos quais foram chamados, entrando assim em conflito entre o fazer profissional dentro das suas competências e atribuições delegadas pela entidade empregadora. Pelo que se ocupavam com tarefas rotineiras para o cumprimento de horários nos espaços sócio-ocupacionais, comprometendo assim o Programa.

Dessa forma, em 2012 houve a necessidade a nível da Repartição de Assistência Psicossocial, Geriatria e Cuidados Continuados da Direção dos Serviços de Saúde do Estado Maior General (DSS/EMG/FAA), em fazer uma redefinição das atribuições dos/as assistentes sociais que atuam na saúde das Forças Armadas Angolanas, dando origem a um documento denominado “Caderno de Atribuições dos Assistentes Sociais na Saúde das Forças Armadas Angolanas”.

Neste Caderno, encontra-se esquematizado as dimensões de atuação do/da assistente social tais como: Hospitalar, Comunitária, Pesquisa e Formação. Cada dimensão, acompanha as atribuições que são as atividades específicas dos/das assistentes sociais, para fazer face as demandas institucionais requisitadas institucionalmente e pelos/as utentes, entre elas: acolhimento dos/as utentes e famílias que acorrem nas unidades hospitalares, acompanhamento integrado do doente internado, seguimento dos doentes crónicos, como hipertensos, portador de VIH/Sida, diabetes, insuficiência renal entre outros. Pois, esta forma organizativa institucional para o pensar do fazer profissional, a nível das Forças Armadas Angolanas, é uma referência em que o pesquisador é parte integrante, e vislumbra objetivamente a busca de resultados concretos na garantia dos direitos, recuperação e restauração da saúde dos/as utentes.

Essa dinâmica, das Forças Armadas Angolanas não seguiu a conjuntura de outros assistentes sociais, que atuam em outros espaços sócio-ocupacionais públicos e privados a nível nacional. Enquanto pesquisador e Assistente Social, dialoga, partilha e participa em vários espaços de debates com assistentes sociais que atuam na saúde de Angola, e este debate foi ampliado ainda mais quando em 2022 registou-se a abertura de concurso público à luz do “Decreto conjunto nº 547/2022” (Angola, 2022). Ao abrigo do Decreto Presidencial nº102/11, em que contemplou pela primeira vez na história do país assistentes sociais. Onde assistentes sociais ora admitidos e uma vez colocados em vários espaços de atuação, constata-se uma grande dificuldade em decifrar as demandas dos/as utentes, bem como em dar respostas de forma substancial e direcionada, manifestando sempre a necessidade de se traçar as

diretrizes para atuação dos/as assistentes sociais na saúde de Angola, onde inclusive recebeu-se várias vezes ligações e solicitações para a partilha de alguma orientação e inclusive realizou-se um processo formativo.

Desse modo, fruto de uma experiência acumulada de natureza teórico-prática no campo da saúde, justifica-se a relevância da presente investigação como possibilidade de construção de propostas que contribuam para o delineamento de diretrizes de atuação profissional entre os/as assistentes sociais que atuam nesse setor. Tais diretrizes não se configuram como um receituário ou prontuário, mas como um instrumento que favoreça a aproximação crítica entre o “como fazer?” e “o que fazer?”, de modo a instigar a reflexão permanente sobre a teoria que orienta o trabalho profissional e a finalidade social a que esta se vincula, especialmente no que se refere à viabilização do acesso aos direitos sociais dos utentes.

Nessa perspectiva, torna-se pertinente retomar Iamamoto (2015), quando ressalta que:

[...] um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo (Iamamoto, 2015, p.20)

Nesta linha de pensamento, considerando o compromisso ético-político que a profissão assume no campo da saúde, especialmente no que se refere às competências e atribuições dos/das assistentes sociais, emerge o seguinte questionamento norteador: em uma profissão de natureza interventiva, investigativa, crítica e propositiva, como são os assistentes sociais na saúde, quais ações estão sendo efetivamente desenvolvidas nos serviços de saúde em Angola?

Desse modo Iamamoto (2009) referencia que,

[...] o exercício da profissão exige, portanto, um sujeito profissional que tem competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e atribuições profissionais. Requer ir além das rotinas institucionais para buscar apreender, no movimento da realidade, as tendências e possibilidades aí presentes, passíveis de serem apropriadas pelo profissional, desenvolvidas e transformadas em projetos de trabalho (Iamamoto, 2009, p.171).

Nesse sentido, a autora destaca que o/a assistente social, ao articular a leitura crítica da realidade às demandas concretas dos sujeitos sociais, assumem um papel central na formulação de um trabalho capaz de ultrapassar a mera execução

burocrática, orientando-se pela defesa de direitos e pela construção de alternativas emancipatórias.

É um desafio do pesquisador, nesse estudo, contribuir para o fortalecimento do trabalho profissional de assistentes sociais, uma vez que o Serviço Social de Angola está em construção e vai se refazendo, de acordo o contexto sócio-histórico, os interesses da correlação de forças que vincam a contratação e a atuação dos profissionais, frente as demandas que o cotidiano exige.

É um contexto que desafia pensar na necessidade de novas estratégias que favoreçam a valorização da política pública e, consubstancialmente, a satisfação dos/as utentes no processo de atenção à saúde (Caneca e Sarreta, 2021). É um processo que só terá êxito se a política de saúde for orientada com compromisso para o atendimento das reais necessidades de saúde da população. E para tal efeito,

Exige-se um profissional qualificado que reforce e amplie sua competência crítica; não só executiva, mas que pensa, analisa, pesquisa e decifra a realidade. Alimentando uma atitude investigativa, o exercício profissional cotidiano tem ampliado as possibilidades de vislumbrar novas alternativas na vida em sociedade. O novo perfil que se busca construir é de um profissional afinado com a análise dos processos sociais, tanto em suas dimensões macroscópicas quanto em suas manifestações cotidianas, um profissional criativo e inventivo (Iamamoto, 2007, p.49).

A autora faz compreender que a realidade em que os/as assistentes sociais atuam impõe vários desafios, pelo que urge a necessidade de refletir sobre a realidade de intervenção, que faça atuar de forma concreta e pontual diante de cada especificidade que demandam as/os utentes. Enquanto profissionais, frente às demandas do cotidiano exige um agir imediato, espontâneo, com toda ampliação imaginativa possível, para fazer face às necessidades da população angolana.

Por outro lado, também, é preciso compreender que para um profissional fazer a leitura crítica sobre a realidade, sua matéria-prima, dentro das suas competências e atribuições nos processos de trabalho, é fundamental o componente formativo-teórico-prático consistente, por parte das instituições de formação dos profissionais. Pois, dentro das disciplinas curriculares do processo formativo dos/das assistentes sociais na graduação, e que no final apresenta-se insuficiente, apesar do direcionamento dos formandos para uma visão, perspectiva de totalidade, na efetividade das políticas sociais é indispensável nos ajustarmos aos novos contextos, agregando conteúdos nas disciplinas com segmentos específicos ampliando para captação prévia da realidade concreta que se dá na imediaticidade dos vários espaços sócio-

ocupacionais olhando para o pensar do saber fazer na perspectiva crítica da realidade. Porém, a reflexão revela que no final apresenta-se insuficiente, apesar do direcionamento dos formandos para uma visão na perspectiva de totalidade, especialmente no processo de realização do estágio supervisionado, conforme reflexão de Caneca e Sarreta (2020); para a efetividade das políticas sociais é indispensável responder aos novos contextos, agregando conteúdos nas disciplinas com segmentos específicos.

Com a inserção dos estudantes nos campos de estágios da saúde e, posteriormente, como profissionais, encontra muita dificuldade para dar conta da dimensão técnico-operativa; e, além do mais, as disciplinas lecionadas relativas à saúde não tratam de questões específicas em relação ao Serviço Social na saúde, pelo que isso enfraquece a atuação de Assistentes Sociais na saúde, enquanto profissionais, trabalhadores contratados e assalariados.

Para Yamamoto (2015, p.56), “a pesquisa se afirma como uma dimensão integrante do exercício profissional, visto ser uma condição para se formular respostas capazes de se impulsionar a formulação de propostas profissionais que tenham efetividade na sua materialidade”. Neste quesito, há necessidade de um olhar para o exercício profissional que se expressa nos demais espaços sócio-ocupacionais dentro das suas competências, sendo elas extensivas para os demais assistentes sociais que trabalham nos mesmos espaços, tornando assim suas ações profissionais mais direcionadas, reafirmando a categoria no âmbito da saúde de Angola.

Na atualidade, a saúde como espaço de intervenção do/a assistente social no país, encontra-se em constante dinâmica, onde a especificidade da atuação profissional é relevante devido à complexidade que o processo saúde-doença apresenta. Pelo que é indispensável um processo organizativo da categoria profissional que vise um delineamento com diferentes olhares profissionais, mas com diretrizes de atuação que conduzam resultados concretos garantindo o acesso e ampliação plena dos direitos dos/as utentes, servindo como modelo da identidade profissional na saúde, tendo em vista a emancipação social dos sujeitos com quem se atua no processo de produção e reprodução da saúde.

Sendo assim, para o desenvolvimento da pesquisa, formulou-se a seguinte questão de partida: quais são as competências e atribuições do/a assistente social na saúde, diante das demandas institucionais e dos(as) utentes, ou seja, usuários/as da saúde? Fazendo nexos com essa pergunta formulada, foi pertinente a formulação dos

seguintes questionamentos, que serviram de suporte à pesquisa: Quais são as determinações sociohistórica que estão na gênese do Serviço Social e na sua atuação enquanto profissão na saúde em Angola? Quais são as determinações do cenário contemporâneo? Qual é o referencial teórico que orienta a atuação do/a Assistente Social na saúde?

Neste sentido, a pesquisa parte dos seguintes pressupostos:

- Diante do agravamento das expressões da questão social no cenário contemporâneo, a política de saúde no país apresenta desafios que clama a intervenção de assistentes sociais, devendo aprimorar para um trabalho profissional que potencialize a visão de totalidade e integralidade, e reafirme coletivamente o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população.

- A sistematização do trabalho profissional dos/as Assistentes Sociais na saúde de Angola, apresenta-se em construção e constitui-se em desafios para a categoria no enfrentamento das demandas institucionais e das necessidades da população;

Portanto, foi estabelecido como objetivo geral: analisar o trabalho do/a Assistente Social na política de saúde de Angola identificando as competências e atribuições profissionais; e, como objetivos específicos: caracterizar o perfil dos/as assistentes sociais que atuam na saúde de Angola; examinar o contexto sócio-histórico da inserção do serviço social na saúde em Angola; identificar as competências e as atribuições dos/as assistentes sociais que atuam na saúde de Angola; refletir o trabalho profissional na saúde nos espaços de atuação.

Para o alcance dos objetivos propostos, a pesquisa adota um percurso metodológico que reconhece toda produção de conhecimento voltada ao fortalecimento do processo interventivo do trabalho profissional necessita, necessariamente, de um caminho sustentado por procedimentos metodológicos que assegurem a sua validação científica. Nessa perspectiva, apresenta-se de forma explícita o percurso metodológico que orientou o presente estudo.

Para Minayo, Deslandes e Gomes (2007, p.14), a metodologia “é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade; o que inclui a teoria da abordagem – método, os instrumentos de operacionalização do conhecimento – técnica, e a criatividade do pesquisador – experiência, sensibilidade, capacidade pessoal”. Dessa forma, o Serviço Social serve-se da pesquisa social para construção do conhecimento e desvendar a compreensão sobre a realidade social. A profissão identifica-se com a perspectiva marxista, para a análise crítica da realidade social,

permitindo a sua compreensão e apreensão. Portanto, para a presente pesquisa fez-se recurso ao método de interpretação da realidade, o materialismo histórico-dialético que forneceu as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade estudada. “enquanto método, propõe a abordagem dialética, pois junta proposta de analisar os contextos históricos, as determinações socioeconômicas dos fenômenos, as relações sociais de produção e de dominação a compreensão das representações sociais”. (Minayo; Deslandes e Gomes, 2007, p.24).

É com esta forma de percepção que se apreendeu a realidade objetiva e subjetiva, possibilitando assim a compreensão do contexto, do movimento do trabalho dos/das Assistentes Sociais na saúde, as influências sofridas, as lutas de resistência, para que se alcançasse a configuração atual nesse espaço sócio-ocupacional e direcionar as perspectivas para melhoria da atuação dentro das competências e atribuições exigidas pelo cotidiano profissional.

Desse modo, esta via interpretativa permitiu uma análise crítica da realidade social, sua compreensão e apreensão da totalidade do fenômeno pesquisado. Essa perspectiva é compreendida por Monteiro (2016, p.120) como “a capacidade humana de apreensão do movimento contraditório da realidade social sob a perspectiva de totalidade (articulada e dinâmica), com base em análises concretas de situações concretas e diz respeito à posição do sujeito”. Ela expressa a interpretação viva da realidade, por intermédio da construção do cotidiano, do concreto, onde os sujeitos constroem suas relações no processo de produção e reprodução social, manifestadas pela historicidade, contrariedade e totalidade.

É uma perspectiva em movimento, por isso serve como fonte de apropriação do Serviço Social, quando sua abordagem remete atuar frente às manifestações da questão social. Sobretudo, afirma Martinelli (2006, p.12) “a nobreza de nosso ato profissional está em acolher aquela pessoa por inteira, em conhecer a sua história, em saber como chegou a esta situação e como é possível construir com ela formas de superação deste quadro”. A referida autora expressa de forma completa o significado dessa abordagem, na medida em que a profissão deve compreender a historicidade do contexto em que a realidade se manifesta, que influências a determinaram, para desvendar o que não está aparente e manifesto, conhecer a sua essência e ter a capacidade de transformá-la.

Em termos de abordagem, adota a quantitativa e qualitativa, que para Minayo (2007) “se complementa e amplia a compreensão da realidade social, não apenas do

ponto de vista da extensão dos problemas, mas dos sujeitos em relação às experiências com os serviços de saúde”. Estas duas abordagens apesar de se diferenciarem, em que a primeira se baseia em evidências estabelecendo relação com as variáveis e respostas numéricas para a compreensão do fenômeno em termos da sua extensão, a segunda está voltada para subjetividade, significações de forma interpretativa das relações sociais manifestas, opiniões, comportamentos, atitudes, experiências dos sujeitos dentro de uma ação lógica de atuação do cotidiano profissional, ambas buscam a compreensão e a interpretação da realidade de forma minuciosa.

E, para Gil (2009) “a quantitativa permite conhecer a extensão ou tamanho do objeto de estudo de maneira mais objetiva, e a qualitativa não se interessa pelo tamanho, se preocupa com os sentimentos, percepções e experiências dos sujeitos de pesquisa”. Por tanto apreender o trabalho profissional do/da assistente social na perspectiva de totalidade é fundamental esta abordagem. Por um lado, privilegia a interpretação objetiva, por intermédio de variáveis quantitativas que possibilitam fazer correlação do movimento das experiências do trabalho profissional, traduzidos em tabelas e gráficos dando uma leitura mais precisa e por outro lado busca apreender e dar significação a todas as subjetividades expressadas pelos sujeitos de pesquisa por intermédio das variáveis qualitativas.

Estas duas abordagens também são defendidas por Nakamura (2019, p. 27), ao afirmar que

[...] o materialismo dialético traz uma perspectiva crítica que aborda os aspectos objetivos: dados, quantidade, repetições (frequências). Como também a subjetividade: o que os sujeitos pensam, dizem, imaginam, dão vozes aos utentes, sobre a sua maneira de ver e interpretar sua realidade social aliada à sua prática profissional.

Assim, esta referência metodológica, foi o recurso utilizado para fundamentar à realidade que o pesquisador desafiou em pesquisar. Recorre a pesquisa bibliográfica, análise documental e de campo, permitindo ampliar a compreensão da temática, com informações a partir de obras já elaboradas. Em relação a pesquisa bibliográfica, é indispensável referenciar que parte do já elaborado, ou seja, para a nossa fundamentação teórica fez-se recurso a um conjunto de acervo bibliográfico, tais como livros, revistas, jornais impressos, virtuais e artigos científicos. Em relação a análise documental, recorreu-se a toda legislação necessária com conteúdo que

ajudou a compreender a nossa pesquisa, tais como: a Constituição da República de Angola, Decretos Presidenciais, lei da carreira dos/as trabalhadores Sociais entre outros.

A pesquisa de campo foi fundamental, visou captar os dados empíricos a partir da realidade em que os/as assistentes sociais atuam, expressando suas experiências resultantes do seu cotidiano profissional junto dos/as utentes, bem como as suas determinações que justificaram e justificam sua atuação nestes espaços.

A técnica de coleta de dados em campo foi o questionário semiestruturado, como explica Gil (2008, p. 121), “é a técnica de investigação composta por um conjunto de questões que são submetidas a pessoas com o propósito de obter informações sobre conhecimentos, crenças, sentimentos, valores interesses, expectativas, aspirações, temores, comportamento presente ou passado”. Desse modo, o questionário foi constituído por perguntas fechadas e abertas, oferecendo aos participantes a opção de responder, ou não, e a liberdade de expressar suas opiniões.

A seleção da amostra foi a não probabilística por acessibilidade ou por conveniência, segundo orienta Gil (2009, p. 94) é “aquela em que o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo”. A seleção da amostra adotou como critérios os/as assistentes sociais que atuam na saúde de Angola em diferentes unidades de saúde, a nível de Direções, quer a nível de unidades hospitalares acessando-os por intermédio do *google forms*, pela partilha do *link* de acesso no WhatsApp e Facebook, aproveitando assim a oportunidade do recurso a estas redes sociais facilitando o acesso rápido dos sujeitos de pesquisa.

Adota como critérios de inclusão: ser Assistente Social; atuar como profissional na saúde, seja em unidades hospitalares ou a nível de Direção de saúde de Angola, a participação livre e consciente, disponibilidade para participar do estudo e preenchimento do questionário; e como critérios de exclusão aqueles que mesmo sendo profissionais de saúde, mas que não são assistentes sociais, e os estagiários.

Em respeito aos princípios éticos da pesquisa com seres humanos, e do Serviço Social como profissão que defende valores e princípios fundamentados no respeito, dignidade e liberdade, antes da realização da pesquisa de campo, o projeto de pesquisa foi submetido para a autorização do Gabinete Provincial da Saúde, com uma carta de solicitação de autorização da pesquisa, que foi prontamente autorizada,

conforme Anexo 1. Após a autorização institucional, foi realizada a submissão no Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas (UNESP), o qual foi aprovado pelo Protocolo nº 6.557.739, conforme Anexo 2. Desse modo, o caminho percorrido atendeu aos seguintes critérios:

- a) Autorização do Gabinete Provincial da Saúde de Luanda, Angola;
- b) Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da FCHS da UNESP;
- c) Informação aos sujeitos participantes sobre a pesquisa e a preservação da identidade através do anonimato, participação voluntária e respeito pelas opiniões, crenças e expectativas;
- d) Esclarecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), permitindo sua participação livre e consciente, por intermédio da sua assinatura, conforme Apêndice 2.

A coleta de dados em campo foi realizada no período de dezembro de 2023 a março de 2024, e contou com o acompanhamento da orientadora, por meio de recurso online e presencial. Os dados coletados foram armazenados no Excel, onde foi dado o devido tratamento e análise dos resultados. Também a distribuição do questionário de forma presencial dando a possibilidade de acessar as/os participantes que não faziam recurso as redes sociais, tendo um contacto prévio, para o efeito nos seus espaços de atuação, tais como, unidades hospitalares de nível primário, secundário e terciários especializados. Portanto, para o presente estudo se teve acesso a 29 (vinte e nove) participantes, sujeitos de pesquisa.

Em relação a análise dos dados coletados, a análise de conteúdo foi uma das técnicas utilizadas, definida por Berelson (1979 apud Gil 2008, p.152) “uma técnica de investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações”. Trata-se de uma técnica que se adequa a pesquisa facilitando assim a organização, tratamento, interpretação para significação e validação dos dados coletados. E pelo fato de utilizar a abordagem quantitativa e qualitativa, a fim de estabelecer as relações entre as variáveis, configurou-se em gráficos e tabelas os dados expressos em números e as opiniões manifestas expressando suas experiências resultantes das perguntas abertas, dando significação por intermédio da categorização, codificação, tabulação dos dados.

Do ponto de vista estrutural, a pesquisa está constituída por três Capítulos. No Capítulo 1. Oportunizou-se a caracterização de Angola, enquanto espaço de campo da

pesquisa, bem como uma incursão sobre a Política de saúde que assiste os angolanos.

O Capítulo 2. centra propriamente na abordagem do objeto de estudo, realçando o Serviço Social na saúde, referenciando sua contextualização sócio-histórica, a saúde enquanto espaço de trabalho dos/as assistentes sociais, atribuições profissionais dos/as assistentes sociais na saúde. E no Capítulo 3. Remete as contribuições de assistentes Sociais na saúde fruto de experiências, trazendo o perfil profissional dos/as assistentes sociais que atuam na saúde, a inserção do Serviço Social na saúde, referências teóricas apropriativas para o trabalho concreto e a manifestação do trabalho do/a assistente social na saúde. E por último constam a Conclusão, as Referências, os apêndices e os anexos.

CAPÍTULO 1. ANGOLA, HISTÓRIA E SAÚDE

1.1. Caracterização de Angola

Angola é o locus material da presente pesquisa, daí um dos propósitos nesse capítulo é trazer a sua caracterização, suas contradições, potencialidades e belezas. É um país que se destaca no contexto entre as nações de África e com fortes laços de cooperação dos países com o restante do mundo, onde o Brasil ocupa um dos lugares cimeiros na cooperação desde 1975, ano da proclamação da independência de Angola e sendo o primeiro país a reconhecer a liberdade dos angolanos da opressão colonial.

Do ponto de vista geográfico, Angola é um país situado no continente africano, sendo a África segundo Sousa (2024) composta pelos seguintes 54 países: África do Sul, Angola, Argélia, Benim, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Chade, Costa do Marfim, Djibouti, Egito, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné-Conacri, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Madagascar, Cabo Verde, Ilhas Comores, São Tomé e Príncipe, Ilhas Seychelles, Lesoto, Libéria, Líbia, Malawi, Mali, Marrocos, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo-Kinshasa, República do Congo-Brazzaville, República de Maurício, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Somália, Eswatini, Sudão- Cartum, Sudão do Sul-Juba, Tanzânia, Togo, Tunísia, Uganda, Zâmbia, Zimbábue.

A África é o terceiro continente mais extenso, depois da Ásia e da América e o segundo continente mais populoso da terra depois da Ásia, ocupa uma extensão territorial de 30 milhões de quilómetros quadrados. É um continente mítico e com uma diversidade multicultural, multiétnica, política e económica. Suas independências datam desde 1847, sendo a Libéria o primeiro país independente e o último a Eritreia em 1993. Portanto, faz fronteira com os seguintes países africanos: a norte pela República Democrática do Congo, a leste pela Zâmbia, a sul pela Namíbia e a Oeste pelo Oceano Atlântico. Como ilustra o nosso mapa de Angola.



Fonte: <https://WWW.facebook.com/photo.php?fbid=894028146085778&id=100064358010868&set=a443966591091938>

Até o primeiro semestre de 2024, Angola compreendia territorialmente 18 províncias, mas no segundo semestre do mesmo ano, sofreu alteração na sua configuração geográfica, passando para 21 províncias (que no contexto brasileiro denominam-se Estados), com 326 municípios e 378 comunas, de acordo a Lei n.º 14/24, 5 de setembro de 2024, lei da Divisão Político-Administrativa (DPA), revogando assim a lei anterior lei n.º 18/16, de 17 de outubro.

Lançando-se assim mais um desafio político administrativo após 50 anos de independência e 23 anos de paz e reconciliação nacional. Angola possui uma extensão territorial de 1.246.700 km², é um país que do ponto de vista climático possui duas estações uma seca ou inverno que tem início no mês de maio á setembro e o segundo período que é a época chuvosa ou verão que começa no mês de outubro ao

mês de abril. Tem como capital Luanda, fundada a 25 de janeiro de 1576 pelo português explorador Paulo Dias de Novais.

Em relação a flora, de acordo o primeiro relatório nacional para conferência das partes da convenção da diversidade biológica (2006, p.20), aponta que em Angola podem ser distinguidos pelo menos 30 tipos de vegetação. Entre as florestas destacam-se florestas de tipo:

Abertas - encontradas nos pontos mais alto da província da Huila; bosques secos e decíduos com mosaicos de savana e estepe- na província do Kwanza-norte; floresta húmida de nevoeiro sempre-verde encontrada na zona do Alto Maiombe e a floresta húmida; semi-decídua de baixa altitude-situada entre Buco Zau se estendendo até ao rio Luango, na província de Cabinda; floresta húmida de nevoeiros mesoplanáltica- este tipo de floresta encontra-se no sul do rio Zaire estende-se desde as serras de Canda a Mucana, província do Uíge; floresta seca, densa, sempre verde em areais podemos encontrar no leste de Angola Moxico. Uma parte da província do Huambo e em algumas áreas dispersas da Lunda, Huila, Malange, e Menongue; floresta húmida de nevoeiros mesoplanáltica e submontana ocupa pequeno retalho da zona sul do planalto central nas províncias do Huambo, Benguela e Huila; Floresta densa, ribeirinha em aluviões, bosque e savana- estende-se ao norte da províncias do Uíge, de Malanje, e da Lunda; Floresta mista em terra firme, palustre e savana de sub-litorais- ocupa uma parte triangular na província do zaire entre Soyo e pedra do feitiço e o vértice do Ambrizete; Mosaico de savanas herbosas ou arbustos, bosques ou floresta densa, seca- ocupa uma extensa área do território angolano, na direção sul, em sentido leste da província do Cuando-Cubango, entre Mavinga e Caiundo, na região central da zona sul entre Caiundo, longa e Cuíto-Cuanavale; Mosaico de savanas arbustiva, bosques secos, semidecíduos- ocupam o sudeste e no extremo sul do país, respetivamente nas áreas de Cuangar, Calai e Dirico; Formações de estepe, sub-litorais, arbustivas e herbosas- estende-se na direção norte-sul, desde o Sumbe, até alcançar o rio Cunene; formações de estepes literais, ralas, descontínuas, de ciclo vegetal efémero-ocupa paralelamente o litoral desde um pouco a norte de lucira até Namibe e alargando depois para o sul até encontrar o Cunene (Angola, 2006, p.20).

A flora em Angola, especialmente as florestas, ocupam um dos setores de exploração e com um forte interesse competitivo a nível dos investimentos empresariais, quer nacionais e internacionais, pois constitui um dos setores para o desenvolvimento sustentável do país. A floresta do Maiombe é uma das maiores florestas tropicais do mundo, conhecida como o “Segundo Pulmão do Planeta”, ou seja, a segunda maior do mundo, e está localizada principalmente na província de Cabinda.

De acordo os dados de 2020, pelo menos “128 empresas tencionavam fazer exploração de madeira em todo o país, mas apenas 116 concretizaram o desejo” (Angola, 2021). Apesar de haver uma forte atração em termos de exploração de madeira, Angola não possui indústrias de transformação de madeira que possibilita tal

sustentabilidade, pelo que vários produtos pré-fabricados têm sido de origem chinesa, portuguesa, turca entre outros, com uma produção nacional de menor escala.

Por outra, com uma flora rica e densa, com a promoção de uma medicina alternativa em vigor no presente contexto angolano, as plantas medicinais estão servindo também de ponto de atração para os especialistas na medicina alternativa ou tradicional, a maioria das plantas que compõem o acervo terapêutico dos especialistas é extraído da nossa natureza.

Em relação a fauna, de acordo o relatório acima já referido, encontram-se em Angola 275 espécies de grupos de animais mamíferos registados entre estes estão a palanca negra gigante (uma das espécies raras a nível do mundo que só se encontra em Angola), elefantes, rinocerontes, gulungos, guelengue, cabras de leque, hipopótamos, songus etc, e 900 ovifaunas catalogadas. Como estratégia de preservar estas espécies, o país possui alguns espaços denominados parques, tais como: parque nacional da Kissama localizado na província do Bengo, o parque nacional da cangandala localizado na província de Malange, o parque nacional do Bicuar localizado na província da Huila, parque nacional do Yona na província do Namibe, parque nacional da Mupa localizado na província do Cunene e o parque regional de Chimalavera localizado na província de Benguela.

É importante referenciar que, apesar da existência destes espaços, há necessidade de ampliação da proteção, por conta da caça furtiva ilegal que tem se registado a níveis assustadores, capazes de colocarem as espécies em via de extinção. Com relação aos recursos minerais, além de Angola ser proprietária de terras aráveis para agricultura, o seu solo e subsolo é rico em recursos minerais de Cabinda ao Cunene. De acordo a revista forbes África lusófona (2023), “Angola ocupa o 4º lugar na lista dos 10 países produtores de minerais mais ricos do continente africano, com uma produção de anual de 32,04 bilhões de dólares, compondo assim o top três os países como Africa do Sul, Nigéria e Argélia”.

Atualmente Angola possui “36 dos 51 minerais mais procurados no mundo. Entre os quais destacam-se os seguintes: petróleo, gás natural, diamantes, fosfatos, substâncias betuminosas, ferro, cobre, magnésio, ouro, crómio, cobalto, cobre, grafite, minério de ferro, chumbo, lítio, manganês, neodímio, praseodímio, níquel, prata, titânio, zinco e rochas ornamentais” (Angola, 2023).

Entre os minerais, o petróleo é o que mais contribui com o maior volume de receitas para o Orçamento Geral do Estado ou melhor dizer Angola é um país que

depende essencialmente do petróleo. De acordo Rodrigues (2013, p.7) “o setor petrolífero representa 57% do PIB angolano, 80% das receitas, e 97% das exportações. Neste período Angola produziu cerca de 1.7 milhões de barris de petróleo por dia, sendo o número 2 em África, no que concerne à produção de petróleo. O Setor diamantífero contribui com 3% do PIB”. Por sua vez, os dados da Agência Nacional de Petróleo, Gás e Biocombustíveis de Angola (ANPG, 2025) apontam que “em 2024, a extração e refinação do petróleo e gás natural representou 31,8% do PIB angolano, até junho de 2025 produziu 1,2 milhões de barris por dia, estando em terceiro no ranking entre os maiores produtores de petróleo em África”.

Como pode-se observar, além de existir uma dependência quase que exclusiva no setor petrolífero, a situação não é abonatória comparando com os dados a cima referenciados, pelo que é necessário e urgente que se alavanque de facto a diversificação da economia de forma séria e comprometida sob pena de se prejudicar drasticamente as gerações futuras e estando assim apenas no sonho o desenvolvimento sustentável.

Em relação aos recursos hídricos, a mãe natureza nos abençoou com bacias hidrográficas riquíssimas, pois constitui um dos sectores que tem possibilitado a produção de energia elétrica, que serve de mola impulsadora para o sector industrial, alavancar a economia, atração de investidores, pontos de acesso para o turismo, bem como a promoção da saúde das populações com o acesso a água potável. Angola tem um total de “6.152 rios que formam as 47 bacias hidrográficas do país. Constitui o leque de províncias mais bem servidas em recursos hídricos, o Bié, Huambo, cuanza Norte, Cuanza-Sul, Uíge, Luanda, Malanje, Moxico e Cuando Cubango” (Angola, 2024).

Neste conjunto de rede hidrográfica de Angola, temos quatro principais grandes rios tais como “o Kwanza que nasce na província do Bié – centro sul de Angola e se estende até Luanda – no litoral do país, tornando-se em importantes benefícios das populações, o mesmo rio é de suma importância que dá o nome da nossa moeda nacional; o rio Kubango que nasce na província do Huambo, o rio Cunene que nasce na província do Huambo respetivamente e o rio Zaire que nasce na república do Congo.

O potencial hídrico de Angola escoado ronda anualmente os 171 milímetros, correspondente a 250 quilómetros cúbicos de volume médio de água, mas estima-se que o país explore apenas 5% da totalidade para o desenvolvimento socioeconómico

de Angola” (iden, 2023). Segundo Silva (2014, p.10), o país tem as seguintes principais barragens e rios:

Capanda, no rio Kwanza, Província de Malanje; Cambambe e Laúca, no rio Kwanza, Província do Kwanza-Norte; Matala, no rio Cunene, província da Huila; Biópio e Lomaum, no rio Catumbela, província de Benguela; Mabubas, no rio Dande, província do Bengo; Luachimo, no rio Luachimo, na província da Lunda Norte; Gove, no rio Cunene, Província do Huambo. Lomaum rio Catumbela, província de Benguela e Matala rio Cunene, província da Huila (Silva, 2014, p.10).

Como se pode verificar, Angola constitui-se em uma grande potência hídrica, e ainda compartilha algumas bacias de renome internacional ou fronteiriças, como é o caso da Namíbia, Zâmbia, Congo e Botsuana e que cuja as relações diplomáticas com estes países têm sido muito salutar. Não basta ter estas bacias à nossa disposição, pois a Organização das Nações Unidas recomenda que pelo menos 110 litro de água deverá por dia beneficiar uma pessoa, num estudo realizado pela mesma organização publicado em 2006, num período correspondido entre 1982 á 2002, apenas 1 (um) angolano beneficiava 30 litros de água por dia. Considera-se assim uma quantidade muito reduzida, apesar de não registar dados recentes para compararmos ao período atual. Cerca de 44% a 58% da população não tem acesso a água potável, o que representa milhões de pessoas, especialmente nas áreas rurais, onde o acesso a sistemas de água canalizada é mais difícil. Este problema contribui para a propagação de doenças e é uma das principais causas de mortalidade infantil no país.

Em relação ao saneamento básico é bastante precário, sobretudo, quando oportuniza doenças, tais como a cólera, doenças diarreicas agudas, febre tifoide entre outras. Pois, a falta de tratamento para o direcionamento das águas fluviais, a falta de uma rede de esgotos adequada e a devida manutenção regular, a falta de uma política séria para a recolha e tratamento de resíduos sólidos, bem como a falta de um ordenamento territorial dentro de um plano de construção dirigida, se constituem em fatores fundamentais para o agravamento destas doenças.

De acordo Silva (2020), apenas “três em cada dez angolanos têm água canalizada no interior das suas residências. Por sua vez, regista-se uma taxa de acesso de 60%”. Pelo que se considera um grande número de população sem água canalizada e sem acesso a água potável e essa situação agrava-se mais ainda quando as populações, tanto na periferia como na zona rural recorrem em fontes de água inadequadas para o consumo recorrendo como lagoas, poços fluviais com todas condições higiénicas favoráveis as doenças correntes e grandes endemias. Nas

zonas urbanas, ainda assiste-se muitas populações recorrendo em cisternas de água para o consumo doméstico e outras necessidades.

Portanto, é indispensável que a população em conjunto com a vontade política, seja beneficiada por intermédio do fornecimento de água potável para todos, um saneamento básico saudável para que possa de fato ter impacto na vida das populações.

Do ponto de vista turístico, Angola reserva uma grande riqueza na área do turismo, com os pontos de atração desde Luanda, a capital, encontramos a Ilha de Luanda, considerada como o cartão postal de Luanda aquém tem a capital como espaço de eleição em termos de visita; é considerada como uma fonte de renda, por atrair vários turistas de todos os pontos do mundo, espaço super acolhedor, com uma configuração comercial desde os restaurantes, hotéis, um mar com uma vista maravilhosa e com espaços bem definidos para os banhistas partilhando assim o bom ambiente. A Ilha do mussulo, é um dos pontos turísticos considerado de elite, para lá chegar é pela via marítima com uma chata, lancha, barco, além de ter um espaço reservado com praias atrativas, também encontramos infraestruturas desde vivendas, restaurantes hotéis e uma população nativa que fazem dessa ilha como um espaço de sobrevivência.

Luanda tem a Marginal, reabilitada em 2018 é uma parte da avenida que fica na baixa de Luanda, nas imediações entre o porto de Luanda e a ilha de Luanda, com um ornamento construído com o propósito de atrair os turistas, e também local de passeio para quem quer conhecer a baixa de Luanda, com uma vista que reflete o azul do mar, durante a noite a vista reluzente e as luzes das lâmpadas dos edifícios a redor refletidas no mar dá uma impressão paradisíaca sensacional.

O Museu da moeda, construído em 2016 reservado como fonte histórica da nossa moeda, também tem servido de ponto de atração de visitas, de pesquisas e de informação, bem como local de eleição de visitas de escolas dentro dos programas extra curriculares. Fortaleza de São Miguel, situado na marginal de Luanda, próximo ao shopping Fortaleza, encontra-se em uma elevação montanhosa, cujo seu alcance requer passar pelas escadas, no seu topo dá uma vista enorme entre a marginal e a ilha de Luanda, encontra-se também na fortaleza o museu Nacional de História Militar. Miradouro da lua, este espaço foi criado por intermédio da erosão das chuvas e vento, é um ponto de atração pela vista lunar. E, o Parque Nacional da kissama, espaço para fazer safari e também podemos observar animais de várias espécies. As praias

de cabo ledó e sangano, localizada a sul de Luanda, são dois espaços extremamente populares, com praias incríveis e tem servido como ponto de atração de muitos cidadãos estrangeiros e espaço privilegiado para o passar de um final de semana.

Em Malanje encontramos as Quedas de Kalandula, considerada um dos pontos mais atrativos da província, com uma impressionante paisagem, composta por uma cascata onde a queda da água dá o ar da sua graça transbordando um rico oxigénio entre as pedras montanhosas e o seu curso normal, com a magia do pôr do sol refletir o desenho natural do arco íris sobre a água. Tem também as Quedas de Musseleje, com uma dimensão menor e é menos explorada, proporciona um bom mergulho aos banhistas. Na região, destaca as Pedras Negras de Pungo Andongo, composta por rochas e que se assemelham aos animais. O Parque Nacional das Palancas Negras protege a Palanca Negra Gigante, um símbolo de Angola e está em risco de extinção. É também o símbolo da nossa seleção nacional de futebol.

Em Benguela, considera-se o centro das melhores praias de Angola, encontramos, a restinga, localizada no município do Lobito espaço atrativo, limpo e com uma areia densa, e cuja água do mar apresenta uma temperatura quente e à disposição dos banhistas. A baía azul ou praia azul, é considerada pela maioria da população como a melhor de Benguela, apresenta um ambiente tranquilo, limpo, e água do mar reflete um azul puro; a Praia da Baía Farta, é um espaço propício para pesca, abunda um cardume de várias espécies, pelo que oferece um reflexo de águas cristalinas.

Na Huíla, encontramos a Fenda da Tundavala, onde se faz presente uma estrutura arquitetónica natural com uma elevação montanhosa. A zona montanhosa atinge 1200 metros, considerada como uma das grandes maravilhas de Angola. A Serra da Leba, é onde encontra-se localizada a estrada espiralada, onde os condutores consideram uma aventura, pois para passar nesta estrada requer muita prudência, não é fácil percorrer 56 curvas com este formato. O Miradouro do Cristo Rei, localiza-se a sul da cidade do Lubango capital da província da Huíla, foi construído em 1957, durante o período colonial português e constitui-se um dos pontos de atração turística a nível da província. É uma estátua, considerada monumento histórico, que representa a figura de Jesus Cristo, com os braços abertos, demonstrando o acolhimento, a simpatia, a compaixão da figura cristã, a semelhança ao Cristo Rei no Brasil situado no Estado do Rio de Janeiro.

No Namibe, encontramos o deserto com o mesmo nome, cuja sua extensão vai desde o sul de Angola ao sul da Namíbia, um país vizinho. Para explorar este espaço é necessário equipamento adequado, trata-se de um terreno arenoso e é neste deserto onde se encontra a planta mais rara do mundo, a famosa *Welwitschia Mirabilis*, conhecida também como polvo do deserto e um dos símbolos do país, e pela sua beleza rara, segue a imagem.

Imagem: *Welwitschia mirabilis*, deserto do Namibe, Angola.



O Kwanza-sul é considerado como um dos pontos turísticos de Angola, onde encontramos os seguintes espaços: Fortaleza da Kibala, é uma fortaleza militar importante nesta região, onde encontram-se as escritas da primeira revolução feita naquela região em 1917. As cachoeiras do Binga, localiza-se no município da Conda, constitui-se um dos principais pontos de referência do turismo em Angola. Com uma correnteza impressionante, cuja cascata desenha a queda da água seguindo o seu curso normal, em uma área densa arborizada, onde o oxigênio puro dá o ar da sua graça.

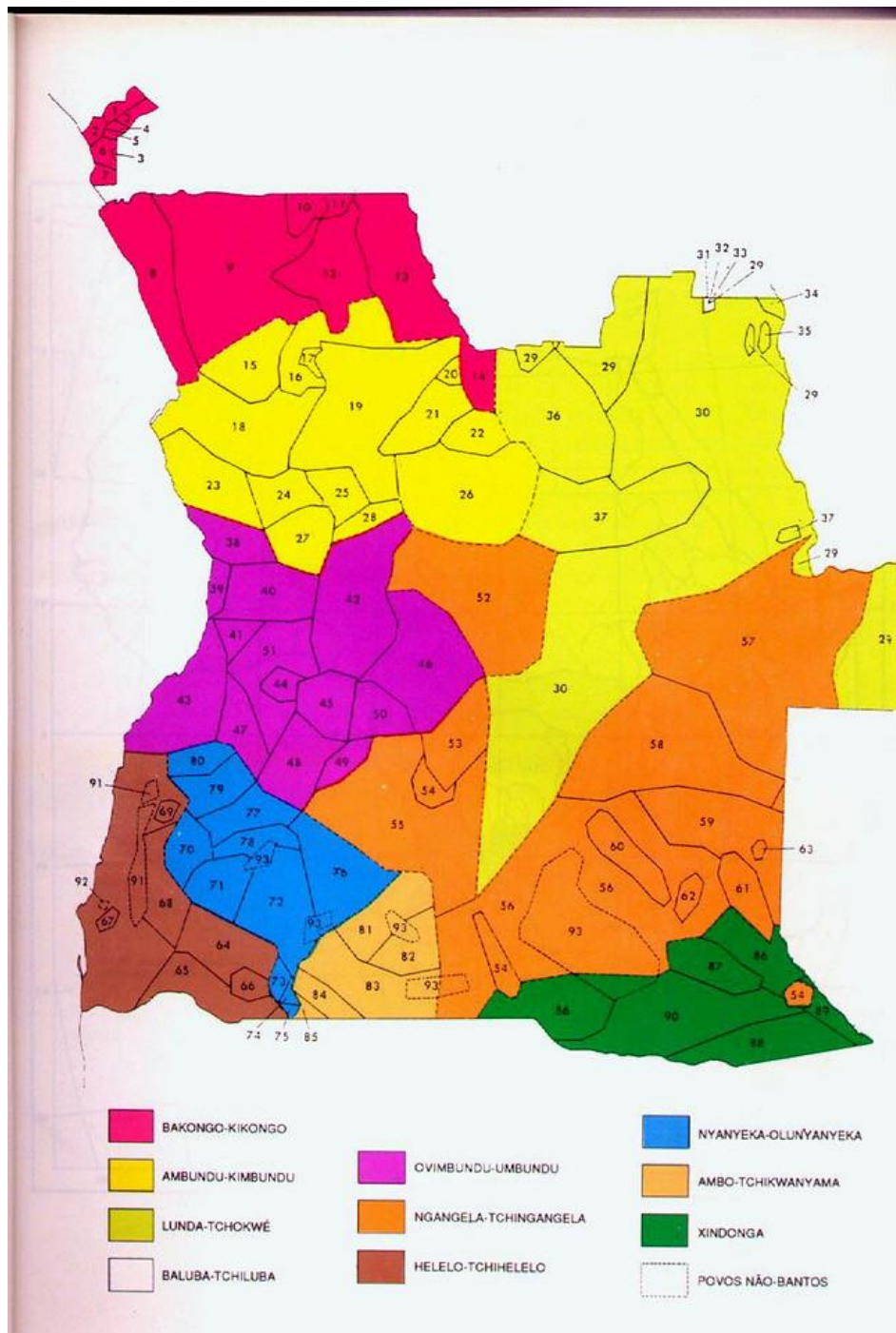
O Zaire, é uma das províncias que faz fronteira com a República Democrática do Congo, Angola teve na sua aura representativa a esta província especificamente em Mbaza Congo sua capital, onde com muito orgulho e esforço conseguiu-se elevar a patrimônio mundial pela sua história africana e suas riquezas o Centro Histórico de

Mbanza Congo, constituído por vários emblemas, como as ruínas de Kulumbimbi, o lugar dos antepassados, sagrado e central para a identidade do povo Kongo, que contrasta das narrativas colonial portuguesa em África. A árvore Yala Nkuvu, sagrada e secular, que representa a lei, a ordem e a ancestralidade do povo Bakongo. Sua importância reside no fato de ser o local onde os julgamentos e os assuntos importantes do reino eram realizados sob a sua sombra, demonstra o seu poder e a forte ligação com os ancestrais.

Como pode-se observar, Angola é um país riquíssimo para o fomento do turismo local, nacional e internacional. Apesar de alguns pequenos esforços que tem se feito para alavancar o turismo e transformá-lo em fontes de receitas, precisa-se ainda de um grande investimento. É um setor ainda adormecido e o campo é bastante fértil e apesar de sermos detentores de vários recursos o turismo a par da agricultura são fatores relevantes para o desenvolvimento sustentável que todos desejam alcançar.

Do ponto de vista cultural, Angola é considerado como um mosaico cultural, pela sua vasta riqueza desde a diversidade étnica, hábitos e costumes, suas tradições, danças, canções e artefactos, e não obstante a penetração portuguesa que provocou uma agressão na cultura angolana, mas a cultura continua presente e preservada apesar de haver uma dinâmica e assimilação cultural muito forte própria dos novos tempos da cosmovisão da era tecnológica.

Imagem: Mapa de Grupos Étnicos de Angola



Fonte: <https://www.diamang.com/A-Lunda/Mapas/i-93QMtvj>

Os povos que atualmente ocupam a maior parte do território de Angola, não são os originários, trata-se de uma história semelhante ao povo índio no Brasil, os primeiros habitantes em Angola foram os Kohisan, que também têm a denominação de kamussequeles, que foram invadidos pelo povo Bantu maior espaço sociocultural de Angola. O povo Bantu oriundo das margens entre os Camarões e Nigéria, no século VI, invadiram os Kamussequeles, e esses atendendo a sua forma de vida como nômadas e dependendo exclusivamente dos frutos da natureza, tinham como

atividades para sua sobrevivência a coleta de frutos silvestres, tubérculos e a caça de antílopes ou animais de grande e pequeno porte. Em relação aos Bantu, já tinham uma forma de sobrevivência avançada, pelo que já dominavam o cultivo da terra como reforça Tavares (2018, p.85)

Os Khoisan eram povos nómadas caçadores, que utilizavam a azagaia e alguns instrumentos de caça, mas desconheciam praticamente a agricultura e consequentemente os instrumentos agrícolas. Todos os povos Bantu de Angola sabiam trabalhar o ferro, produzindo enxadas, pontas de lanças, etc., e a produção artesanal era já bem desenvolvida. Apesar de apresentarem diferentes graus de dedicação, estes povos distinguem-se como agricultores (no Norte), pastores (no Sul), agricultores e pastores (no Centro) (Tavares, 2018, p.85).

De acordo o autor, nesta época já havia divisão social do trabalho, como sendo a base de existência do Serviço Social como profissão especializada, onde “a agricultura era praticada por homens e mulheres, mas as mulheres executavam o trabalho principal. Os homens faziam o desmatamento e lavravam pela primeira vez os terrenos, mas eram as mulheres que cultivavam e colhiam durante todo o resto do ano, para além da responsabilidade de cuidarem do lar e dos filhos”. Com esta invasão dos Bantu sob o território dos Khoisan, estes começaram a ter destinos incertos por conta do nomadismo e dependência pela natureza.

Dessa forma, Redinha (1974, p. 8), autor de referência angolano sobre a etnografia de Angola, apresenta a distribuição étnica do país organizada em três espaços socioculturais principais. O primeiro, *Khoisan* ou *Hotentotes*, inclui os grupos Mucuancalas e Kamussequeles, também conhecidos como *Bosquimanes* amarelos. O segundo, *Vatwa* ou *Pré-Bantu*, é composto pelos grupos Cuissis e Cuepes. Por fim, o espaço *Bantu* compreende os grupos Kikongo, Ambundu, Lunda-Tshokwe, Ovimbundu, Ngangela, Nhaneka-Humbe, Ambo, Herero e Xindonga.

Estes três espaços socioculturais, constituem aquilo que vão compor o mosaico cultural de Angola; referenciar que o espaço Bantu, ocupa toda hegemonia em Angola e aliás constituem a maior parte da população angolana. Os Kohisan, pelas características adaptativas da natureza e pelo seu modo de vida vão entrando em via de extinção, sua organização grupal dispõe apenas de um líder que vai orientando o grupo seguindo de selva em selva para encontrarem um espaço onde possam abrigar-se e explorarem de forma sazonal. Uma das diferenças entre este grupo e os Bantu é que estes são monogâmicos, ou seja, entre eles um homem só pode tomar uma parceira para ser sua esposa, enquanto entre os Bantu existe também a poligamia,

onde um homem pode tomar várias parceiras como suas esposas por intermédio do alambamento, considerado como um tipo de casamento tradicional típico deste espaço sociocultural. Os Khoisan, do ponto de vista físico possuem características muito particulares, sendo eles amarelados no tom da pele, cabelos encaracolados idênticos aos grãos de pimenta, com uma altura de um metro e cinquenta, sua indumentária é feita por cascas de árvores e algumas cordas para o ajuste no corpo. O Vatwa ou Pre-Bantu, este grupo podemos localizá-los no deserto do Namibe, dependem fundamentalmente da caça de antílopes e dedica-se na criação de gado e uma agricultura de pequena escala. É considerado um grupo extremamente primário.

Em relação ao espaço do Bantu, como podemos observar, é constituído por um número de grupos etnolinguísticos maior, compõem a maior parte da população que habita atualmente no território angolano, distribuídos entre as 21 províncias que constituem o país. Pela sua vasta evolução em relação aos outros grupos é o grupo de dominação e que se insere e se transforma dentro do tecido social angolano, ou seja, sem a existência atual dos Bantu em Angola, pode-se considerar um território vazio.

É considerado como um dos grupos mais evoluídos, com a siderurgia, produz seus utensílios e instrumentos para a prática da agricultura e criação de animais, com a produção de carne e leite. Uma das características dos grupos que compõe o espaço Bantu é que cada região fala a sua língua, pois a título de exemplo o pesquisador pertence ao grupo etnolinguístico Ovimbundu e sua língua é o Umbundo. Da mesma forma, o grupo Bakongo, fala o Kikongo e o Ambundu fala o kimbundu, entre outros ainda há variações de línguas oriundas destas citadas anteriormente, o que constitui uma grande riqueza cultural em Angola.

Ainda, entre os Bantu o poder político e administrativo é centrado a um rei de forma monárquica, confiado por intermédio de uma linhagem matrilinear, ou seja, a descendência da mulher é que contava, os tios maternos detinham toda influencia e autoridade sobre os seus sobrinhos anulando assim a influência do pai biológico sobre os filhos. Daí que só os tios maternos é que tinham a prerrogativa de venderem os seus sobrinhos como escravos e por outra em relação a herança, quando o tio morresse os herdeiros legítimos não são os filhos, mas sim os sobrinhos da parte materna, pois assim entendia-se que o irmão da mãe tem a certeza que o filho é mesmo da sua irmã e já o filho do irmão não há certeza que é seu filho.

Esta situação atualmente acarreta sérios problemas em relação a herança familiar, por conta da influência do direito positivo que coloca como herdeiros primários e legítimos os filhos e não os sobrinhos, e pelo facto da linhagem ser alterada pelo patriarcado, onde o pai biológico é que detém toda influência e autoridade sobre os filhos biológicos e sendo o pai o provedor e chefe da família. As músicas, muitas delas são cantadas em língua nacionais como forma de promovê-las, as danças como a tchianda, a cabetula, cabecinha, o semba, a rebita, a kizomba, o kuduro fazem parte da nossa identidade cultural.

A gastronomia, o funge, o mufete, a kanjika, fazem parte da rica gastronomia de Angola. Ainda, se destaca os rituais de iniciação, que é uma manifestação cultural entre os Bantu, fazendo parte o efiko e o ekwenje (são escolas tradicionais vocacionadas para o ritual de iniciação feminina e masculino, que consiste na preparação do homem e da mulher para a sociedade, quer no cuidado da sua prole, em termos de segurança, afeto, para a gestão de seus futuros lares como mulher e como marido e é neste espaço onde os rapazes são circuncisados e recebem treinamento de como deve tratar a mulher e a mulher por sua vez o seu futuro marido) ainda em vigor em algumas zonas do sul e do leste.

De acordo Zau (2002, p.41) existiam em Angola os seguintes reinos: “Reino do Kongo (séc. XIII a XV), Reinos de Matamba e Ndongo (séc. XVI a XVII), Reino da Kissama (séc. XVI a XVII); Reinos do Planalto (séc. XVI a XVIII), Reino de Cassange (séc. XVI a XVII), Reinos da Lunda Tchokwe (séc. XVI a XIX), Reino do sudoeste (séc. XVI a XVII)”.

Por esta forma de organização político-administrativa, Angola não é considerada até nos dias de hoje uma nação, mas sim uma “nação em construção”. Estas divisões territoriais entre reinos, criaram condições para uma luta de hegemonia de cada reino, pois a luta entre os reis na conquista de mais territórios e dominação foi uma das fraquezas de ataque durante a penetração portuguesa. Cada reino, dispunha de uma independência administrativa, onde as trocas comerciais se faziam sentir, em que a permuta era a principal forma de negociação.

Em 1482, ano da penetração portuguesa em Angola, pela foz do rio Zaire reino do Congo, com uma caravana comandada pelo Diogo cão, aí começaram os primeiros contatos para a tão efetivada missão, dolorosa, desumana, sangrenta e mortífera do tráfico de escravo negreiro. De acordo Pantoja (2000, p.57) “O primeiro contacto entre o representante do reino português e os povos nativos ocorreu no reino do Kongo.

Esse reino era forte e estruturado, contando com a presença de milhares de habitantes”. Para sua inserção, integração e invasão dos territórios de Angola, os portugueses fizeram recurso aos missionários católicos, destruindo assim a crença dos angolanos, uma vez que sua religiosidade era o domínio da natureza onde o animismo ocupava a religião dos reinos.

Assim, os angolanos tinham que se converterem ao catolicismo como uma religião dominante, criando assim condições para sua expansão aos demais reinos. Desse modo, Nzinga-Nkuvu, o rei do Congo, sob influência portuguesa e cristã é batizado com o nome de Don João I, este por sua vez “influenciou outros soberanos e a população em geral para se converterem ao catolicismo e adotarem nomes portugueses, permitiu a prática de envio da mão -de- obra congoleza para as ilhas do Atlântico (São Tomé e Príncipe, Madeira e Lisboa)” (ANPH-BA, 2016, p.6).

Dada a invasão dos reinos pelos portugueses sob o apoio mercantil dos reis, por intermédio da apreensão dos angolanos eram destinados aos portos principais de Luanda e Benguela e enviados no Brasil, na então colônia portuguesa na América. Dessa forma “o comércio negreiro não apenas propagou-se em toda a região do Congo, como também nos reinos limítrofes: Ndongo, Matamba, Kassange, Lunda e Kissama, emergindo uma nova classe social dedicada exclusivamente ao comércio e tráfico de escravos” (idem, p.7).

Dessa forma, a historicidade registou os fatos em termos de revoltas e resistências em todo este processo, até então a esperada independência de Angola em 1975, culminando com abolição da escravatura, considerando assim o tráfico de escravos como um período que veio tornar desenvolvido a Europa/América, empobrecendo a África, cujas consequências vigoram até a presente data.

Segue-se a primeira república que vigoraria de 1975 à 1992, marcada por um país independente do colonizador, proclamando a independência a 11 de Novembro de 1975 pelo então primeiro presidente de Angola e do Movimento de Libertação Popular de Angola (MPLA) António Agostinho Neto, que viera a falecer em 1979 e sendo substituído por José Eduardo dos Santos em 1979, com os movimentos de libertação nacional desavindos, tais como a UNITA (União Nacional para Independência Total de Angola) liderada por Jonas Malheiro Sidónio Savimbi, MPLA e a FNLA (Frente Nacional de Libertação de Angola) liderado por Álvaro Holden Roberto, movimentos que lutaram dando origem a proclamação da independência.

Entra em vigor o sistema monopartidário com o MPLA sob domínio com orientação socialista e economia centralizada; seguindo a segunda República em 1992 caracterizada pelo multipartidarismo, economia descentralizada e abrindo mão a uma economia de mercado e um sistema democrático e de direito. Neste período, não havendo entendimento entre os movimentos após as eleições de 1992, abre-se um terrível período de guerra civil que viria terminar em 2002, com a morte do líder da UNITA. Marcando e continua marcar a vida dos angolanos, pois que o conflito armado ora vivido na época os contendores eram movidos por uma série de valores que cuja a força viria de uma forte mobilização de interesses ambiciosos que cuja a bandeira era o sangue derramado, sustentado por uma guerra fratricida, que não considerava o laço de sangue que os unia, mas sim a disputa de poder de um território que clamava por harmonia, paz, desenvolvimento e sustentabilidade onde cada angolano viria sentir-se como parte pertencente da sua terra. Face a esse cenário de guerra pelas consequências nefastas, Silva (2018) afirma que,

[...] contabilizaram cerca de 10 milhões de minas terrestres que foram espalhadas pelo território Nacional, danificando as atividades pecuárias e agrícolas. A guerra civil deixou uma marca de dois milhões de mortos, 1,7 milhão de refugiados e 80 mil pessoas mutiladas pelas incontáveis minas espalhadas pelo país (Silva, 2018, p.7).

Daí, considerar-se o ano de 2002, indubitavelmente histórico em todo esse cenário de hostilidade que os angolanos vivenciaram. Pois, desse marco cronológico Angola ganha as primeiras luzes no fundo do túnel que viriam a ribalta, lançando assim o primeiro passo da consolidação da unidade da nação angolana com a denominação bem merecida “Paz e Reconciliação Nacional”, cujo o ato e o gesto comemorativo arrancaram lágrimas de muitos angolanos, pois era sonho de todos ver Angola, livre do calar das armas, do cessar fogo, do reencontro entre as famílias desavindas, o apaziguar das almas tombadas, de um novo caminhar e renascer, para que o país ganhasse assim um rumo com paz, democracia e desenvolvimento.

Seguiu-se, assim uma nova forma de encarar Angola e os Angolanos, refazendo-se das cinzas e dos escombros, relançamento da reconstrução e construção de todo tecido social. A construção de infraestruturas, tais como estradas, pontes, escolas, hospitais, habitações, era uma realidade.

O que viria significar a paz para o povo Angolano? Com o calar das armas a expectativa era em primeira instância, o reencontro entre as famílias desavindas

durante o conflito armado, era o rumar de um processo de transformação, progresso e desenvolvimento, era o erguer dos escombros, era a melhoria significativa da qualidade de vida dos Angolanos, por intermédio de um investimento comprometido e responsável quer na saúde, educação e em outros setores de forma transversal por intermédio de políticas públicas sustentáveis e com resultados promissores.

Adiadas estas expectativas, o que reinou foi o engordar, o enriquecer de uma burguesia identificada, deixando assim em condições arrojadas e desfavorecidas a classe trabalhadora, fruto de uma corrupção institucional, sistêmica e cancerígena que trouxe consequências nefastas, em que houve um claro enriquecimento ilícito com desvios do erário, naturalizando assim esta prática macabra, enfraquecendo as instituições, colocando a tônica segundo o qual safa-se quem poder.

A nível da administração pública, para emissão de documentos é um grande exercício até chegar nas mãos do beneficiário, a má qualidade das estradas e outras infraestruturas como os hospitais é fruto da corrupção, a célebre frase *“quem não tem padrinho na cozinha não almoça”*, é fruto da corrupção; as vagas nas escolas são condicionadas, sob contratação pública de empresas por adjudicação direta para benefício próprio. Na gestão do segundo Presidente da República cuja sua missão de Estado terminara em 2017 e tendo conhecido sua morte em 2022, estando no poder de 1975 a 2017, mesmo com o preço do petróleo no auge no período de 2002 á 2012, conforme o Centro de Estudos e Investigação científica da Universidade Católica de Angola (CEIC-UCAN) sustenta que,

O apogeu do petróleo em Angola aconteceu há uns anos, quando o país tinha uma produção próxima dos dois milhões de barris/dia (b/d) e as cotações andavam acima dos 100 dólares, gerando receitas para o Estado muito superiores às atuais, as quais atingiram o seu máximo anual em 2012 com um total de 43.000 milhões de dólares, com uma produção de 1.728.918 b/d, a começar a linha descendente que se tem mantido até agora, pois em 2020 a produção rondou a média de 1.270.000 b/d. As receitas petrolíferas começaram a subir, de forma inesperada até certo ponto, a partir de 2002, em paralelo com a subida da produção do país – a média diária já rondava os 900.000 b/d – e de forma ininterrupta até 2008 com Angola já a produzir á volta de 1,8 milhões de b/d, altura em que o mundo sofreu a crise financeira do subprime, causada pela especulação financeira nos Estados Unidos que se estendeu à Europa e à Ásia (CEIC-UCAN, 2020, p.115).

Os angolanos não se sentiram esperançosos, pelo contrário o fundo do poço do sofrimento aumentava cada vez mais. Seguindo-se então o terceiro Presidente de Angola, João Manuel Gonçalves Lourenço (2017-atual), eleito como cabeça de lista do partido, sendo eleito nas eleições gerais. Neste período, durante o seu mandato

vigente até 2022 data da sua reeleição, registou-se um trabalho assérmo no investimento da sua imagem, bem como uma tentativa de minimizar as mazelas das expressões da questão social que herdara do seu antecessor. Uma outra esperança pairou entre os angolanos, por intermédio de algum sinal na construção de um processo democrático e conquista para promoção de uma Angola promissora, havendo uma folga na liberdade de expressão como afirma Gaspar (2021) que,

Algumas vozes políticas, ativistas sociais e políticos, no ato da tomada de posse de João Lourenço, como novo o presidente eleito de Angola, alimentou sentimento de esperança para o povo angolano, que inclusive os 100 dias da sua governação foram bem avaliadas da parte dos seus adversários políticos e membros da sociedade civil, por desencadear uma abertura para a liberdade de expressão, promover um encontro de diálogos com os partidos da oposição e da própria sociedade civil que o regime do MPLA não permitia e por levar em pauta o discurso do combate a corrupção, que era o programa do seu partido adiante (Gaspar, 2021, p.20).

Assim, lançava-se na esfera política de Angola mais um terceiro Presidente, que o povo acreditara ter sido o Salvador do país, com a sua marcante e célebre frase no discurso da sua investidura atingindo o cume do delírio entre os presentes no memorial Antônio Agostinho Neto no ato do seu empossamento datado aos 26 de Setembro de 2017 que referenciava o seguinte *“A justiça desempenha um papel central no resgate do sentimento de confiança nas instituições do Estado, por que os cidadãos precisam de acreditar que ninguém é rico ou poderoso demais para se furtar a ser punido, nem ninguém é pobre de mais ao ponto de não poder ser protegido”*.

Esta foi uma frase que tocou o âmago de todos os angolanos, fruto da anterior governação onde a impunidade, o tráfico de influências e o nepotismo enfraquecia as instituições. Então, foi como um tubo de escape para o povo angolano. Por tanto a estratégia política de combate à corrupção do terceiro Presidente da República, considerou-se uma atitude de valentia e coragem.

Passado o primeiro mandato, fazendo valer apenas intenções, com um programa de combate à corrupção seletiva, pois a apreciação crítica do plano de combate a corrupção, recai na forma como foi conduzida ou como está sendo conduzida. Pois, observa-se que está sendo feita de forma seletiva e não de forma inclusiva em que estava claro de que é um combate para a “velha guarda” do anterior Presidente. Traçou-se uma política de privatização de empresas públicas e confisco de empresas privadas cujo capital investido eram de fundos desviados do erário, passando assim para o Estado. Está sendo retirada de forma gradual a subvenção

dos combustíveis, ampliação e aperto de cobranças fiscais/tributária aos cidadãos para o crescimento da receita orçamental do Estado.

Este plano estratégico governativo, está custando caro para os angolanos, pois trouxe consequências nefastas para a população, levou muitos cidadãos ao desemprego, as empresas ora confiscadas o Estado não consegue dar suporte e continuidade na produção de bens e serviços. A isso junta-se a questão da inflação que está ser um calcanhar de Aquiles, rondando aos 31% de acordo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2024), pois a desvalorização do Kwanza em detrimento do dólar, está matando a população em geral e empresarial, sobretudo aqueles que têm a benevolente ideia de se aventurarem no empreendedorismo, pois com a escassez de divisas no mercado, torna-se uma situação difícil para compra de matérias primas, levando-os a reinventarem-se para a sobrevivência no presente contexto, onde muitos encontram a imigração como a única saída, procurando novas formas de sobrevivência e a procura de melhores condições de vida.

A população encontra-se em extrema pobreza, jamais vista comparando a anterior governação. Pelo que só um processo de reformas profundas do Estado, de forma consciente, comprometida, responsável e acima de tudo ético-moral e cultural em todos os sectores poderá tirar Angola deste marasmo em que está mergulhado.

1.2 A política de saúde que assiste os angolanos

Qual é a política de Saúde que assiste os angolanos? Esta não é uma questão meramente retórica, mas é uma questão obrigatória que levará a apreender e compreender a forma como a nossa saúde está se dando, quais exercícios estão sendo formulados e as determinações que influenciaram e estão influenciando o sistema de produção e reprodução de saúde dos angolanos no atual contexto, marcado de muitos desafios, entre avanços e recuos, face ao sistema capitalista dependente periférico.

Objetivamente todas as instituições, são geridas por uma política, que são diretrizes que orientam, as ações, programas, planeamento traçado pelo Estado para a satisfação das necessidades dos cidadãos de forma setorial. Assim no sector da saúde de Angola, a política de saúde está organizada por intermédio de um Ministério onde são gizadas as ações de forma multisetorial, destinadas à gestão da saúde de

todos angolanos, onde os órgãos de tutela e subsidiários devem de forma comprometida executar as ações previamente estabelecidas.

Para nossa compreensão, entende-se a Política de saúde, como uma política pública, destinada para Angola, aos angolanos para a satisfação das necessidades de saúde da população que vão desde a prevenção de doenças, promoção de hábitos saudáveis, tratamento e reabilitação de enfermidades, dentro das obrigações legais do Estado para com os seus cidadãos. De acordo Boneti (2018, p.18), “política pública são as ações que nascem do contexto social, mas que passam pela esfera estatal como uma decisão de intervenção pública numa realidade social, quer seja para fazer investimentos ou para uma mera regulamentação administrativa”. Daí que para a sua elaboração passa necessariamente pela identificação dos problemas, mas que por sua vez não podem ser mitigados ou solucionados sem que antes se transforme em um programa dentro das prioridades do Estado.

É com este espírito que trazemos aqui a abordagem da política de saúde de Angola, como sendo uma política impregnada das mazelas das expressões da questão social, cuja o seu marco histórico trazemos a partir do seu recorte, desde 1975 á 1992 e desde 1992 até a atualidade, para podermos compreender as suas influências e determinações que mereceram a configuração da sua estrutura no presente contexto.

Historicamente, a política de saúde de Angola nos recortes em que se traz, nos dois períodos, sendo período considerado como a primeira república e segundo considerado a segunda república. Na primeira república a política de saúde configurava-se num formato onde a intervenção do Estado, era exclusiva, ou seja, cabia ao Estado intervir na saúde dos Angolanos sem iniciativa privada. Já no segundo período, com o surgimento da Lei de Base do sistema Nacional de Saúde de 28 de agosto de 1992 (21-B/92 /1992), além do Estado ser responsável na Garantia da promoção e do acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos e financeiros disponíveis. Oportuniza iniciativas privadas dando assim espaço de agentes particulares a intervirem no sector da saúde, no marco da lógica neoliberal. Assim, os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou sob fiscalização deste, por outros agentes públicos com serviços prestados à população de forma participada e por sua vez os agentes privados com fins exclusivamente lucrativos.

Com o período do conflito armado que o país viveu de 1975 á 2002, este facto também influenciou na política de saúde, pois Quieza (2010) afirma que,

[...] este período foi também caracterizado pelo alargamento da rede sanitária e pela escassez de Recursos Humanos em Saúde (RHS), segundo dados estatísticos, na altura, no período a seguir a independência, só se encontravam em Angola pouco mais de 20 médicos, tendo, na ocasião, o Governo/Estado, que recorrer à contratação de profissionais recrutados ao abrigo dos acordos de cooperação (2010, p.19).

Assim, com o advento da paz em 2002, Angola entrou num processo de reconstrução nacional e para aceleração deste processo e apesar do preço do petróleo estar em alta, como a primeira tentativa de recapitalização para os investimentos de todo tecido social angolano, o Estado Angolano recorre ao Fundo Monetário Internacional (FMI), para o empréstimo na qualidade de membro, mas sem sucesso, pois havia colocado algumas clausulas pelo que não favorecia para Angola naquele contexto. Em 2003, vê a China como parceiro ideal para a contração de dividas, uma vez que as exigências do credor se adequavam assim celebrou-se para vir responder as necessidades dos angolanos, na construção e reabilitação de infraestruturas destruídas durante o conflito armado. A nível do país, registou-se as seguintes mudanças: construção de infraestruturas-estradas, escolas, pontes, aeroportos; construção de barragens; construção de centralidades; construção de fontenários para distribuição de água.

É com este rumo de crescimento que o país se apresentava, pois, a garantia de reembolso para o credor Chinês sendo o petróleo e matérias primas que Angola possui sendo a contrapartida para a transferência de capital financeiro necessário para a cabimentação dos projetos em curso, que segundo Fernandes (2015) totalizaram 7,4 bilhões de dólares. Apesar de que este investimento viria ampliar a implementação de políticas publicas, mas o facto destas políticas serem implementadas a base de más práticas no que diz respeito a gestão, pondo em causa o fator da transparência e sem muitas vezes contar com as necessidades reais da população e pelo facto de não haver um processo de auscultação das comunidades de forma séria e aproximativa, ética e comprometida, este investimento não trouxe melhorias significativas na vida das populações.

Em 2018, Angola abre uma outra linha de crédito com o Fundo Monetário Internacional, fruto de uma proposta desta instituição oferecendo para Angola assistência técnica financeira para avaliar a capacidade de reembolso por parte de

Angola, avaliando de forma favorável para concessão do crédito, mas que deverá cumprir e seguir com reformas económicas estruturais condicionando com o cumprimento das seguintes propostas:

Racionalizar as despesas a curto prazo e prosseguir a reforma dos subsídios aos combustíveis (com medidas de mitigação que visam apoiar os mais vulneráveis e uma estratégia de comunicação proativa); As autoridades devem igualmente aumentar as reservas de capital através da adoção de medidas de política fiscal que permitam mobilizar receitas internas não petrolíferas e progredir na agenda de reformas estruturais das finanças públicas, incluindo em matéria de gestão das finanças públicas e do investimento público; São necessários esforços contínuos para melhorar o quadro de política monetária de modo a reduzir a inflação e apoiar o crescimento não petrolífero a médio prazo; A manutenção de uma orientação mais restritiva da política monetária a curto prazo e a melhoria da gestão da liquidez interbancária, juntamente com uma transição gradual para uma taxa de câmbio mais flexível, contribuiriam para atenuar a inflação, ancorar melhor as expectativas de inflação e reduzir os custos de financiamento dos setores público e privado; A coordenação de políticas entre o Ministério das Finanças e o Banco Nacional de Angola (BNA) relativamente às operações do mercado monetário é essencial para garantir uma gestão eficaz da liquidez interbancária e ajudaria a melhorar os resultados em termos de estabilidade orçamental e de preços; Para salvaguardar a estabilidade financeira e reduzir o risco orçamental contingente, o BNA deve estar preparado para levar a cabo, de forma decisiva, a resolução ou liquidação dos bancos problemáticos, caso seja necessário, protegendo apenas os pequenos depositantes e minimizando os custos suportados pelos contribuintes; A abordagem das questões relacionadas com a governação, o género e as alterações climáticas continua a ser fundamental para alcançar a diversificação económica e o crescimento sustentável (FMI, 2021, p.24).

Apesar da avaliação ser favorável para o credor, mas esta instituição financeira alertava sob os possíveis riscos, que Angola sofreria. E a população acompanhava, as mudanças de forma passiva e atenta sob as transformações económicas que o país viveria.

O que significou as medidas impostas/propostas pelo FMI para os angolanos? desde o alcance da paz em 2002, os angolanos sempre viveram expectantes e esperançosos, na melhoria de vida, mas o que acontece nestes anos subsequentes o que recebe como feedback são sempre discursos bonitos sem alguma ação transparente e que não enche barriga dos angolanos.

Estas medidas impostas, veio significar um autêntico sofrimento para os angolanos, com as primeiras medidas a serem implementadas começando com a retirada gradual dos subsídios dos combustíveis onde atingiu-se o pico quando em 2023, a gasolina que era 163 kwanzas passou a custar 300 kwanzas e o gasóleo que era 135 kwanzas passando para 200 kwanzas, enquanto que em 2025 o gasóleo

passou a custar 400,00 havendo um aumento brutal com uma diferença de 200 kwanzas.

As medidas não foram animadoras para a população angolana, pois com a inflação que se regista e com a desvalorização do Kwanza em que as famílias perderam o poder de compra, estrangulou completamente a vida das famílias. Pois um aumento substancial no preço dos combustíveis altera completamente a vida económica de todos, ainda que coloque como pano de fundo a melhoria dos investimentos no país, pois merecia de uma certa ponderação, preparando as famílias e não feita de forma brusca como assistiu-se. Para manter os intentos da classe dominante, prosseguiu-se a nível nacional uma campanha ampliada e agressiva, para o aumento da tributação no sentido de arrecadação de mais impostos e fortalecer o OGE desejável cuja sua aplicação e resultados frequentemente contestado por falta de transparência sobretudo no que diz respeito a prestação de contas.

Desta forma, houve a necessidade do Estado criar um programa de literacia tributária, levando assim os contribuintes a tomarem consciência da prestação tributária ao Estado face a produção dos bens e serviços que as grandes e pequenas empresas prestam, quer sejam públicas e privadas, com representatividade coletiva ou particulares entre as pequenas e grandes empresas, bem como aquela economia á margem designada como economia informal arrastando-os para a economia formal. Apesar destas medidas estarem em curso, mas segundo o Centro de Estudos e investigação científica da Universidade Católica de Angola (2020, p.130) “não tem correspondido ao esperado, nem às medidas que o Estado tem tomado no sentido da diversificação da economia e a Reforma Tributária, não tem produzido os resultados criados pelas expectativas colocadas sobre si”.

Na atual conjuntura angolana, famílias desprovidas de rendimentos para manterem o seu sustento, e aquelas famílias que conseguem algum rendimento fruto de seus pequenos negócios são engolidas pela cobrança faminta e agressiva da Administração Geral Tributária (AGT), num ambiente de negócios que a promoção de acesso ao crédito é residual, e a classe trabalhadora perdeu o poder de compra.

Estas medidas impostas pelo FMI tornou-se claro que foram más medidas, está sufocando o povo, face a pressão que as famílias enfrentavam e enfrentam, como uma espécie de amortecedor, o Estado sentiu a obrigação em 2023 e 2024 de fazer um reajustamento salarial de 30% de toda função pública pelo que considera-se ínfima para o enfrentamento da inflação no mercado, face o poder de compra que as famílias

perderam e também em função da escassez de divisas no mercado, sendo preciso grandes exercícios para se manter as três refeições ao dia. Todos estes fatores registados no presente contexto angolano, vai tendo repercussões de forma transversal, onde o sector da saúde não é uma excepção, entre avanços, recuos, retrocessos e incertezas.

Neste sentido, a política de saúde que assiste os angolanos é marcada de muitos desafios e está prescrita num contexto que inspira melhorias significativas, apresentando o seguinte cenário:

- a) Aumento de infraestruturas hospitalares;
- b) Disfuncionalidade no sistema de evacuação por etapas;
- c) Burocracia e demora no atendimento dos/as utentes a nível hospitalar;
- d) Deficiência no acolhimento e orientação hospitalar;
- e) Falta de formação ética e deontológica dos/as profissionais no atendimento;
- f) Fraca prevenção e promoção da saúde, num contexto socioeconómico e meio ambiente favoráveis às doenças transmissíveis e não transmissíveis, onde a malária é a primeira causa de morte;
- g) Aumento de profissionais formados na saúde;
- h) Precarização da saúde pública.

Descritas as características do cenário da política de saúde angolana, de forma detalhada serão apresentadas para melhor compreensão:

a) Aumento de infraestruturas hospitalares

Desde o fim do calar das armas em Angola, fruto do conflito armado civil, que dizimou muita gente, destruiu muitas infraestruturas, entre pontes, escolas, fábricas, hospitais, etc. Com a vinda da paz, houve necessidade urgente de se erguer o país, partindo da reconstrução nacional, erguendo as infraestruturas de que o país necessita para o impulsionamento do desenvolvimento.

No período de 2002 á 2024, registou-se um aumento plausível e significativo de infraestruturas hospitalares, sobretudo hospitais de nível terciário e especializado, com uma configuração invejável, prontas e dispostas para acudir as várias necessidades no sector da saúde.

Os dados apontam que o Sistema Nacional de Saúde (SNS) e a rede sanitária até 2019 compreendiam 2.681 unidades sanitárias, nomeadamente 15 hospitais nacionais, 25 hospitais provinciais, 45 hospitais gerais, 170 hospitais municipais, 442

centros de saúde, 67 centros materno-infantis, 1.880 postos de saúde e 37 outras infraestruturas de saúde (ANGOLA, 2019). Comparando com o ano 2024, confirma-se o aumento destas infraestruturas, quando os números apontam que atualmente o sistema Nacional de saúde regista as seguintes infraestruturas: o Serviço Nacional de Saúde (SNS) Angolano conta com 3.162 unidades, incluindo 13 hospitais nacionais, 32 especializados, 18 gerais, 167 municipais e 105 centros materno infantis, e 3.768 unidades sanitárias privadas para atender uma população superior a 32 milhões de habitantes, caracterizada por uma alta fecundidade e uma elevada mortalidade.(Angola, 2024).

É bastante visível este aumento em termos de infraestruturas, mas a pergunta que não se quer calar é: Será que para responder as necessidades reais da população angolana no sector da saúde é determinante o aumento de infraestruturas terciárias e especializadas, quando o nível primário e secundário não conseguem responder de forma pontual as demandas, servindo apenas como pontes de evacuação ou transferências de utentes para os hospitais terciários e especializados, quando estes primeiros condicionados poderiam solucionar-los?

Mais do que uma pergunta retórica, é uma pergunta que tem merecido a chamada de atenção de muitos especialistas no sector da saúde e não só, pois as infraestruturas hospitalares são fundamentais, mas não são determinantes no processo de produção e reprodução da saúde, como a realidade angolana está nos apresentando. As infraestruturas hospitalares exercem sim um papel fundamental, mas não podemos vê-las como uma única via de se produzir saúde, pois trata-se apenas de uma configuração no processo de saúde. Pois isso explica que a visão dos gestores, dos decisores da política nacional de saúde é reducionista, no sentido em que agregam uma estrutura organizacional essencialmente curativa. É necessário que apostemos seriamente no sector primário e secundário, que é o nosso principal porta bandeira, deverá apostar de forma comprometida na prevenção de doenças e promoção da saúde, pois o nosso perfil epidemiológico aponta que as doenças que mais matam os angolanos são 100% curáveis e 100% preveníveis e quanto mais se previne e se promove a saúde, menos pessoas ficarão doentes e consequentemente reduzir-se-á a taxa de mortalidade.

b) Disfuncionalidade no sistema de evacuação por etapas

Um dos princípios que orienta o nosso sistema de saúde é a “descentralização” dos serviços e reforçada com o processo de municipalização dos serviços. Pois este sistema, está bem estruturado, mas na prática é completamente desfuncional. Precisa-se adequar as necessidades, precisa-se contextualizar a nossa realidade, antes de traçarmos qualquer política que seja. É necessário penetrar na alma das necessidades da população, ou seja, é necessário colhermos as necessidades reais e separa-las das necessidades sentidas, para que haja de facto uma transformação sustentável nas ações destinadas às populações.

O nosso sistema de saúde, adopta um sistema denominado “referência e contrarreferência”, o que significa que o atendimento dos/as utentes é feito de acordo a evolução e a gravidade do estado de saúde. Daí a sua hierarquização por níveis: primário, secundário e terciário e especializado, como podemos demonstrar a seguir.

Tabela 1-Níveis de assistência na saúde de Angola

UNIDADES	Níveis correspondentes
Posto de saúde I	Abrange: cuidados primários, vacinação, cuidado pré-natal, planeamento familiar e medicamentos essenciais
Posto de saúde II	Abrange: Cuidados primários e análises laboratoriais
Centro de saúde	Abrange: Cuidados primários e análises laboratoriais e partos. 24/24h
Centros de saúde de referencia e hospitais municipais	Segundo nível de referências, abrange: cuidados primários, análises laboratoriais, partos, internamentos, serviços de radiologia, nutrição e saúde oral
Hospitais centrais e geral	Terceiro nível de referência abrange: Internamento por especialidade, laboratório, partos, consultas de especialidade, cirurgias, pesquisas (produção científica)

Fonte: elaborado pelo autor.

Como podemos observar, o nosso sistema de referência e contrarreferência, pois o normal deveria obedecer a esta hierarquia em termos de assistência, mas na prática não funciona. Devido a precariedade nos níveis primários e secundários motivados por falta de profissionais suficientes e altamente qualificados, falta de meios médicos e medicamentosos, infraestruturas inadequadas, falta de ambulâncias para evacuação dos/as utentes, escassez de reagentes no laboratório para exames complementares e trazer evidências nos resultados para uma terapêutica assertiva. Estes tornam-se apenas meios de observação, para uma efetiva evacuação ou encaminhamento para os hospitais terciários e especializados.

Devido a inoperacionalidade e a percepção da baixa resolução dos níveis primários e secundários por parte dos/as utentes, estes tendem a encaminharem-se diretamente para o nível terciário e especializado, sobrecarregando assim este último nível com casos que bem poderiam ser resolvidos nos níveis anteriores caso existisse algum investimento considerável. Situação essa que também compromete o processo de humanização a nível hospitalar.

Desta feita, Oliveira e Artmann (2009), reforçam que,

[...] para a inversão da situação, considera-se importante um grande investimento para (re)construção e reestruturação da rede, para formação e contratação de recursos humanos e para aquisição de insumos e tecnologias; a regulamentação e a introdução de reformas que deem continuidade à descentralização culminante com a regionalização dos serviços de saúde, entre outras ações. Entre elas, destaca-se a revitalização dos cuidados primários de saúde, o que proporcionaria um bom enquadramento para o acesso universal aos cuidados essenciais de saúde (Oliveira e Artmann 2009, p.754).

Portanto, o investimento acérrimo a todos os níveis torna-se a palavra de ordem, pois a aproximação funcional, a participação dos cidadãos na tomada de decisão, bem como a promoção funcional do sector primário deverá ser prioridade para a melhoria da saúde da população.

c) Burocracia e demora no atendimento dos utentes a nível hospitalar

Quando Weber (1940) trouxe um modelo de gestão a nível da administração pública denominada “gestão pública burocrática”, era para tornar as instituições mais eficientes, competentes, céleres e acima de tudo tornar justa, equilibrada e transparente a prestação de contas dentro de uma estrutura institucional organizada e funcional onde a hierarquia institucional merecesse maior consideração e referência. Mas nos tempos que assistem, este termo “burocracia”, ganhou um sentido

conotativo, pois a papelaria, as funções, as atribuições de papeis demandadas institucionalmente aos servidores públicos no processo de bens e serviços, tendem a se transformarem em normas que dificultam e complicam cada vez mais os cidadãos ou os beneficiários dos bens e serviços dentro da administração pública e privada, levando assim a refletir sobre os efeitos atuais que este sistema em vigor está provocando. Inclusive o Estado Angolano desafiou-se em alterar esta configuração lançando o programa simplifica, onde o essencial foi reduzir o excesso de papelaria para o tratamento de algum processo ou aquisição de um bem ou produto, em apenas um documento designado “1.0”.

Este processo que apesar de vir desburocratizar e sintetizar processos, que se pensava que viria acabar com a questão “das michas”, mas que na verdade não veio acabar com a complicação a nível da administração pública, pois, o *modus operandi* alterou complicando assim a emissão do produto final.

Como todo processo da gestão pública é multissetorial, a nível da saúde a gestão não foge a regra, pois como diz o item “excessiva burocracia no atendimento hospitalar” a nível de Angola infelizmente é uma realidade. Pois existindo assim um sistema de referência e contra referência disfuncional, se uma administração pública burocrática é baseada em papelaria onde aqueles que têm o primeiro contacto com os pacientes na porta de entrada para o registo de entrada e abertura da ficha de atendimento designadas como catalogadoras/es e os secretários clínicos a nível ambulatorial, nota-se uma sobrecarga laboral por parte destes, pois os pacientes que dão entrada precisam de abertura de ficha por intermédio de fornecimento de dados por parte do/a utente e os que recebem alta têm orientação de seguimento continuado no ambulatório por intermédio da marcação da consulta junto a secretária clínica e sem este processo todo fica difícil o seguimento dos pacientes.

E infelizmente o nosso sistema de atendimento ainda é por fichas impressas, o sistema informático ainda é um projeto piloto e que não cobre ainda todas unidades hospitalares, pois o tempo de preenchimento da ficha consubstancia a falta de condições de trabalho, número elevado de utentes que cuja a demanda não tem correspondido ao número de profissionais tem influenciado no atendimento demorado dos/as utentes. Pois, o nosso sistema organizacional a nível da saúde é essencialmente curativo e os profissionais muitas vezes não dão conta de todo processo a nível hospitalar, sobretudo quando em 2018 os dados apontavam um médico para 4.400 habitantes e em 2021 apontavam 2,48 médicos por cada 10 mil

habitantes, um número reduzidíssimo para atender 34,5 milhões de habitantes a nível nacional, entrando em contraste com a orientação da OMS devendo ser 1 médico por cada 1000 habitantes (Angola, 2024).

A esta burocracia também se verifica em relação ao seguimento dos pacientes em consultas externas, onde verifica-se que há excesso no intervalo de tempo entre a data da marcação da consulta e a data da efetivação da mesma. Levando assim muitas vezes a desistência dos/as utentes às consultas e o consequente retorno do paciente em estado grave ou mesmo em estado terminal no banco de Urgência indo assim a óbito. Pelo que a marcação de consultas de acordo o Centro de Especialidade-Saúde (2024), deverá obedecer os seguintes critérios:

-O Médico responsável pelo acompanhamento do/a paciente é quem deve estabelecer o intervalo entre consultas levando em conta as necessidades específicas de cada caso e as diretrizes vigentes:

- A Gravidade da condição de saúde do/a paciente;
- A Complexidade do tratamento;
- A disponibilidade de recursos e a experiência do profissional de saúde;

Dessa forma ainda realça as seguintes vantagens no cumprimento destes critérios:

- Melhorar o acompanhamento da evolução da condição de saúde;
- Identificação precoce de possíveis complicações,
- Ajustes no tratamento de forma oportuna;
- Maior engajamento do paciente no cuidado de saúde;
- Estabelecimento de uma relação de confiança entre pacientes e médico.

Estes critérios estabelecidos, leva-nos a uma reflexão profunda, sobre a nossa realidade, observa-se um atropelamento gravíssimo, a marcação das consultas não tem levado em conta estes critérios, havendo assim um distanciamento muito grande na relação entre profissional e o/a utente e havendo uma quebra de comunicação entre o paciente e os profissionais de saúde após a sua alta.

É necessário oportunizar os benefícios atuais que o contexto tecnológico nos proporciona, por intermédio da criação de uma plataforma digital funcional a todos os níveis, desde a entrada do paciente no banco de urgência à marcação das consultas constituindo assim também uma aproximação em termos de acompanhamento dos utentes reforçando a comunicação, acessando assim os serviços para a sua efetiva restauração.

d) Deficiência no acolhimento e orientação hospitalar

O acesso ao direito à saúde tem também o seu respaldo a nível hospitalar, pois mais do que prevenir, promover, cuidar, curar, reabilitar e reintegrar deve-se ter em conta a forma como acolhemos os/as utentes a quando da sua chegada na unidade hospitalar. Pois deste nobre gesto não só resultará de uma empatia por parte do profissional de saúde, mas também reflete o aconchego, a forma acomodativa, como o/a paciente sente-se. A partir dessa primeira abordagem não só refletirá a percepção da imagem que o/a utente vai construindo em relação ao atendimento nesta unidade hospitalar, mas também refletirá a forma livre do/a paciente expor suas preocupações, suas inquietações que o fazem estar “mal”, ou estar “bem”, merecendo assim um diagnóstico prévio, uma vez que aquilo que o/a paciente diz em relação ao que sente influencia muito no diagnóstico e consequentemente no seu tratamento.

O acolhimento neste contexto, é um processo, é um ato, que consiste em receber de forma atenta o próximo, o/a utente/paciente que acorre na unidade hospitalar, precisando de alguma assistência ou outros serviços. Para Brasil (2010, p.6), “O acolhimento expressa, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. O que nos faz crer que não existe algum acolhimento que se faça de forma isolada ou o “eu” colhendo o “eu”, mas sim o “eu” colhendo o “tu” ou também o “nós” colhendo o “Eles”.

Percebe-se que o acolhimento que emana da nossa própria natureza humana não é egoísta, e faz-se entre dois movimentos de forma singular onde um reconhece a situação de dor, de sofrimento de vulnerabilidade de outrem e de forma plural onde mais de um profissional reconhece a sua vocação no servir reconhecem de forma coletiva a dor, o sofrimento, a situação de vulnerabilidade dos outros. Mas não se trata de um acolhimento qualquer, este acolhimento envolve, antes demais uma escuta ativa e profissional onde o/a utente manifestará suas angustias, suas expectativas para que se possa avaliar e consequentemente fazer a devida abordagem ou encaminhamento.

Considerando estes pressupostos referidos, o nosso contexto a nível hospitalar tem sido deficiente, com os relatos e episódios que temos vindo a registar junto aos nossos hospitais públicos não têm sido abonatórios, pacientes chegando mesmo de virem a morrerem na porta dos hospitais, por falta de um acolhimento condigno e humanizado para uma assistência médica e medicamentosa e em muitos casos

motivados por negligência médica. Por tanto, ainda se constitui também um grande desafio, mesmo em algumas unidades terem lançado o sistema de Manchester o atendimento por prioridade de acordo o estado que o/a utente apresenta, mas que nem sempre é tido em atenção, pois temos um sistema que por não ser funcional observa-se um fluxo muito elevado de pacientes, se refletindo na sobrecarga laboral dos profissionais, atendendo até a exaustão.

O acolhimento na atenção à saúde vem também responder o princípio da universalidade do acesso aos serviços, mas para que se efetive, é necessário que pensemos de facto em um investimento acérrimo no sector da saúde e a formação continua e permanente dos profissionais, bem como a reestruturação no processo de descentralização dos serviços de saúde dando maior atenção aqueles próximos dos cidadãos a nível local.

e) Falta de formação ética e deontológica dos profissionais no atendimento

Desde 2012, que se implementou a Política Nacional de Humanização em Angola, justamente para responder à questão ética e deontológica entre os profissionais que atuam na saúde, fundada na relação entre si e os/as utentes. Cada profissional dada a uma rica e vasta complexidade em termos de especificidade tem a sua parcela do saber que emana da sua particularidade profissional que se substância na sua ação dirigida aos utentes.

Neste processo a salvaguarda dos valores e princípios que orientam cada profissão, na atuação com os/as utentes têm sido completamente ignorados. Pois durante o processo académico toda e qualquer profissão é imbuída de valores, somando-se a orientação socioeducativa dos profissionais durante o seu processo de socialização, formando assim profissionais com um sentido de verticalidade junto a sua ação profissional, construindo uma relação de empatia, de acolhimento, de vocação profissional, para um atendimento condigno perante o/a utente.

O que a realidade nos tem mostrado em relação a questão ética e deontológica entre os profissionais da saúde, nos faz perceber que esta questão durante o processo formativo académico, tem sido encarada de forma residual, ou seja como apenas uma disciplina subsidiária complementar, enquanto que as formações dos princípios axiológicos profissionais são fundamentais para que o profissional atue de forma integral e valorativa perante os/as utentes.

O saber, das virtudes, do processo de tomada de decisão antes de qualquer procedimento, a regulamentação profissional, as obrigações profissionais, estão a cargo da Ética e da Deontologia profissional. Pelo que esta regra de ouro a prática nos tem mostrado muito supérflua e ignorados completamente.

Lidar com o cuidar, com a dor, o sofrimento, angustias dos/as utentes, requer uma consciência profissional imbuída de valores, sob pena de desumaniza-los/as, tratando-os como meras mercadorias, como nos tem mostrado o presente sistema capitalista.

Quando atendemos os/as utentes de forma robotizada e não humana e dialogada, ignoramos o princípio da confidencialidade, o respeito pelo contexto socio-histórico, as escolhas dos/as utentes, estamos perante uma realidade que precisa urgentemente ser examinada e avaliar o seu rumo profissional. Desde o fluxo de utentes que acorrem nas unidades hospitalares, desde o figurino do consultório médico, o princípio da confidencialidade é o que mais tem se quebrado a nível das unidades hospitalares. Pois, muitas vezes verifica-se caso de paciente que se dirige aos Serviços de Aconselhamento e Testagem voluntária para VIH/Sida com uma prescrição médica, após os exames darem positivo, tem sido logo alvo de conversas confessas entre os profissionais de saúde, promovendo assim o preconceito, o estigma e a discriminação. Por outra a nível dos consultórios, peca-se bastante em relação o princípio da privacidade dos/as utentes, no consultório por regra deve-se ter apenas o médico e o/a utente, sendo os demais profissionais a aproximarem-se caso forem chamados ou quando haver necessidade.

Questões relacionadas com negligência médica, mal procedimento do profissional que termina em mortes, danos físicos aos utentes, temos vindo a registar suspensões de equipas, destituições de quem dirige a instituição, abertura de inquérito, sem apresentação de algum desfecho, sem privação de liberdade dos prevaricadores ou retirada da carteira profissional. Pois, estas medidas que são urgentes e necessárias precisam-se ser levadas á sério, por intermédio do reforço e de implementação de políticas capazes de mudar este quadro. Assim é perceptível a necessidade de um processo formativo dos profissionais na saúde, a fim de se preencher esta carência a nível dos profissionais, tendo em conta os seguintes pressupostos:

Necessidade de se repensar em novos fluxos de atendimento em saúde, a partir da realidade dos usuários e das novas tecnologias de trabalho e de

gestão que visem a humanização e o comprometimento com a vida das pessoas;
 Reforço do princípio da confidencialidade como pressuposto de relação produtiva entre o profissional e o utente;
 Co-responsabilidade pessoal do profissional como resultado do aumento do grau de comprometimento em relação ao atendimento e ao serviço como um todo;
 Troca de opiniões/experiências entre as diversas áreas através do diálogo, da participação da comunidade e do trabalho em equipa;
 Implementação regular de ações de superação profissional dos profissionais de saúde no sentido de auxiliá-los na construção de novas formas de pensar e agir com os utentes;
 Consciência de que a prática do cuidado e do amor não devem anular o profissional de saúde (FAA, 2012, p.26).

f) Fraca prevenção e promoção da saúde, num contexto socioeconómico e meio ambiente favoráveis às doenças transmissíveis e não transmissíveis, onde a malária é a primeira causa de morte

A prevenção e promoção da saúde, constituem os dois pilares fundamentais para a saúde de uma sociedade. Prevenir é em relação às doenças, daí dizer-se prevenir doenças, promover é em relação á saúde, cabendo assim promover saúde. Isto significa que tanto o prevenir como o promover, reflete-se no processo de se ter saúde. A promoção em relação a prevenção, é mais ampliada e vai mais além e refere-se a um conjunto de ações dadas coletivamente, enquanto que prevenção se refere a um conjunto de ações dirigidas de forma específicas para uma determinada doença.

Existe sim diferença entre prevenção e promoção. Prevenção refere-se a um conjunto de cuidados, esforços, específicos para reduzir o desenvolvimento de doenças, já a promoção refere-se o processo de mudança de hábitos e costumes para diminuir o risco de doenças. Por tanto “as ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo a incidência e prevalência nas populações. Seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos” (Czeresnia e Freitas, 2009, p.49). Por sua vez promoção, “define-se de maneira mais ampla que prevenção, pois refere-se a medida que não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar geral (Leavell e Clark, 1976, apud iden).

Dessa forma, está evidente que tanto a promoção como a prevenção são exteriores ao tratamento de alguma doença, pois ambos se referem na perceção de medidas que devem serem postas em práticas para reduzir os riscos evitar e potencializar a nossa saúde de forma sustentável.

As doenças transmissíveis e não transmissíveis tais como a malária, a cólera, as doenças diarreicas agudas, a tuberculose, o VIH/Sida, Hipertensão arterial, a diabetes mellitus, constituem uma das principais causas de mortalidade entre a população angolana e que desafiam o Sistema Nacional de saúde. Não nos esquecendo da doença emergente da pandemia covid-19 que assolou o nosso país desde 2020 á 2023. Em relação as principais causas de morte entre os angolanos, a malária constitui a primeira causa de morte em Angola, a sinistralidade rodoviária ocupa o segundo lugar, a tuberculose em terceiro lugar.

A malária em Angola, afeta a maioria da população e constitui a primeira causa de procura das unidades hospitalares por parte dos/as utentes. Angola “é altamente afetada pela malária e estima-se ser responsável por 40% das doenças e 42% das mortes no país” (Angola, 2023). Ao olharmos para os dados da Organização Mundial da Saúde, “indicam que cerca de 94% das mortes por malária são registadas no continente africano. A Nigéria, o país mais populoso do continente, registou cerca de 66 milhões de casos de malária, seguido da República Democrática do Congo com 30 milhões de infecções” (Angola, 2023).

Considerando ser um flagelo para o mundo e onde Angola é fortemente afetada, e existindo avanços no combate a malária onde confirma-se Cabo-verde a declarar a erradicação da malária confirmada pela OMS em 2024, a vacina de imunização contra a malária já é uma realidade como é o caso de alguns países de África, como Camarões, Burkina Faso. A situação em Angola é agravada sobretudo pelo fraco saneamento básico, onde em épocas chuvosas as águas residuais tomam conta dos focos de reprodução de mosquitos em toda periferia, o uso de mosquiteiros e repelentes a nível das comunidades ainda é uma miragem, bem como uma fraca consciência sanitária por parte das populações, não se esquecendo das condições socioeconómicas precárias que as famílias enfrentam.

O VIH/Sida, considerado como doença crónica e controlável até o presente continua a ser um problema de saúde pública, afeta e infecta as famílias angolanas e não só. De acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/Sida (ONUSIDA, 2024), “cerca de 310.000 pessoas em Angola vivem com VIH/SIDA. No entanto, a cobertura do tratamento antiretroviral é ainda insuficiente, atingindo apenas 49% dos adultos e 22% das crianças que necessitam de tratamento. a taxa de prevalência do VIH na população geral dos 15-49 anos é de 2%, sendo mais elevada entre as mulheres”. O combate do VIH/Sida, cujas as ações estão viradas para o

alcance da estratégia 95%, 95% 95%, instituída pela ONUSIDA, onde o primeiro 95% significa que pelo menos 95% da população angolana saiba do seu estado serológico, o segundo 95% significa que pelo menos 95% das pessoas que sabem do seu estado serológico, estejam em tratamento e o terceiro 95% significa que dos 95% das pessoas que estão em tratamento estejam em supressão da carga viral.

O que significa que das pessoas que estão em supressão da carga viral, estas têm imunidades suficientes ao ponto de não oferecem risco de contágio aos seronegativos. Desta feita o que se espera é que esta estratégia tenha efeitos promissores. Pelo que tem se trabalhado na instalação de Serviços de Aconselhamento e testagem para o VIH (SAT-VIH) em todas unidades hospitalares de nível secundário, onde a testagem em massa é uma realidade bem como o fornecimento de medicamentos e outros materiais de prevenção complementares afim de se cortar a cadeia de transmissão.

Apesar de termos uma taxa de prevalência reduzida em relação aos dois países fronteiriços Zâmbia (11,1%) e Namíbia (11,6%), é necessário que se continue investindo na educação para a saúde, em todas as formas de prevenção desde a massificação da informação, educação e comunicação, o reforço do hábito do uso e o acesso de preservativos nas relações sexuais, no acesso ao tratamento, no despiste do corte vertical, na criação de condições para os exames complementares (carga viral e CD4), bem como no reforço à adesão às consultas e à terapêutica, com vista a atingirmos os três 95% por intermédio de um compromisso não só político mas transversal, de modos a travarmos a disseminação desta pandemia que fustiga o mundo de forma secular.

A Hipertensão ou a pressão alta, por sua vez constitui um problema de saúde pública. Uma doença letal e silenciosa, que afeta a maior parte da população em idade ativa. De acordo Neto (2021),

[...] 30% dos mais de 30 milhões da população angolana, é considerada hipertensa, 1 em cada 5 angolanos padece da enfermidade, representando 9 milhões de habitantes. Considera que Angola é um país já considerado com índice de alta prevalência e sendo mais elevada em cidadãos maiores de 18 anos. Entre os fatores que concorrem para o surgimento da hipertensão tal como fatores socioeconómicos, stress, sedentarismo, o modo e estilo de vida e a genética, num processo de prevenção e promoção da saúde precisam ser levadas em conta. Constata-se que poucos percebem que são portadores desta doença, tendendo a descobrir a quando alguma manifestação de algum sintoma (Neto, 2021).

Portanto, os dados em relação as doenças transmissíveis e não transmissíveis, são expressivos e que as ações viradas para a prevenção e promoção é essencialmente residual, pelo que se faz pensar e repensar na configuração das políticas de saúde cada vez mais assertivas e direcionadas havendo uma ampliação em termos de intervenção de forma multisectorial.

A Covid-19 por sua vez, tomada como uma doença emergente, tornando-se uma pandemia que flagelou o mundo inteiro, onde Angola não foi uma exceção, provocando consequências graves, mortes, impacto a nível económico e político num período de finais de 2020 á maio de 2023. Assim, o mundo entrou em alerta, fazendo com que cada país se organizasse para fazer frente a situação da gravidade que a pandemia da covid-19 acarretava. O cenário vivido, comprovou ao quadrado que em saúde é mais inteligente investir na promoção e prevenção do que na cura. Pelo que isso passa pela tomada de consciência de forma individual em primeira instância e de forma coletiva em segunda instância.

Mais do que lidar com a gestão da situação da pandemia, é necessário alargar as ações voltadas a saúde a nível dos determinantes sociais da saúde, sobretudo quando percebe-se que estes envolvem fatores ambientais e culturais (saneamento básico, higiene domiciliar, hábitos e costumes), socioeconômicas (trabalho, renda económica, alimentação, transporte, lazer, liberdade, posse de terra, educação, habitação, modos e estilos de vida , alimentação, outros bens e serviços disponíveis e o seu acesso), genéticos (idade, sexo, hábitos e costumes, fatores geneticamente herdados) etc.

Como sustentam Ravagnani e Sarreta (2008) o paradigma da concepção ampliada da saúde,

[...] aponta a estratégia de uma abordagem diferenciada, a fim de extrapolar atenção centrada na doença e realçar a importância dos fatores condicionantes e determinantes da saúde. Um paradigma que enfoca a prevenção e promoção da saúde na direção da autonomia das pessoas, da participação da comunidade, do meio ambiente sustentável e a utilização de tecnologia acessível a todos os governos, como caminhos para atingir qualidade de vida (Ravagnani; Sarreta, 2008, p.106).

É com esta visão que Angola encarou o enfrentamento da Covid-19, pois apesar das fragilidades do sistema nacional de saúde, foi oportuno a ampliação da cooperação com outros países e da organização mundial da saúde, para se conseguir dar respostas aos impactos da covid-19.

Com os primeiros casos registados, Angola viu-se obrigado a organizar sua intervenção, com a promulgação de decretos, onde a intersetorialidade e multidisciplinaridade foram indispensáveis em prol do combate da pandemia. Declarado assim o fim da pandemia, ficou a lição de que é necessária uma política de saúde mais forte e num contexto marcado por um saneamento básico precário, famílias vivendo a baixo da linha da pobreza, investir mais na promoção e prevenção é o melhor caminho para melhorar o estado de saúde da população angolana.

g) Aumento de profissionais formados na saúde

O setor da saúde de qualquer sociedade representa o motor para o desenvolvimento da mesma. É por intermédio da saúde, que os membros da sociedade ativam suas funções ou papéis sociais, pois quem não tem saúde seu papel social fica automaticamente desativado, assim o professor doente e internado deixa de dar aulas e os alunos ficarão sem aulas, o balconista do banco comercial ficará sem atender, o governante cessará suas funções, o chefe de família deixará de cuidar da sua família, o operário não terá forças para manter os níveis de produção o trânsito ficará sem regulador e será um caos no trânsito. Deste modo, há uma toda necessidade de organizar uma força de trabalho competente para responder este sector no processo de produção e reprodução da saúde.

A força de trabalho a nível da saúde se constitui um imperativo relevante e determinante para a funcionalidade no sector. O nosso percurso histórico em relação a formação dos quadros que respondem a saúde em Angola, teve um avanço progressivo em termos quantitativos, reabilitação das infraestruturas se constitui um grande desafio para vir responder a demanda. Queza (2010), afirma que no país até 2005,

Os trabalhadores do regime de carreiras de saúde contabilizavam 1.527 médicos, 27.465 profissionais de enfermagem (enfermeiros licenciados, técnicos e auxiliares de enfermagem) e 4.787 técnicos de diagnóstico e terapêutica. Dos 1.527 médicos, 1.001 são angolanos, o que representa 65% e 526 médicos são estrangeiros (35%). Os acordos de paz levaram a admissão de 9.282 trabalhadores (antigos guerrilheiros) em finais de 2006. Dos 4.787 técnicos de diagnósticos e terapêutica, dos quais, apenas 94 (2,57%) têm formação superior e estão concentrados em Luanda (com destaque para os farmacêuticos), 2.667 (72,67%) têm formação média e os restantes (24,76%) têm formação básica (Queza, 2010, p.26).

Em relação aos números descritos, considera-se insignificante para responder a demanda do número de habitantes. Comparativamente ao número destes profissionais, a formação contínua e permanente deu-se de forma progressiva, dando conta que até o ano de 2024, fruto de um processo de concurso público levado á cabo no período de 2018 á 2022, resultando em 46.604 trabalhadores admitidos. Assim, o setor da saúde conta com os seguintes profissionais:

106.791 trabalhadores de todas as carreiras. Sendo 72.618(68%) do sexo feminino e 34.173 (32%) do sexo masculino. Dividido entre as carreiras constata-se 89% dos funcionários pertencem ao regime especial, que integra a carreira médica, a de enfermagem, a de diagnóstico e terapêutica e a de apoio hospitalar, enquanto 11% pertencem ao regime geral, à inspeção e à carreira do trabalhador social (Angola, 2024, p.1).

É crucial que estes números aumentem e é desejável que se consiga alcançar o padrão estabelecido pela OMS.

Se a estatística indica que até 2023 contabilizavam 10.683 médicos, sendo 1.513 estrangeiros para 34,5 milhões de habitantes e de acordo o plano de formação haver pretensão de até 2027 formar 38 mil profissionais, precisamos de um esforço titânico para atingirmos a meta desejada. Apesar de se registar estas intenções e avanços em relação ao aumento da força de trabalho e além de se apostar cada vez mais não só na quantidade mas também na qualidade a fim de termos profissionais competentes, ainda os profissionais registam muitas dificuldades tais como: más condições de trabalho, salários não compatíveis com o atual custo de vida, a falta da implementação de subsídios e incentivos de forma inclusiva (exposição direta, exposição indireta e de turno) motivada pela inadequada implementação das carreiras profissionais, bem como a criação de condições para os profissionais colocados em zonas recônditas sobretudo a falta de habitação e transporte. Pelo que estes fatores têm contribuído para insatisfação/desmotivação dos profissionais. Espera-se melhorias significativas para que os profissionais possam contribuir de forma condigna, competente e vocacionada suas obrigações profissionais na saúde.

h) Precarização da saúde pública

Em 1992, Angola implementou um modelo socioeconômico que vigora até os dias de hoje. Na saúde, com a lei de Base do sistema Nacional de saúde, altera completamente a política de saúde, entrando assim em vigor o sistema capitalista. Onde no artigo 23º orienta as seguintes características:

Ser universal quanto a população abrangida; prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação; ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos; garantir a equidade no acesso dos utentes os objetivos de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados; ter gestão descentralizada e participativa (LBSNS, 1992, p.12).

Descritas as características do sistema de saúde de Angola, como sendo universal onde todos os angolanos sem excepção deverão ter acesso aos serviços de saúde, independentemente da raça, etnia, religião, opção política, habilitações literárias, classe social, gênero e orientação sexual. Pois a universalidade expressa uma perspectiva abrangente e acolhedora. Trata-se de uma perspectiva humana e louvável no sentido em que ter saúde é um direito de todos e nenhuma sociedade desenvolve se seus membros não tiverem saúde.

Das pesquisas realizadas, se não se observou registos de dados recentes sobre o número de angolanos que têm acesso à saúde, sobretudo a assistência médica e medicamentosa, os dados que se teve acesso foi o inquérito de indicadores múltiplos e de saúde realizado em 2015 a 2016 que apontavam que apenas 32% da população angolana têm acesso às instalações sanitárias adequadas.

Por sua vez, o acesso à saúde em Angola, debate-se com vários desafios, desde o acesso as instalações sanitárias motivadas sobretudo com o atendimento negligenciado, a falta de condições financeiras por parte dos/as utentes para suprir esta ou aquela necessidade de saúde tendo em conta a renda baixa das famílias, o acesso à medicação gratuita e somando a isso a falta de instalações sanitárias condignas que respondem a nível primário e secundário para o atendimento pontual da população. Portanto, é necessário que haja investimentos de forma séria e transversal, quer a nível de infraestruturas sanitárias de base, quer na formação continua dos profissionais, boa gestão dos bens e serviços disponíveis para os/as utentes e oportunizando os sistemas de tecnologia para articulação dos serviços de forma integrada. Enquanto não se compreender e perspetivar, a elaboração e execução de políticas públicas funcionais, sustentáveis e com resultados promissores ficará difícil atingirmos a cobertura no acesso universal á saúde até 2030, como apontam os objetivos do desenvolvimento sustentável.

Em relação a prestação dos cuidados de forma integral, também é um outro dilema, como já descrevemos anteriormente. De acordo Souza et al (2012, p.454) “a integralidade compreende-se como um dos pilares da atenção primária, que se

fundamenta na garantia de assistência em todos os níveis de densidade tecnológica e articulação entre promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e sua família”. A partir da análise, o nosso sistema de saúde é essencialmente hospitalocêntrico, ou seja, encara o hospital como a via obrigatória para o processo de produção e reprodução da saúde. Integralidade, deverá significar que todo e qualquer utente deve ser encarado de forma, sistemática e estruturada. A saúde dos/as utentes deverá atender de forma prática a questão da promoção, prevenção, cuidado, cura e reabilitação, de forma articulada, tendo em conta as dimensões e as determinações da sua totalidade.

Significa dizer que, atuam a articulação de todos os serviços e toda a rede de assistência ao utente de forma individual e coletiva, dependendo de cada caso. Os nossos serviços, precisam em primeira instância de uma organização para a compreensão da funcionalidade prática do nosso sistema, quer a nível de estruturas, quer a nível de gestão para a construção de uma saúde que não fragmenta o/a utente, tratando-o de forma residual ou paliativa, mas sim que deverá atender todas as suas necessidades de forma pontual e vocacionada.

Em relação ao tendencialmente gratuito, aqui é onde reside o maior problema. O nosso sistema de saúde, como já referimos, abrange dois sectores o público e o privado. Pois, com o sistema capitalista em vigor o sector da saúde foi atingido em cheio, e verifica-se que a saúde dos angolanos foi transformada em um produto mercantil ou comercial, onde as instituições sanitárias quer públicas ou privadas são as lojas privilegiadas para a compra deste produto. Esta forma de encarar a saúde é reforçada com a passagem descrita no relatório sobre saúde na região africana, sobre a saúde das pessoas encabeçada pela Organização Mundial da saúde em 2014, a quando se afirmava que “a saúde rende dividendos económicos: as pessoas saudáveis são mais produtivas e as crianças desenvolvem-se melhor e tornam-se adultas e produtivas. Uma população saudável pode igualmente contribuir para o crescimento económico dos países” (OMS, 2014, p.16).

Esta afirmação, tem razão de ser, se encarmos a saúde como um produto comercial de facto, olhando para o lado económico. É claro que as pessoas produzem mais quando têm saúde, mas não devemos encara-las como umas máquinas apenas de produção. E quando esta não produzir mais é considerada inútil? Descartável? Um fardo para a sociedade? Como um lixo que nem serve mais para ser reciclado?

A pandemia da Covid-19, tornou claro o quanto é precário o nosso sistema de saúde público, pois o momento vivido foi oportuno para se avaliar o quanto o nosso sistema de saúde precisa ser melhorado, pois havia uma diferenciação clara do tratamento que se dava aos infetados com o vírus ou diagnosticados, em que mesmo com o estado de calamidade pública declarada os economicamente protegidos eram encaminhados para os hospitais privados (Clínicas) onde verificava-se condições mínimas para o internamento e assistência, já os economicamente desprotegidos eram encaminhados no hospital de campanha, em condições precárias e com uma assistência mínima.

Temos um sistema de saúde público que se difere do sistema brasileiro onde constata-se gratuidade exclusiva, ou seja, a saúde pública é gratuita ao passo que no nosso sistema o legislador usou sua perspicácia jurídica capitalista colocando como uma das características do nosso sistema de saúde ser “tendencialmente gratuita”, e é este tendencialmente que tem sido obstáculos para as famílias desprotegidas economicamente para o acesso universal à saúde.

Pois, em Angola para se ter acesso aos serviços de continuidade, consultas externas, exames complementares, os cidadãos têm de pagar estes serviços, a isso adiciona-se aos fármacos prescritos que também não têm sido acessíveis nas farmácias dos hospitais públicos e registando inclusive utentes internados em que as famílias devem mobilizarem-se para comprarem materiais gastáveis (luvas, seringas, descartáveis, mascaras, medicamentos e entre outros materiais) para assistirem os/as utentes, o contrário o/a utente é atirado á sorte. E, em relação a saúde privada, esta é para quem tem poder de compra, quem não tem poder de compra não é assistido, estando assim á margem a luz do direito á saúde. Esta contrariedade, é mais patente quando se verifica que a maior atenção, abertura e ampliação e atenção é cada vez mais dada para o sector privado. Evidenciando que, quanto mais se amplia a saúde privada mais se precariza a saúde pública e consequentemente o enriquecimento da burguesia.

Enquanto profissional de Serviço Social ao encarar esta realidade de forma transversal, atixa na observância do nosso compromisso ético-político, não nos permitindo termos esta visão de reduzir a objeto um ser humano e quando mais se trata deste se contorcer de dor, de sofrimento, do seu estar mal, nos convém prestarmos assistência encaminharmos o/a utente auxiliando-o e de forma mediada aproximarmos suas necessidades junto aqueles que estão na primeira linha de

atendimento e gestão a nível institucional para a mitigação destas situações que os/as afligem. Daí que o compromisso profissional é garantir o acesso aos seus direitos, flexibilizando os seus condicionantes a fim de que nosso esforço se reflita na adequação para sua funcionalidade e integração na sociedade. É urgente que os gestores, os políticos, as sociedades civis se sintam tocados e que a vontade política possa despertar um olhar de forma comprometida e coletiva para que se possa quebrar este desinvestimento intencional na saúde pública. Pois precisa-se devolver á população uma saúde de todos e para todos de forma ampliada, integral e de qualidade, e não uma saúde pública que sobreviva das amarras dos serviços mínimos e paliativos.

Em relação a equidade, se o objetivo da equidade, é equilibrar, é reduzir assimetrias em termos assistenciais, há um caminho muito longo que precisamos percorrer. A nível de infraestruturas verifica-se que a maioria das infraestruturas estão na capital, tal como acontece com a distribuição dos profissionais e por sua vez a maioria dos serviços especializados e de ponta encontram-se centralizados em Luanda. O que põe em causa o princípio da equidade. Esse fato tem contribuído para o êxodo rural acentuado, provocando constrangimentos no processo de gestão dos problemas de Luanda.

É necessário que se desangolanize Luanda, Angola não é só Luanda e o maior desafio ainda é este trazido com a nova configuração administrativa onde Angola passou de 18 para 21 províncias, onde não se percebe que formula se utilizará para fazer face a esta desigualdade acentuada. E, é preciso que se reconheça a existência das assimetrias, pois cada comunidade, cada província tem os seus problemas e suas particularidades, pelo que os recursos alocados, as condições criadas deverão ser de acordo as suas necessidades, estabelecendo assim um plano de necessidades.

A gestão descentralizada e participativa, visa o fortalecimento da liderança para uma tomada de decisão mais assertiva e contributiva, para que os recursos disponíveis, estejam de acordo as necessidades dos/as utentes. A realidade aponta que os gestores, receiam em relação a gestão descentralizada, daí que a prática nos apresenta uma gestão centralizada. Justamente tem sido uma das razões da não funcionalidade do nível primário e secundário, pois os recursos têm estado sob controlo dos órgãos centrais, ficando assim as unidades de base sem algum orçamento que possam provocar alguma melhoria significativa.

Atualmente, o novo paradigma de gestão é mesmo este, que passa pela descentralização e acima de tudo deverá contar com os colaboradores que são a parte envolvida no cumprimento das atividades. Assim o desafio é ter uma gestão que não só aproxime os/as utentes na satisfação das necessidades, mas também possam confiar e de forma colaborativa acessem os serviços com espírito de pertença. E que os colaboradores, estabeleçam um ambiente laboral saudável, construindo uma relação horizontal, onde cada um possa sentir-se parte integrante da equipe, colocando assim suas competências e experiências à disposição de quem precisa. Assim uma gestão descentralizada e participativa, permite melhor colaboração, maior produtividade, melhor interação e a criação de um bom ambiente laboral.

CAPÍTULO 2. SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE DE ANGOLA

2.1. Contextualização sociohistórica do Serviço Social na saúde

Os contextos sócio-históricos não são estanques, mas dinâmicos apesar da existência de elementos que estão na base da nossa identidade profissional em Angola, eles se deram e se dão em realidades diferentes e com particularidades específicas, determinadas pelas condições e influências históricas, econômicas, políticas, culturais e sociais.

O Serviço Social é uma profissão impregnada pelas profundas mediações dessa historicidade, que marcam e determinam os processos de sua existência em cada período, ao mesmo tempo, suas possibilidades e direcionamento. É a partir dessa perspectiva, que podemos compreender a importância do processo sóciohistórico da gênese da profissão, suas influências, transformações, e do trabalho do/a assistente social na saúde, abrindo possibilidades para o pensar na articulação e fortalecimento do trabalho profissional.

É nas marcas mais profundas e sensíveis da manifestação da natureza humana em que se dá o Serviço Social, decorrente do exercício da “caridade” e no ato de “solidariedade” ou “ajuda sistemática”, influenciado a luz do pensamento social da Igreja Católica. Surgiu na Europa, se desenvolve e se institucionaliza nos EUA e América Latina. Num cenário da revolução Industrial, em respostas de apoio a classe trabalhadora em dificuldades, à chamada “questão social” e suas expressões resultantes dos efeitos do sistema capitalista.

Historicamente precisa-se fazer este recorte ao procurarmos compreender o Serviço Social no Brasil que nos serve de referência e nos abre a possibilidade de construir nossa referência, se reafirmando de forma consolidada e com seus desafios contemporâneos próprios de um processo de amadurecimento da categoria profissional. Sua institucionalização marca entre 1930 a 1950, mas só em 1953 viria a ser considerado como curso de graduação. Com o surgimento de escolas que viriam traçar o rumo dos profissionais para responderem a demanda naquele contexto. A Escola de Serviço Social de São Paulo, onde hoje ocorre as instalações e que viriam ser a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) é a primeira escola de referência datada em 1936. Com o agravamento das expressões da questão social, neste período Menezes (2020, p.2) referencia que estiveram na base dois fatores que determinaram a expansão do Serviço Social na Saúde brasileira: 1º o novo Conceito

de Saúde elaborado pela OMS (Organização Mundial da Saúde), em 1948; 2º Consolidação da Política Nacional de Saúde no Brasil, em 1945. De acordo a autora em referência a firma que é

Neste sentido que o Assistente Social passa a ser um dos profissionais do Estado onde desenvolvia tarefas educativas (hábitos de higiene e saúde), além de atuar em hospitais desenvolvendo atividades de plantão, triagem, ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação providenciaria. Sob orientação de uma perspectiva positivista, de influência norte-americana (Menezes, 2020, p.3)

Neste período, a intervenção dos/as Assistentes Sociais era de natureza positivista, com maior realce no Serviço Social de caso, com técnicas vinculadas a abordagem individual, na psicologização dos/as utentes e execução de tarefas burocráticas.

Apesar da influência Americana e Europa, em 1965 o Brasil dá um novo direcionamento à profissão seguindo uma nova abordagem, incidindo nas determinações sociais da saúde, trazendo assim a perspectiva marxiana na abordagem à saúde trabalhando em uma perspectiva coletiva na ampliação e acesso aos direitos dos/as utentes. No contexto atual o Brasil possui um sistema de saúde que é uma referência a nível mundial, onde o Serviço Social está consolidado de referências para outras realidades onde Angola não é uma exceção, onde os/as Assistentes Social na saúde é um profissional legitimado com a resolução nº383/99 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) atuando nas diferentes dimensões da saúde e das políticas públicas em geral e pela resolução nº218/1997 do Conselho Nacional da saúde reconhecendo o/a Assistente Social como um profissional de saúde de nível superior.

Desse modo, a saúde pública que assiste os brasileiros é uma conquista entre as demais políticas públicas existentes e se referencia como um sistema descentralizado e regionalizado, um sistema único e articulado, com um forte mecanismo de um trabalho em rede e dispostos a garantir o acesso universal à saúde exclusivamente gratuita, tornando funcional o contrato social onde a saúde é um direito dos cidadãos e obrigação do Estado e com todos os desafios que os assiste.

Em Angola, é histórico o período da penetração portuguesa, fruto das expedições marítimas, que por sua vez culminaram com o chamado processo de “tráfico de escravos”, mas que se verificou suas fortes influências políticas,

econômicas, culturais, raciais, que serviram de sustentáculos para o seu domínio, onde Angola foi transformada em província ultramarina de Portugal, até então chegar a sua independência em 1975.

Sob domínio português, fruto de uma aliança com a Igreja Católica, surgiu nesta época o que chamaríamos de “institucionalização do Serviço Social”, que marca o início do Serviço Social em Angola, criado com o objetivo de servir aos interesses do colonizador.

Assim, em 1962, surge o Instituto de Educação e Serviço Social PIO XII, que segundo Santo (2023, p.19) “foi criado pelo decreto nº 44.159, de 18 de janeiro de 1962, do ministério do ultramar e posterior portaria nº 12.472, de 3 de dezembro do mesmo ano.” Com este instituto, sob gestão da igreja católica, lançaram-se as bases para a formação de “Assistentes Sociais, Educadores Sociais, Educadores de Infância, Monitoras de Infância e Auxiliares de Família” (ibidem). É com este capital humano uma vez formados que os governos portugueses viriam dar respostas aos problemas sociais naquele contexto.

Para a formação de Assistentes Sociais, Santo (2023) afirma que os planos curriculares apresentavam as seguintes características:

- a) Os conteúdos teóricos da formação foram elaborados segundo os conteúdos das escolas da metrópole, dado os primeiros professores terem sido aí professores e transportarem as suas experiências. Realizarem-se algumas adaptações locais, nomeadamente no que diz respeito ao conteúdo das sociedades rurais em Angola; introdução de uma língua nacional; adaptação dos conteúdos das cadeiras na área da saúde e prevenção da saúde e promoção da saúde, educação, como supletivas de deficiências nos sistemas, como aprender a fazer partos, cuidados materno-infantis, ocupação de tempos livres das crianças, primeiros-socorros, melhoria nutricional com introdução de alimentos locais;
- b) A estratificação dos cursos superior, médio e básico, correspondendo á estratificação da sociedade colonial; dada a sua ligação com a igreja católica, houve uma grande componente nesta área, ou seja, a teologia;
- c) No que diz respeito aos estágios, há uma grande preocupação em dar respostas a problemas sociais das populações mais fragilizadas, quer nas áreas rurais quer nas zonas suburbanas das grandes cidades, particularmente na capital da província, que compunham os grandes contingentes populacionais imigrantes (Santo, 2023, p.150).

Com estas características, do plano curricular da formação de assistentes sociais, reside as verdadeiras intenções de formatar estes profissionais para servirem os interesses do colonizador. Trata-se de um plano estrategicamente elaborado e percebe-se que existe uma orientação formativa de matriz teórico-metodológico positivista. Pois, era conveniente que os/as profissionais dominassem as línguas

locais para melhor comunicação aos seus beneficiários, pois a Teologia vem enraizar os valores que permitissem que os formandos se aculturassem com os desígnios dos colonos alienando sua colônia.

Os/As assistentes sociais formados/as, desempenhavam uma série de ações e na saúde ocupavam um lugar de destaque. Neste período o Serviço social vinculado à área da saúde ganha legitimidade, com os seguintes diplomas:

[...] diploma legislativo nº3324, de 31 de 1962-criação do Serviço Social hospitalar e da Direção geral da saúde e o decreto nº 45.541, de 23 de janeiro de 1964 que aprova o regulamento dos serviços de saúde e assistência do ultramar que deu relevo as atividades de assistência social (Santo, 2023, p.58).

Desse modo, podemos apreender algumas atribuições dos/as Assistentes Sociais na saúde, quando em uma das entrevistas o sujeito de pesquisa da obra de Santo (2023), constatou-se o seguinte depoimento:

O Serviço Social que aí se praticava tinha as valências - assistência a doentes carenciados económica e socialmente em termos de cobertura das suas necessidades medicamentosas gerais, encaminhamento a outros hospitais mais diferenciados como o de Benguela ou mesmo Luanda no caso dos cancerígenos; acompanhamento individual e familiar (domiciliar) às consultas dos doentes do foro psíquico e seu encaminhamento para psiquiatria em Luanda; acompanhamento familiar, a doentes de psiquiatria e tuberculosos, distribuição de medicamentos (tinham a responsabilidade da distribuição dos fármacos numa zona periurbana do Lobito) e encaminhamento de doentes tuberculosos ao dispensário antituberculoso de Benguela. De igual forma, o Serviço Social hospitalar fazia o acompanhamento das pessoas portadoras de deficiência nas consultas e confecção de prótese, estas realizadas, na altura, por um técnico protésico, que vindo regularmente do Huambo, fazia a cobertura dessas necessidades a nível dos hospitais dos distritos de Benguela e Huila.

Em termos de necessidade de deslocação para Luanda, dos doentes carenciados, previamente, comprovados, por inquérito familiar, cabia ao Serviço Social, encaminhar os processos para financiamento pelo IASA (Delegação de Benguela, no caso), com quem mantinha um relacionamento estreito [...] (entrevista Maria Alice Robalo, Turras, 2007) (Santo, 2023, p. 60)

A partir deste longo e substancial depoimento em referência, é notório o testemunho do trabalho profissional que os/as assistentes sociais desempenhavam naquele período. Está patente que a situação de vulnerabilidade dos/as utentes que justificavam a ação dos/as assistentes sociais, é histórica e apesar das transformações sofridas continuam influenciando o presente. As mazelas das expressões da questão social, mesmo com todas possibilidades de emancipação humana e política que revolucionou e conduziu à independência do país, com a livre

opressão colonial, sofreu uma espécie de reprodução que continua até na atualidade, sendo cada vez mais agravadas de forma transversal.

Por outro lado, podemos observar no referido depoimento, que os/as assistentes sociais tinham noção das suas atribuições e de suas competências, durante o processo de trabalho a nível da saúde é possível nas entrelinhas captar as seguintes atribuições: o acompanhamento dos pacientes quer internados quer no ambulatório; o encaminhamento de doentes crónicos para assistência mais especializada; o trabalho com as famílias; visitas domiciliare; bem como, assistência as pessoas com dificuldades de locomoção; auxílio social aos mais vulneráveis.

Desse modo, no processo formativo dos/as assistentes sociais em 1963 os cursos tinham os seguintes princípios e objetivos:

- a) Preparar Assistentes Sociais de formação polivalente para exercerem a sua função em todos os sectores onde o progresso social deve surgir e caminhar lado a lado com o progresso económico;
- b) Preparar Assistentes Sociais para lançar ou colaborar nos planos de acção sanitária e educativa que contribuirão para a saúde física, mental e espiritual das populações;
- c) Preparar Assistentes Sociais para lançar e orientar o Serviço Social de comunidades e colaborar nos planos de desenvolvimento comunitário;
- d) Preparar Assistentes Sociais capazes de chefiar instituições e obras de assistência, de Serviço Social, de educação social e de elaborar e executar planos de acção social (Santo, 2023, p.121).

Com os objetivos a cima descritos, criam-se condições para alargar o processo formativo de assistentes sociais, trançando o perfil de saída dos profissionais com as suas respetivas competências. Pois nota-se, neste processo formativo a grande necessidade da preparação dos/as assistentes sociais para darem respostas a nível da saúde.

Segundo Santo (2023, p.58), em 1964 o setor da saúde era constituído pelas seguintes infraestruturas hospitalares e profissionais, como apresenta a tabela à seguir.

Tabela 2. Infraestruturas e profissionais da saúde existentes em 1964

Infraestruturas hospitalares	Profissionais na saúde
15 hospitais regionais	245 médicos de diversas especialidades
69 hospitais rurais	129 farmacêuticas e analistas

239 postos sanitários	612 enfermeiros, parteiras e visitadoras 179 agentes rurais 45 irmãs hospitaleiras 22 microscopistas
35 maternidades;	
10 dispensários infantis	
07 leprosarias	
06 dispensários antituberculose	

Fonte: elaborado pelo autor.

Fazendo uma análise comparativa em relação ao atual contexto, podemos constatar que as unidades hospitalares sofreram uma grande alteração não só na sua configuração, mas também na forma de funcionamento e quantidade. Em relação aos profissionais regista-se um aumento significativo.

Estes dados se referem ao período colonial, depois do pós-colonial e termos alcançado a independência as infraestruturas e o quadro de pessoal que responde o sistema nacional de saúde aumentou significativamente por intermédio de um plano de reconstrução e formação de quadros. Pois, o que é histórico além das suas transformações, também se dinamizam no tempo e no espaço, com todas as suas influências políticas, econômicas e sociais.

Desse modo, a luz dos movimentos revolucionários contestatários, sobre o regime da opressão colonial, em 1975 Angola proclama a independência, marcando o fim da opressão e exploração colonial. Num período de muita contestação política e social no país, surgiu a necessidade de uma orientação política e fruto do perfil de saída de profissionais formados pelo instituto PIO XII, com uma perspetiva crítica e, nesse contexto, tendo em conta a sua adaptação ideológica o Instituto conheceu o seu fim pelas estruturas políticas em 1977.

Em 1992, com o reacender da guerra civil, resultando em sofrimento do povo, mortes entre irmãos, a fome que assolava, famílias em situação de vulnerabilidade, índice de analfabetismo elevado a nível das comunidades, o êxodo rural, o que tornou visível e agudizante as expressões da questão social, naquele contexto.

Em 1994, foi criado o Instituto de Ciências Religiosas de Angola (ICRA), com o Curso de Educadores Sociais, por intermédio da Igreja Católica sob influencia portuguesa num contexto em que as Organizações Não Governamentais (ONG) se faziam presentes em Angola.

Uma vez formados, os Educadores Sociais eram lançados para o mercado de trabalho, onde as ONGs absorviam a maior parte da força de trabalho destes profissionais que trabalhavam para o desenvolvimento das comunidades, alavancando o desenvolvimento comunitário, colaborando em vários projetos tais como: educação, saúde, cidadania, cultura, construção civil entre outros.

Com o emergir da paz em 2002, Angola entra num processo de reconstrução nacional, onde já eram visíveis os resultados e os impactos dos Educadores Sociais fruto de uma cooperação substancial com as ONGs. No atual contexto, muitas ONGs terminaram suas missões em Angola, restando poucas que têm dando sustentabilidade em outros projetos.

Neste sentido, é de suma relevância fazer um recorte, em relação o Serviço Social na saúde de Angola, sobre a forte influência nacional dos Educadores Sociais e Assistentes Sociais, a nível das Forças Armadas Angolanas que atuam na saúde, que surgiram no âmbito da cooperação do plano de estágios que o ICRA lança para as várias instituições. E, as Forças Armadas Angolanas (FAA) é uma instituição estratégica e com fortes relações para a atuação do/a assistente social na área da saúde, desde a formação, estágios, pesquisas, atuando de forma coletiva e participativa.

Esse processo é fruto dos resultados das ações dos estagiários naquela instituição castrense, conforme análise de Monteiro (2016).

Em 2003, foram selecionados 40 Educadores Sociais, para participarem a nível das FAA, em uma pesquisa para vigilância comportamental em relação ao HIV/SIDA. Tendo constatado durante a pesquisa outros problemas como analfabetismo, fraca articulação entre as instituições militares e civis na busca de soluções a problemas coletivos, excessiva agressividade e violência nas relações, alcoolismo, necessidade de seguimento social, sobretudo em doentes crónicos militares, muitos deficientes de guerra, necessidade de localização familiar etc. Após o estudo mereceu o devido relatório e as respetivas propostas, os resultados impactaram até as chefias militares, sendo em Abril de 2004, o Chefe da Direção dos Serviços de Saúde do Estado Maior General das Forças Armadas Angolanas (DSS/EMG/FAA), acompanhou pessoalmente quinze (15) estagiários até o Comando da então 6ª região militar em Lubango, território que compreendia na época três (3) províncias, Huila, Namibe e Cunene, escolhida para implementar aquele projeto em carácter experimental. Decorridos os seis meses de estágio de convívio direto e ininterrupto com os militares os relatos das unidades que haviam acolhido os estagiários eram surpreendentemente positivos, tendo todas elas sugerido a imediata incorporação militar destes técnicos. Após apresentação das experiências de estágios no ICRA-Educadores Sociais e na DSS/EMG/FAA em Luanda (capital do país) em novembro de 2004, as duas instituições concluíram que as propostas esboçadas nos relatórios individuais deviam ser valorizadas e trabalhadas, com especial atenção a que propunha a criação do programa de Serviço Social para os militares. [...] cinco foram

convidados a incorporar nas Forças Armadas Angolanas com o objetivo de elaborarem e desenvolverem o programa de Serviço Social para os militares através do despacho nº10 Gab. CEMG/FAA/2008, com a denominação do programa de Assistência Psicológica e Social (Monteiro, 2016, p.204).

A narrativa e construção coletiva do Serviço Social na saúde de Angola e das FAA, é movida com muita determinação, pois é da competência dos primeiros profissionais que partem para as experiências, resultando em grandes impactos com resultados promissores no programa e na presença da profissão nesse espaço. Em 2009 o Programa integrou a estrutura orgânica dos Serviços de Saúde das FAA, como Programa de Assistência Psicossocial Geriatria e Cuidados Continuados (PAPGCC), cujos protagonistas e sujeitos históricos são os 6 (seis) militares e profissionais (Educadores sociais e Assistentes Sociais) que contribuíram de forma significativa para o surgimento deste grandioso programa a nível das FAA, que representa o Serviço Social na Saúde nas Forças Armadas de Angola, organizados e distribuídos a nível nacional. Por tanto eis aqui os sujeitos históricos considerados como os protagonistas da estruturação do Serviço Social na saúde das FAA:

1. Coronel-Amor António Monteiro
2. Tenente Coronel- Anibal Manuel Quitumba
3. Tenente Coronel- Hamilton Quipinga Sabalo
4. Tenente Coronel-Alfredo Manuel
5. Major-Pinto Daniel
6. Tenente Coronel, Anibal Kitumba.

É necessário deixarmos patente que, para este projeto se efetivar esteve na base o protagonista, que serviu de ponte no âmbito de cooperação institucional entre as DSS/EMG/FAA/ e o ICRA, como um grande impulsionador o Coronel Miguel Gaspar, médico e professor no ICRA e ISUP JP II naquela altura.

De modo a dar sustentabilidade institucional e alargar as ações do programa, dada a sua relevância e impacto, em cooperação permanente com o ICRA, os educadores sociais uma vez formados, aqueles que quisessem incorporar as FAA, eram selecionados para o processo de recrutamento e depois de estarem prontos e promovidos ao grau de Oficiais, ou seja, primeira patente a nível dos oficiais subalternos que denomina-se Aspirante para o Exército e a Força Aérea e Guarda Marinha para a Marinha de Guerra Angolana. Assim, eram colocados nos três Ramos das FAA, tais como Exército, Força Aérea e Marinha, dando a sustentabilidade ao programa, a nível das Seções de Assistência Psicológica e Social, bem como nos

Serviços de Testagem Voluntária para o VIH/SIDA, nas Clínicas dos Ramos, Enfermarias, Hospitais Regionais e Central e nas respetivas Direções.

Com esta força de trabalho, os Educadores Sociais, têm como objetivos, elevar o grau de saúde dos militares, seus familiares e trabalhadores civis, por intermédio da prevenção, promoção, reabilitação, acompanhamento dos doentes crónicos para sua restauração psicológica, biológica e sociais, para o cumprimento de missões de forma ininterrupta e o cumprimento das suas funções sociais que a sociedade os impõe.

Em 2005, a Conferência Episcopal de Angola e São Tomé (CEAST), ressurgiu o curso superior de Serviço Social, integrado a luz do decreto executivo nº128/11, de 26 de agosto de 2005, como unidade orgânica será a Universidade Católica de Angola (UCAN), com objetivo de intervir a nível das políticas públicas, na redução da vulnerabilidade da população, na elaboração de projetos, bem como no fomento do desenvolvimento quer a nível das zonas urbanas, peri urbanas e zonas rurais, ou seja em toda extensão do território nacional angolano. Assim, uma vez formados são absolvidos por instituições públicas e privadas.

A nível da saúde, a Direção de Saúde das FAA mudou de estratégia, pois o plano anterior estabelecido com o ICRA, passa a ser vinculado com o Instituto Superior João Paulo II (ISUP JP II), que vai formar assistentes sociais. Muitos destes profissionais são selecionados para o estágio nas FAA, uma vez que face as expressões da questão social é um campo fértil para a sua intervenção. Assim, com os resultados alcançados da anterior experiência com os educadores sociais, também passou a incorporar as FAA os/as assistentes sociais. Uma vez formados e promovidos ao grau de Oficiais, saindo com a patente de oficiais a nível dos subalternos, subtenente para o Exercito e força aérea e Tenente de Corveta para a Marinha de Guerra angolana, pois uma vez sendo técnicos superiores, afirma-se que estes oferecem maior confiança em termos de sustentabilidade nos programas, ao contrário do que acontece com os educadores sociais, pois estes últimos uma vez que incorporavam como técnicos médios, ao darem continuidade da formação ao invés de fazerem o curso superior de Serviço Social como eram orientados muitos optavam em fazer Direito, Enfermagem, Medicina, cardiopneumologia, entre outros cursos. Foi justamente este desvio que fez com que as FAA recrutassem assistentes sociais e não priorizarem mais educadores sociais.

Em 2009, cria-se o Instituto Superior de Serviço Social de natureza pública através do decreto executivo nº7/09, de 12 de maio, com início do processo formativo

a partir de 2010, para ampliação das respostas demandadas no presente contexto angolano, formando assistentes sociais e educadores de infância. Tratando de uma profissão fundada na divisão sociotécnica do trabalho, a inserção do Assistente Social no mercado de trabalho é dado ora como concursado ou por contratação, vendendo sua força de trabalho como trabalhador assalariado. Dando respostas aos desafios impostos nesse espaço sócio-ocupacional.

Em 2022, marca-se de forma histórica no país, pela primeira vez a abertura de concurso público na saúde, onde os/as assistentes sociais foram contemplados, por intermédio do despacho conjunto nº 547/2022, ao abrigo do decreto presidencial nº102/11, de 23 de maio. Foram admitidos 100 (cem) assistentes sociais, com o decreto presidencial nº 112 de 17 de maio de 2024, e oportunizou o ingresso de 26 (vinte e seis) assistentes sociais por cota adicional, que por via de contrato foram colocados em várias unidades hospitalares civis, desde o nível primário, secundário, terciário e especializado, bem como a nível das Direções Municipais e Provinciais, pelo que têm dado seus contributos a todos os níveis, com vários desafios que o contexto contemporâneo impõe para a profissão na área da saúde.

2.2. Saúde enquanto espaço de trabalho dos/as Assistentes Sociais

O conceito ampliado de saúde referenciado pela Organização Mundial da saúde, trouxe uma nova abordagem de saúde, com um olhar nos determinantes sociais da saúde, dando assim espaço a uma intervenção interdisciplinar na abordagem da questão saúde-doença. Para Bravo (2012, p. 29) esta abordagem veio “suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis, ampliar a abordagem em saúde introduzindo conteúdos preventivos e educativos, bem como, criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social”. Serviu de oportunidade para a inserção de vários profissionais além daqueles tradicionais dados no seu processo histórico como os Enfermeiros, Médicos, Biomédicos. Tendo ampliado para a intervenção multidisciplinar, com a inserção de outros autores sociais, tais como Psicólogos, Assistentes Sociais, Educadores Sociais, Sociólogos, entre outros. Pois é um fato que,

A coabitação entre serviços clínicos e os serviços sociais no sector da saúde é inevitável e organizações de saúde passam a adoptar uma postura abrangente que perceba e respeite as peculiaridades culturais. Este contributo, só é possível com a participação dos trabalhadores sociais enquanto profissionais habilitados a trabalhar com indivíduos, grupos e comunidades levando a resolução de problemas no contexto das relações humanas incluindo os fatores de âmbito biopsicossocial (Angola, 2008, p.4).

Não obstante a estas vantagens trazidas pela percepção de saúde da OMS, é necessário pontuarmos que o conceito de saúde deverá, ter relação com,

[...] O contexto histórico de uma determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento (...). Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde (Brasil apud Mito e Nogueira, 2009, p.273).

Portanto, das referências ora descritas, percebe-se que apesar das críticas do ponto de vista de alcance, de concretização, não se pode negar que esta percepção de saúde trazida pela OMS, é que além de trazer esse avanço de desconstrução do olhar biológico, trouxe um outro olhar multifatorial de se produzir e reproduzir saúde, ampliando as ações na saúde em termos de cuidados, reabilitação, promoção, prevenção, e o fortalecimento de políticas assistenciais que atuam junto aos utentes na perspectiva interdisciplinar, multidisciplinar, intersectorial e comunitária.

Neste contexto, o debate sobre esta percepção de saúde, impõe um olhar para o redirecionamento pontual das dimensões da saúde humana, tornando-os mais objetivos, alcançáveis, concretos, tendo em conta a realidade de cada país, a partir de seus aspectos históricos, antropológicos, económicos, políticos, sociais, culturais, hereditários, organização do sistema de saúde, boa governação, o meio ambiente, por intermédio de programas específicos focalizados e prioritários, com alcances locais, provinciais, nacionais de forma comprometida e sustentável. Portanto,

O atual conceito ampliado de saúde desloca-se do campo biológico. Ele precisa ser pensado não apenas do ponto de vista da doença, mas dos aspetos económicos, políticos e histórico-sociais, da qualidade de vida e das necessidades básicas do ser humano, seus valores, crenças, direitos, deveres e das suas relações dinâmicas e construídas ao longo de todo ciclo da vida e do meio em que convive. É indispensável, nesse contexto, entender saúde por meio das relações históricas e socioculturais que o indivíduo mantém com o outro e com a comunidade e nas suas formas de convivência com o meio ambiente (CECIERJ, 2020, p.1).

Desse modo, refletir sobre a concepção da saúde é um exercício de fácil operacionalização. Mas, o seu alcance não é tarefa fácil, devido a vários fatores

complexos envolvidos que muitas vezes nem sempre depende exclusivamente de atividades individuais.

Nesta ordem de ideias, percebe-se que a saúde não se produz de forma isolada, mas sim em interação com outros fatores, por esta razão Mascarenhas citado por Belda (1978, p. 62) afirma que “o indivíduo doente ou sadio não pode ser observado com exclusão de seu meio físico, biológico e social. Os problemas de saúde pública devem ser investigados e estudados de modo integral, em confronto com outros problemas não sanitários [...]”.

É nesta perspectiva em que o/a Assistente Social encontra na saúde espaço de trabalho, que apesar do seu trabalho ter várias dimensões, mas a nível hospitalar onde muitos encontram sua porta de entrada para o seu trabalho profissional. Considerando este espaço como uma das formas organizativas institucionais, para fazer face a essa aproximação na manutenção à saúde onde são infraestruturas de saúde, hospitalares e outras, tomadas não como parte exclusiva, mas sim apenas uma parte que participa na concretização plena da saúde de todos os cidadãos.

Por sua vez, o cotidiano hospitalar é demarcado pela interação entre os profissionais, suas relações com os/as utentes, a utilidade dos profissionais e as expectativas dos/as utentes, sua gestão e todas aquelas situações manifestas que influenciam positiva e negativamente o ambiente laboral, entre os profissionais. É por intermédio deste cotidiano que é construído o trabalho do/a assistente Social na saúde.

Aqui remetemos a um conjunto de fatores que influenciam o adoecer e o recuperar do/a utente, por intermédio das condições que o ambiente hospitalar, a capacidade de respostas, a interação/comunicação que acolhe para fazer face as necessidades dos/as utentes.

No espaço hospitalar da saúde ocorrem vários/as utentes, cada um com suas especificidades o que aumenta mais ainda o desdobramento dos profissionais em responder as exigências dos/as utentes. O cotidiano apresenta exigências para atendimento dos/as utentes, atividades rotineiras, pelo que o fluxo de utentes e os casos encaminhados vai determinando o esgotamento psíquico, físico dos profissionais fazendo com que toda essa situação vai dando outras demandas. Trata-se de um processo bastante complexo, que exige uma intervenção e comprometimento com um trabalho que deve ser encarado de forma coletiva.

O movimento dos/as utentes diariamente é marcado por um processo que requer um fluxograma organizacional para que se dê conta e manifeste suas necessidades de forma pontual, acolhida e direcionada. Isto faz com que os profissionais tenham um olhar diferenciado para o atendimento das demandas, a partir do prontuário de admissão do/a utente, seu encaminhamento ao serviço correspondente.

Mas, este processo não se dá de forma célere, mas sim obedece a protocolos que as vezes quebram as expectativas dos/as utentes, devido a complexidade que o trabalho profissional remete, desde o encaminhamento do/a paciente ao consultório, o tempo de atendimento, o tempo de espera para os exames e até o resultado, que muitas vezes só termina com o diagnóstico e a receita. Pelo que esta rotina quebra, desgasta o paciente.

Esta é uma das expressões mais visíveis a nível da saúde, assim concordamos com Yazbek (2001, p.33) ao afirmar que “a questão social tem expressado diferentes fenômenos sociais na sociedade e na saúde principalmente o Estado se exime da sua responsabilidade”. Pensamos ser um respaldo de um sistema capitalista, pois este fato tem reflexos no trabalho do/a assistente social, pelo que quanto mais as expressões se ampliam mais é a sua demanda.

De fato, muitas são as dimensões com as quais estamos comprometidos: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, produzir saúde. Muitos são os desafios que aceitamos enfrentar quando estamos a lidar com a defesa da vida e com a garantia do direito á vida. Neste sentido, existem outras expressões da questão social que precisam também de uma atenção especializada dos/as assistentes sociais, que são as doenças “crônicas degenerativas” transmissíveis e não transmissíveis, que cuja gestão e acompanhamento dos/as assistentes sociais têm necessidade de intervenção. Assim, doenças crônicas é uma questão social, mas as consequências que advirem no decorrer de lidar com a doença são expressões da questão social tais como, contaminação dolosa, a desproteção em relação as doenças sexualmente transmissíveis, a não adesão as consultas médicas e exames médicos de controlo, o abandono familiar, não adesão ao tratamento, não adoção de um modo e estilo de vida saudável, gerando a deterioração do estado de saúde dos pacientes, absentismo as consultas externas.

Na saúde, a questão social apresenta uma dinamicidade de expressões, ao nos depararmos com expressões resultantes de uma insuficiência renal, tuberculose,

alcoolismo, hipertensão arterial, entre outras, o/a assistente social deve dar conta destas demandas, fazendo o seguimento destes pacientes de forma continuada, criativa, pontual e articulada.

Assim o trabalho profissional frente a essa complexidade pode ser por meio da produção do conhecimento, que possibilita caracterizar cada tipo de evento na natureza e intervir sobre as relações entre as variáveis que constituem as condições de saúde, de forma a alterá-las para melhor. Para alcançar saúde é necessário intervir sobre o universo dos determinantes da saúde pessoais e não-pessoais. Daí que devemos contextualizar a saúde que passa essencialmente em ter acesso à satisfação das necessidades básicas, um ambiente habitacional digno e protegido, saber identificar oportunidades no meio ambiente para adaptar a própria vivência, ter saneamento básico saudável, ter um trabalho digno e sustentável, ter acesso aos serviços de saúde, com atendimento integral e pontual, ter acesso ao conhecimento por meio da educação para a saúde, empoderando as populações para que possam atuar como promotores do seu próprio processo de saúde.

Nessa sequência, é histórico a inserção dos/as assistentes sociais na saúde de Angola, pois como observamos no item anterior que a quando da institucionalização do Serviço Social em 1962, após o processo formativo, os profissionais eram lançados como capital humano, em várias instituições, cuja a saúde era um dos espaços de atuação. Após o seu encerramento em 1977, e com sua reabertura em 2005, só em 2022 registou-se a abertura de concurso público na saúde a luz do decreto conjunto nº547/2022, ao abrigo do decreto presidencial nº102/11, de 23 de maio em que contemplou assistentes sociais.

Apesar que antes do concurso público já haviam assistentes sociais trabalhando na saúde como é o caso dos/as assistentes sociais das Forças Armadas Angolanas, e assistentes sociais que atuavam e atuam em alguns Hospitais públicos em um número reduzido, a luz do Decreto Presidencial nº 260/10 de 19 de novembro de 2010, que confere legitimidade para atuação dos assistentes sociais na saúde, que no artigo 55º, enquadra o Serviço Social no conjunto de outros serviços de diagnóstico e terapêutica.

Este Decreto a cima descrito em 2022 foi revogado, dando lugar ao Decreto Presidencial nº 109/22, de 12 de maio de 2022, que aprova o regime da carreira do trabalhador social. No seu artigo 4º enquadra os/as assistentes sociais junto os outros profissionais dentro da sua natureza no regime especial considerando a

especificidade das suas funções, reconhecendo no artigo 6º no ponto 2 os seguintes tipos de carreiras do trabalhador social: Assistente Social, Educador Social, Educador de Infância, Ativista Social, Vigilante Social, Vigilante de Infância. Já no artigo 10º do mesmo diploma, estabelece as seguintes competências do/ assistente social na saúde:

- a) Diagnosticar e caracterizar factos sociais, interpretando e dando respostas adequadas aos problemas sociais;
- b) Participar na formação de quadros para o trabalho da esfera social;
- c) Elaborar, executar e avaliar programas e projetos de assistência e promoção social;
- d) Orientar os programas e projetos que apresentam desequilíbrios, desajustes e desadaptação social;
- e) Fazer estudos e perícias sociais, utilizando a técnica de entrevista, questionário, observação e visita domiciliar e institucional, com finalidade de subsidiar ou assessorar as autoridades no conhecimento de aspetos socioeconómicos, culturais interpessoais familiares e comunitárias institucionais;
- f) Orientar áreas de trabalho onde se executam planos de ação social, estabelecer metodologias para elaboração, controlo, execução e avaliação dos planos de ação;
- Participar na elaboração e execução de projetos de desenvolvimento socioeconómico, planificar e executar as atividades, com o objetivo de criar novos hábitos, comportamentos e atitudes;
- g) Realizar trabalhos de investigação social;
- h) Fazer trabalhos em grupos, utilizando técnicas de dinâmica de grupo;
- i) Orientar áreas de trabalho onde se executam planos de acção social, estabelecer metodologias para elaboração, controlo, execução e avaliação dos planos de acção social;
- j) Supervisionar os trabalhos dos técnicos sociais de nível académico inferior;
- k) Participar em comissões de trabalho com os outros organismos;
- l) Dirigir a área de trabalho onde se executam planos de acção social;
- m) Fazer informações e apresentar estudos com o fim de contribuir para a solução dos problemas sociais, da criação, distribuição ou melhoramento dos serviços de atendimento e de apoio;
- n) Desenvolver acções socioassistenciais de prevenção, proteção e promoção, bem como de aconselhamento, orientação e encaminhamento de indivíduos, famílias e comunidades;
- o) Elaborar relatórios, laudos e pareceres sociais, que lhe sejam solicitados, sobre determinadas matérias.
- em comissões de trabalho com outros organismos;
- Dirigir a área de trabalho onde se executam planos de ação social (ANGOLA, 2022, p.3080).

Trata-se de um avanço significativo em relação a carreira do trabalhador social em Angola, e considerando o/a assistente social como um profissional que trabalha em várias áreas de forma multifacetada, na área da saúde apesar destas competências acima descritas há necessidade da sua especificidade para sua melhor atuação.

Na atualidade, a saúde como espaço de intervenção do/a assistente social, encontra-se em constante crescimento, onde a especificidade profissional é relevante

devido a grande complexidade que o processo saúde-doença apresenta. Pelo que, é indispensável que possamos encontrar processos de trabalho que encaminhe as demandas, face ao objeto de trabalho do Serviço Social tendo em conta suas especificidades na saúde.

O contexto em que os/as assistentes sociais expressam seu trabalho é impregnado pelas expressões da questão social, marcadas a nível estrutural pela pobreza extrema, desordenamento territorial, população em situação de rua, políticas residuais com resultados pouco impactantes, má distribuição de renda ou má socialização da riqueza socialmente produzida, a nível da saúde percepção política de resolução dos problemas de saúde essencialmente hospitalar e curativa, deficiente acompanhamento dos doentes crónicos entre os quais tuberculose, VIH/sida, diabetes mellitus, hipertensão arterial, fraco saneamento básico favorável ao surgimento e agravamento da malária, baixo nível de consciência sanitária por parte da população, conflito na socialização da medicina convencional com a tradicional, abandono familiar, negligência na assistência á saúde, um ambiente laboral desfavorável á produção desde os conflitos laborais resultantes das relações humanas manifestas e motivados pela falta de condições de trabalho, falta de estratégias para articulação da gestão da saúde pública para responderem os desafios de um mercado capitalista para salvaguardar de forma eficaz os interesses da saúde como um direito constitucionalmente legitimado.

Perante estas expressões da questão social, reconhecem-se demandas que servem de razões para a legitimação e inserção deste profissional na saúde, que não vem do nada, não vem por si só, para tal influenciaram segundo Monteiro (2016) os seguintes pressupostos:

É a demanda que cria a profissão e não o contrário;
 Uma vez posta previamente a demanda que suscita a profissão, a sociedade em geral reconhece em algumas categorias profissionais a possibilidade de atuar naquela demanda e para isso as legitima por via de suas instituições competentes, o Estado;
 O Estado legitima a profissão suscitada por uma demanda sócio-histórica e não a cria do nada (Monteiro2016, 201).

Pois sem uma demanda, sem vontade política, sem objeto de atuação, sem um processo sóciohistórico, sem algum processo impactante que gera interesse ou pressão, é impossível que que surja uma profissão. Daí que movidos de um interesse sobretudo sociopolítico das necessidades demandadas no presente contexto e

considerando a justificativa em termos de utilidade da profissão junto dos/as utentes e entidades empregadores em termos de respostas e havendo sustentabilidade com o processo formativo para sua atuação, assim foi legitimado o Serviço Social na Saúde que marca e continua marcando os/as assistentes sociais com a sua inserção no mercado de trabalho atuando nas mais variadas políticas públicas quer na saúde, na administração pública, na assistência, na educação, desbravando assim mais espaços para a sua consolidação.

É na conjuntura das expressões a cima descritas que os/ assistentes sociais são chamados na saúde, para atuarem nas políticas públicas, quer a nível da gestão em termos de direção, quer a nível hospitalar e comunitário.

Assim entendemos que os/as assistentes sociais na saúde estão inseridos/as no âmbito da divisão sociotécnica de um trabalho especializado coletivo, assalariado, prontos e dispostos a integrarem nas mais variadas equipas de trabalho onde deverão imprimir suas competências nas dimensões teórico-metodológica, por intermédio de um compromisso ético-político, técnico-operativa, que lhe permitem: elaborar, executar, avaliar, planejar, intervir, prever, imaginar, criar, negociar, projetar sob a realidade que atua e participar na tomada de decisão que as responsabilidades laborais lhe impõem, em função do significado das relações que estabelece junto a entidade patronal.

Assim o trabalho dos/as assistentes sociais na saúde, é movido de um aparelho axiológico, princípios, competências, para que possa fazer face as suas atribuições no espaço socio-laboral. Pois lidar com a mais alta sensibilidade do cuidar, do orientar, do apoiar, da participação do processo de reabilitação dos/as utentes, lidar com utentes com comorbidade, lidar com os cuidadores, lidar com todas influências culturais dos/as utentes que interferem negativamente na evolução do seu estado de saúde, lidar com as dificuldades de acessibilidade na localização residencial dos/as utentes para a supervisão da sua toma medicamentosa, lidar com a relação entre profissionais, bem como mobilizar recursos para fazer face as atividades ou para dar cobro a uma necessidade de direito do/a paciente, usar a empatia não como forma de colocar-se no lugar do outro mas sim usando todas as vias possíveis e alternativas de resolução dos casos apresentados pelos/as utentes, com recurso a escuta ativa e qualitativa, exige um profissional com espírito de trabalho coletivo, que reconhece suas limitações e está sempre disposto a colaborar com toda perseverança. Como reforça Martinelli (2015, p.4) “o lugar do Serviço Social na área da saúde é, portanto,

um lugar multidisciplinar, plural, um lugar de ações cooperativas e complementares, de práticas interdisciplinares”. É um trabalho que se inscreve na multidisciplinaridade, onde um conjunto de saberes são postos em ação de forma contributiva com posicionamentos profissionais, proporcionando pistas de solução ou resolução para os problemas propostos pelo quotidiano laboral, quer a favor dos/as utentes, quer a favor dos trabalhadores.

Apesar de haver um comprometimento no trabalho dos/as assistentes sociais na saúde, devemos realçar que o contexto que lhes assiste constata-se que não tem sido fácil, pois há desafios dados de forma conjuntural sobretudo, quando demarcados com uma realidade onde a maior parte da população vive em condições vulneráveis, fruto de um sistema de saúde mercantilizado e onde as políticas sociais tendem a serem progressivamente filantropizadas com a redução da participação do Estado em fornecer serviços e bens essenciais á população. Dando assim lugar a outras demandas para os/as assistentes sociais, o que requer um desdobramento diferenciado e especializado que exige uma capacidade criativa, inventiva, investigativa, criando outros espaços de cooperação de forma articulada para dar cobro aos encaminhamentos efetivos das demandas que o espaço sócio-ocupacional impõe.

Nesta conformidade, o trabalho dos/as assistentes sociais na saúde de acordo Martinelli (2015, p.6) “se expressa através da ação profissional nas seguintes áreas em termos de atuação: cuidados, gestão, políticas, produção de conhecimentos, ensino e pesquisa”.

Em relação aos cuidados o/a assistente social incide o seu trabalho numa relação socioinstitucional a nível hospitalar e além fronteiras hospitalares, tendo em conta o fluxo de atendimento multiprofissional e entre os/as utentes, familiares e administração hospitalar no processo de recuperação, reabilitação, acompanhamento e reintegração dos/as utentes, uma vez que é o primeiro profissional que está em contato com os/as utentes, desde a porta de entrada para a sua admissão aos serviços, no processo de internamento, no acompanhamento terapêutico, na preparação da sua alta, e que se estenderá no domicílio além-fronteiras hospitalares sob os cuidados continuados.

É neste espaço que o/a assistente social, toma nota das situações de vulnerabilidade dos/as utentes, por intermédio da escuta ativa, e traçar um plano de acompanhamento enquanto estiver sob os cuidados no leito. Pois é fundamental o

diálogo constante entre os profissionais, para um atendimento humanizado, e não negligenciado, orientação para o cumprimento ininterrupto do plano terapêutico, permitindo assim o acesso aos direitos a nível institucional que os assistem.

Isto exige ao profissional olhares múltiplos, para o alcance do seu todo, para que dê conta das particularidades do seu trabalho profissional.

Em relação a gestão, neste quesito expressa-se considerando que o trabalho do/a assistente social é um processo que envolve vários autores sociais, o que requer o domínio comunicativo, baseado em princípios éticos, para a mediação na mobilização de recursos, em colaboração com outros sectores, bem como o registo de cada necessidade social manifestada pelos/as utentes, mediante a distinção entre o sentido e o real significado destas manifestações para a sua plena satisfação. É por intermédio desta gestão participativa, onde se tem a visão e o levantamento das necessidades a nível institucional para que junto a equipe quer clínica, quer administrativa, quer de apoio hospitalar, possa dar conta e dar o devido tratamento, possibilitando assim um trabalho em equipa de forma coesa e funcional, respondendo com maior propósito suas missões e finalidade.

Em relação a política, é uma expressão do trabalho do/a assistente social, encarando como um conjunto de ações, programas, planos, projetos, dispostos a fazer face aos problemas que influenciam o crescimento institucional, o estar mal dos/as utentes, as famílias, as comunidades e a sociedade em geral quer pontuais, a curto prazo e longo prazo. A política é um recurso determinante para o trabalho do/a assistente social, pois ela visa a valorização dos/as utentes e dos profissionais no processo de produção e reprodução da saúde, promove a autonomia e a responsabilidade dos sujeitos implicados neste processo, estabelece melhor sentido de aproximação para um trabalho coletivo, subsidiar melhores estratégias de atuação para o melhor atendimento da necessidade dos/as utentes e condições de trabalho.

Produção de conhecimentos, expressa o processo que subsidia o trabalho do/a assistente social, para que possa ter uma ação mais consistente da realidade que atua. De acordo com Yamamoto (2008, p.200) referencia que “o conhecimento criterioso [...] poderá alimentar ações inovadoras, capazes de propiciar o atendimento as efetivas necessidades sociais e dos segmentos subalternizados, alvos das ações institucionais”. É por intermédio da produção de conhecimento que qualquer profissão ganha consistência, atualizando, lançando caminhos para o aperfeiçoamento da atuação da realidade. Sem produção de conhecimentos toda e qualquer profissão fica

desatualizada e perdida no tempo e no espaço. Daí que os/as assistentes sociais têm o maior comprometimento em se vincularem de forma permanente com a questão da produção do conhecimento, por intermédio de pesquisas dentro das equipas interdisciplinares, quer a nível dos espaços socio-ocupacionais ou académicos.

Em relação ao ensino e pesquisa, é um binómio determinante no processo formativo que influencia substancialmente o trabalho do/a assistente social, pois é por intermédio deste binómio que este profissional consegue discernir a sua identidade no processo de aprendizagem e transformar a realidade concreta no seu processo de trabalho. A nível da saúde os hospitais universitários presentes nos hospitais de nível terciário e especializado, desde sempre demonstraram a necessidade de se juntar este binómio onde a pesquisa não só médica, mas também social são fundamentais, face aos determinantes sociais que incidem no processo saúde-doença. Este vínculo visa capacitar os profissionais com conhecimentos teóricos e práticos para fazer face aos desafios que o contexto nos impõe. A formação de profissionais em várias especialidades, como se tem vindo a observar é a prova mais viva de que o ensino e a pesquisa deverão andar de mãos dadas para o aprofundamento de matérias que subsidiem em casos mais complexos possibilitando assim uma intervenção eficiente, qualitativa e especializada.

Hoje o trabalho dos/as assistentes sociais na saúde, é bastante requisitado pelas entidades empregadoras, que diante dos/as utentes como sujeitos detentores de direitos e dos demais atores sociais em atuação no espaço socio-ocupacional, exige o conhecimento, o aperfeiçoamento de suas competências para que possa dar conta das suas atribuições na realidade que atua sendo um profissional que dê conta das suas especificidades que a realidade socio-ocupacional lhe apresenta em uma perspetiva sociohistóricas, crítica e política emancipatória, desprovida de ações meramente de natureza endogenistas, mas sim de ações transformadoras.

2.3. A construção de competências para o trabalho dos/as assistentes sociais na saúde

A competência é o substantivo feminino originado do latim *competere* que significa uma aptidão para cumprir alguma tarefa ou função. Sinónimo de conhecimento ou âmbito de jurisdição. Significa, ainda, aptidão, conhecimento ou capacidade em alguma área específica; faculdade para apreciar e resolver qualquer

assunto, estar capacitado para realizar algo (Guerra et al, 2012, p.8). Para Perrenoud (1999, p.4) “competência é a capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos. No sentido comum da expressão, estes são representações da realidade, que construímos e armazenamos ao sabor de nossa experiência e de nossa formação”.

É uma condição determinante, uma exigência obrigatória e uma meta no processo formativo, pelo que lhe confere transversalidade nos espaços socio-ocupacionais. Torna-se mais ainda uma exigência, quando é requisitado para um espaço que lida com sofrimentos e sensibilidades de várias ordens.

O Serviço Social é uma profissão de natureza interventiva e investigativa, pelo que é relevante uma construção de competências que sirvam de luzes para iluminar o trabalho profissional do/a assistente social na saúde, resultante de um processo formativo, quer na aquisição de experiências por intermédio do trabalho, quer no processo de formação contínua e na busca incessante de conhecimentos por intermédio do processo investigativo, para que possa fazer leitura, dar conta e agir com ciência às demandas que o espaço de trabalho apresentam.

Podendo assim decifrar as particularidades da profissão no espaço socio-ocupacional multidisciplinar da saúde, o seu objeto de trabalho que é a “Questão social” situada nas mais variadas “expressões da questão social”, na saúde, que se manifestam a nível das relações sociais entre os sujeitos e o seu meio envolvente, entre a família e a comunidade e a sociedade com suas estruturas sociais. Onde o/a assistente social deverá manifestar as suas expressões de trabalho na assistência, na gestão, nas políticas, na formação e a nível da pesquisa, direcionando assim suas demandas com uma visão de leitura apurada e dando o merecido tratamento.

Nesse sentido, Iamamoto (2008) chama atenção que é indispensável um profissional,

[...] culto, crítico, e capaz de formular, recriar e avaliar propostas que apontem para a progressiva democratização das relações sociais. Exige-se, para tanto, compromisso ético-político com os valores democráticos e competência teórico-metodológica na teoria crítica em sua lógica de explicação da vida social. Esses elementos, aliados à pesquisa da realidade, possibilitam decifrar situações particulares com que se defronta o assistente social em seu trabalho, de modo a conectá-las aos processos sociais macroscópicos que as geram e as modificam. Mas, requisita também, um profissional versado no instrumental técnico operativo, capaz de potencializar as ações no nível de assessoria, planejamento, negociação, pesquisa e ação direta, estimuladora da participação dos sujeitos sociais nas decisões que

lhes dizem respeito, na defesa de seus direitos e no acesso aos meios de exercê-los (Iamamoto, 2008, p.208).

A autora reforça a ideia de que é determinante a articulação e complementaridade das dimensões que se expressam no processo da captação da realidade e do fazer profissional do/a assistente social para fazer face aos desafios do trabalho profissional.

O que faz crer que a final o trabalho do/a assistente social, não é um mero agir profissional, não surge por si, muito menos com iniciativas meramente empíricas e seu objeto de trabalho não é captado na sua totalidade por qualquer profissional, e não está inscrita em uma mera observância dos factos, na contemplação da realidade imediata, num conjunto do teorizar sobre uma realidade, na identificação de um conjunto de necessidades sentidas a nível institucional, como assim o compreendem muitos profissionais que disputam espaços de intervenção no ambiente de trabalho a nível da saúde, passando a ideia de profissionais generalistas.

Pois, para fazer face ao trabalho do/a assistente social na saúde, é indispensável o arcabouço teórico-metodológico, que orientam o fazer profissional, ético-político que dão sentido e significado do por que fazer, com o que fazer e o porque fazer e técnico-operativo, que dão substância as ações concretas para a produção dos resultados do trabalho profissional. Nessa perspetiva precisamos referenciar que entre estas dimensões há uma inter-relação que não são descoladas, sobretudo quando Cláudia (2015, p.18) reforça que “não se podem separar conhecimentos, finalidades e valores e meios na efetivação do trabalho. Há uma relação de unidade entre teoria e prática, mas na diversidade”. Pois são indissociáveis para um processo de trabalho concreto. Estas dimensões dadas a partir de uma realidade sociohistórica concreta, sua aquisição dá-se por intermédio de um processo formativo cumulativo e contínuo, bem como nos espaços de profissionalização, constituindo assim também como espaços de aprendizagem.

Daí concordarmos com Matos (2015, p.691) quando afirma que “Competência, nos moldes aqui tratados, não é mérito individual, e sim resultado de um projeto que se constrói coletivamente nos serviços, que se retroalimenta da produção intelectual da profissão e da sua organização político-profissional”.

No texto, realçamos as competências dos/as assistentes sociais, a partir do decreto presidencial nº 109/22, de 12 de maio de 2022, que aprova o regime da carreira do trabalhador Social, apresentadas de forma geral e não havendo uma

referência em termos de descrição das competências do Serviço Social na saúde em Angola. De forma específica, nas Forças Armadas Angolanas, como uma relevante referência em relação ao Serviço Social na saúde e uma conquista historicamente construída, no Caderno de Atribuições dos/as trabalhadores sociais nas Unidades Sanitárias e Regiões Militares a nível da saúde, apresenta as seguintes competências específicas dos/as assistentes sociais na saúde:

- a) Avaliar as condições sociais do doente;
- b) Elaborar o diagnóstico do impacto socioeconómico do doente e emitir parecer social;
- c) Acompanhar as famílias e/ou utente/doentes que apresentem riscos sociais ou decorrentes do cuidado;
- d) Orientar e encaminhar as famílias ou responsáveis do utente /doente para os recursos sociais, quando necessário;
- e) Viabilizar redes de apoio para atendimento das demandas dos utentes/doentes que não dispõem de familiares;
- f) Desenvolver propostas de atendimento em grupo para familiares de utentes/doentes em acompanhamento;
- g) Estabelecer parcerias interinstitucionais que possibilitem atender adequadamente as demandas dos utentes/ doentes;
- h) Participar na discussão de casos, elaborando ações interdisciplinares para o acompanhamento dos utentes / doente;
- i) Fornecer orientações em matérias de educação para a saúde as famílias e/ou responsáveis do utente/ doentes;
- j) Identificar os fatores socioeconómicos e culturais que possam interferir no estado de saúde da população;
- k) Integrar na equipa multidisciplinar para uma compreensão maior das situações individuais e coletivas, que possam vir a influir na situação saúde da população;
- l) Avaliar as condições clínicas do doente, suas incapacidades, emitindo um diagnóstico terapêutico ocupacional;
- m) Elaborar com base no diagnóstico um planeamento e execução de adaptações quando necessário do espaço físico, mobiliário e utensílios;
- n) Desenvolver atividades de grupo para os familiares e cuidadores;
- o) Registrar os atendimentos (FAA, 2012, p.10).

Portanto, num mundo profissional fértil e em constante movimento na sua dinâmica que clama do agir profissional é crucial que os/as assistentes sociais tenham no seu processo de trabalho a apreensão destas competências para captar as particularidades das expressões da questão social na saúde, possibilitando assim a materialização das demandas proporcionando respostas qualificadas aos utentes.

2.4. Atribuições profissionais dos/as assistentes sociais na saúde

Em relação às atribuições dos/as assistentes sociais na saúde, considerada como categoria de análise na pesquisa, está no processo de sua organização e na

estrutura do Ministério da saúde, ainda não há um perfil profissional dos/as assistentes sociais com definição de competências e atribuições específicas para a intervenção profissional. Daí o desafio da pesquisa trazer, referências apreendidas a nível da Direção dos Serviços de Saúde das Forças Armadas Angolanas (DSS/EMG/FAA) e do Serviço Social brasileiro em identificar as atribuições específicas da categoria, servindo assim de referência na saúde.

Para Guerra (2015, p.5) atribuições “ [...] são as funções que a profissão desempenha no escopo da divisão social e técnica do trabalho, [...] é a responsabilidade própria de um trabalho, cargo, função ou ofício. Concordando com a autora, as atribuições é um conjunto de responsabilidades, tarefas, deveres delegados a um profissional no desempenho de um cargo ou função. É aquilo que se espera que o profissional faça quer demandadas pela entidade empregadora e a profissão produzindo assim resultados concretos. Pois as atribuições se manifestam,

[...] na mediação do assalariamento, na compra e venda da força de trabalho das/os assistentes sociais, na inserção dos assistentes sociais na esfera dos serviços, reside uma tensão entre o que a instituição atribui e o que a categoria profissional considera ser atribuições profissionais, donde a tensão entre (no mínimo) duas fontes diferentes das quais emanam as atribuições: a da instituição e a da categoria (Guerra, 2015, p.5).

Neste contexto, em que se insere o trabalho do/a assistente social, cujas demandas obedecem a interesses distintos, ora requisitada pela instituição ora requisitada pela categoria profissional, pela sua função multifacetada é necessário deixar evidente que tais atribuições não se dão de forma exclusiva para os profissionais, daí a referência em atribuição relativa, apesar desse profissional reunir requisitos, conhecimentos para a execução das suas atividades profissionais. O que requer dos/as profissionais ampliar habilidades e conhecimentos para fazer face as atribuições privativas que lhe conferem no processo de trabalho profissional, uma vez que não conferem uma reserva exclusiva dos/as assistentes sociais.

Desse modo, dos conceitos descritos, podemos perceber que existe uma inter-relação entre competências e atribuições no exercício do trabalho profissional, pois para o exercício de qualquer trabalho profissional é determinante que se passe antes por um processo formativo, que por sua vez se desemboca nos diversos espaços laborais. E, em consequência neste espaço emana a necessidade das atividades específicas que são as atribuições dentro da divisão sociotécnica do trabalho consideradas como uma das características fundantes do Serviço Social.

Assim é necessário referenciar que, se a perspectiva é a construção de uma competência crítica e não meramente instrumental, que se alie as necessidades dos interesses da entidade patronal e dos/as utentes, inserida no sistema de produção e reprodução do capital, então também estaremos aptos em lançarmos estratégias para “garantir materialidade a nossa ação profissional-crítico comprometida, alinhada aos interesses daqueles que demandam o nosso trabalho” (Lopes, 2018, p.13).

As atribuições profissionais dos/as assistentes sociais na saúde, se constituem em obrigações profissionais que se traduzem em respostas profissionais destinadas aos utentes e os profissionais que partilham o mesmo espaço institucional dentro da manifestação das relações sociolaborais emanadas da divisão sociotécnica do trabalho, face a sua dimensão interventiva e propositiva. E no campo da saúde de Angola se constitui em desafios e conquistas contínuas para a sua consolidação e afirmação.

Enquanto profissionais inseridos no âmbito da saúde, para dar conta das particularidades, das especificidades de uma das parcelas do saber de que se servem os/as assistentes sociais, é necessário a clarificação das atribuições e o respetivo intercurso das competências para se vincar a sua verdadeira identidade profissional, com firmeza, e não se confundir como um profissional generalista e um autêntico “bombeiro” sempre dispostos para atender qualquer demanda profissional mesmo aquelas pelas quais o seu saber não preenche.

Como reforça Lopes (2018, p.19) “muitos profissionais por não conseguirem identificar quais as competências que devem ser requisitadas aos assistentes sociais, acabam requisitando uma série de atribuições ao assistente social sem que estas sejam competências profissionais, como a informação do óbito aos familiares do paciente hospitalar ou atuação na mediação ou arbitragem em casos judiciais”. Portanto, este é um dos exemplos que a autora faz referência, entre outros, de quando o/a assistente social a nível do Serviço Social Hospitalar, é chamado para auxiliar a higienização de um cadáver junto á morgue. Ainda, verifica-se que o/a assistente social por agregar outras competências técnicas de auxílio ao seu trabalho, como o domínio da informática no âmbito da integração tecnológica na esfera de um mundo mais próximo globalizado, as entidades empregadoras, por reconhecerem nos profissionais habilidades no domínio da informática, tendem a requisita-los/as para atenderem demandas como a digitalização de documentos burocráticos, estatísticos, dispersando assim o foco da sua identidade profissional.

Por outro lado, observa-se uma tendência de “psicologização” na abordagem das expressões da questão social dos/as utentes, onde o/a utente é encarado com uma abordagem individualizada/culpabilizante e não na perspetiva de totalidade, procurando causalidade da situação-problema do/a utente ignorando suas determinações, outras dimensões que o influenciam, traçando assim um caminho regressista, que remete a abordagem anterior no contexto do surgimento do Serviço Social, de natureza positivista-funcionalista, colocando o/a utente num aquário culpabilizando-o da sua situação da sua realidade, tal como se deu o Serviço Social médico ou Serviço Social clínico. Conforme a análise,

Não cabe ao profissional de Serviço Social se utilizar no exercício de suas funções de terapias individuais, de grupo, de família ou comunitárias, mas sim potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais. É importante ressaltar essa questão, pois alguns segmentos profissionais vêm se dedicando à terapia familiar e individual, reivindicando o reconhecimento do campo psíquico enquanto ampliação do espaço ocupacional do assistente social, qualificando-o de Serviço Social Clínico, conforme já referido. Essa abordagem é anunciada como uma resignificação do Serviço Social de Casos, apoiada numa visão ‘holística do ser humano’. Ressalta-se que essas ações fogem ao âmbito da competência do assistente social (CFESS, 2010, p.44).

Observa-se também, pelo fato de haver ainda lacunas para a compreensão das competências e atribuições dos/as assistentes sociais na saúde, muitos profissionais optam para outros cursos como segunda opção para fazer face a outros desafios no mercado que o ideário neoliberal impõe. Dessa forma percebe-se que há um longo caminho a percorrer para o alcance da nossa identidade profissional na saúde, os desafios são muitos, pelo que mais uma vez a demonstração da necessidade de romper-se com este cenário, ao trazer esta reflexão em relação a nossa categoria profissional em Angola.

Portanto, a par dos desafios em relação as atribuições dos/as assistentes sociais na saúde, é necessário encarmos, de forma crítica e reflexiva para que não nos desviemos dos propósitos para os quais somos chamados na saúde. Congregar ideias, para a construção de uma atuação profissional fortalecedora e potente, que cada vez mais ambiciona a conquista de espaços na saúde de forma ampliada, quer em espaços públicos como em espaços privados. Assim, estamos conscientes que a compreensão sobre a realidade onde se dá a atuação do trabalho profissional, do/a assistente social na saúde, olhando para as competências e atribuições, precisamos

de forma coletiva propor, sugerir respostas qualificadas às demandas que o presente contexto nos desafia a enfrentar.

Deste modo, apresentamos as atividades dos/as assistentes sociais na saúde, considerando como referência no nosso contexto a obra de Monteiro (2016), sujeito histórico e autor de referência no Serviço Social angolano e no contexto da saúde, onde resumidamente identifica as seguintes atividades desenvolvidas pelos/as assistentes sociais da seguinte forma:

1. Atividades sócio administrativas e políticas que compreendem:
Participação nas reuniões administrativas quer ordinárias e extraordinárias; Realizar reuniões com os diferentes parceiros para a concertação de agendas de trabalho intersectorial; Organizar eventos científicos como workshops, conferencias, seminários, colóquios, palestras etc; Supervisionar as atividades desenvolvidas por profissionais sob sua subordinação ou trabalho de equipe; Elaborar relatórios, laudos, pareceres e submete-los aos níveis imediatamente superiores de acordo com a periodicidade estabelecida pelo sistema de informação da instituição; Sistematizar e interpretar dados e informações pertinentes para o desempenho das atribuições do trabalho.
2. Atividades socio-assistenciais-compreendem todo um conjunto de ações diversas, cuja característica é a prestação de algum tipo de serviço ou cuidado direto do usuário doente ou presumivelmente saudável divididas em:
Assistência psicossocial hospitalar, Assistência psicossocial com comunidades e seguimento psicossocial e cuidados continuados. Em relação a assistência Psicossocial hospitalar temos as seguintes atividades-acolhimento e orientação hospitalar dos doentes e famílias, acompanhamento individual e integrado do doente internado, gestão de altas e cuidados continuados, cuidados terminais e paliativos. Em relação assistência psicossocial com comunidades temos as seguintes atividades-visita domiciliar, busca activa, acompanhamento domiciliar, terapias de grupo, educação para a saúde (grupos de ajuda mútua, palestras etc). Em relação ao seguimento psicossocial e cuidados continuados temos o acompanhamento dos doentes crónicos tais como: VIH/Sida, Tuberculose, HTA, Diabetes, Insuficiência renal crónica, deficientes, entre outros.
3. Pesquisa e formação- compreende: formação de dinamizadores sociais, formação de cuidadores, supervisão de educadores sociais, supervisão de assistentes sociais e pesquisa social (Monteiro, 2016, p.250).

O rol das atividades que o autor faz referência, é uma expressão que traduz o trabalho profissional dos/as Assistentes Sociais a nível do setor da saúde das Forças Armadas Angolanas. Pois nos serve de referência, pelo facto de no contexto atual produzir resultados concretos na medida em que os Assistentes Sociais colocados a nível de direção, hospitais centrais e postos médicos respondem justificam perante os/as utentes como trabalhadores assalariados. É com esta experiência e tendo em conta o processo sociohistórico no país e referências internacionais como o caso da experiência brasileira, que se tensiona construir uma referência nacional para atuação do/a assistente social na saúde.

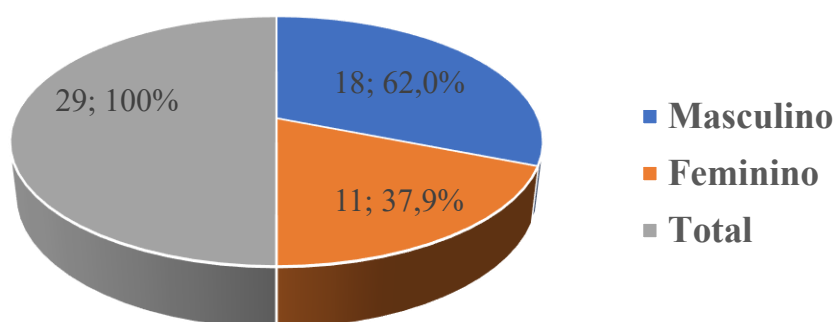
CAPÍTULO 3. CONTRIBUIÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS DA SAÚDE FRUTO DAS EXPERIÊNCIAS

Este capítulo, dá sequência ao ciclo da pesquisa, onde apresenta o tratamento, análise dos dados empíricos, que é a relação teórico-prática sobre a construção do trabalho profissional dos/as assistentes sociais na saúde de Angola, olhando para suas competências e atribuições. Assim sendo, cabe trazer os resultados evidenciando a contribuição dos nossos sujeitos de pesquisa.

3.1. Perfil Profissional dos/as assistentes sociais que atuam na saúde

A coleta de dados em campo teve a participação de 29 assistentes sociais, representando 100% do total dos sujeitos de pesquisa, que constituíram a amostra. O Gráfico 1 evidencia que entre os sujeitos que participaram da pesquisa foram maioritariamente do sexo masculino com uma participação de 62,0 %, sendo que os do sexo feminino a minoria com uma participação de 37,9%.

Gráfico 1. Perfil dos/as assistentes sociais por gênero

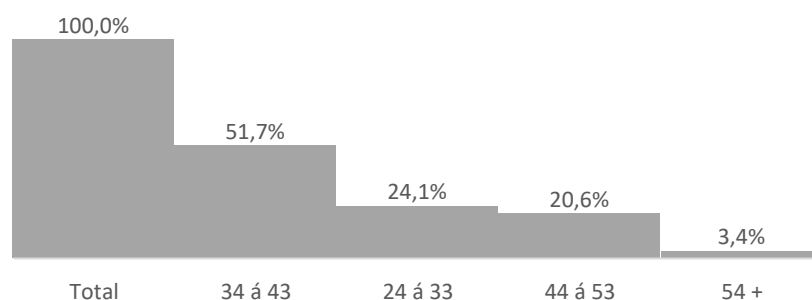


Fonte: elaborado pelo Pesquisador

A relevância da participação dos/as assistentes sociais que atuam na saúde de Angola na presente pesquisa como sujeitos de pesquisa, dá-se pelo fato do pesquisador observar nos/as profissionais experiências fruto de uma construção histórica, que serviram de bases para captar a realidade concreta, empírica e mensurável, que se dão no processo de trabalho, face aos desafios que a profissão

remete em relação as respostas profissionais que firmam sua identidade nos seus espaços sócio-ocupacionais em função da demanda.

Gráfico 2. Perfil dos/as assistentes sociais por faixa etária

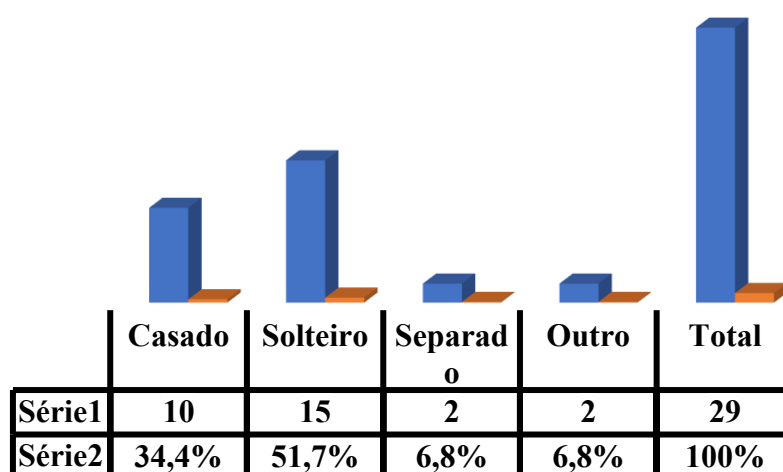


Fonte: elaborado pelo Pesquisador

A faixa etária constituiu uma das variáveis da nossa pesquisa. Quanto a distribuição dos sujeitos de pesquisa por faixa etária, o gráfico 2, indica que a maior percentagem em termos de idade dos sujeitos de pesquisa corresponde a 51,7 % num intervalo entre 34 á 43 anos de idade. E a menor percentagem 3,4% num intervalo entre 54+ anos de idade. Pelo que os sujeitos que constituem a amostra são em sua maioria jovens. Isso representa um indicador que nos põe em vantagem do ponto de vista profissional, considerando que a vida ativa em Angola está situada a partir dos 18 anos sem impor limites, pois de acordo a nova Lei de Base da Função Pública nº159 de 22 de Agosto de 2022, no artigo 11º entre os requisitos gerais de ingresso na alínea b afirma “ ter idade igual ou superior a 18 anos”, revogando a lei anterior nº17/90 de 20 de Outubro, que impunha limite de idade sendo apenas cidadãos angolanos com idade igual ou superior a 18 anos com limite até aos 35 anos de idade.

Dessa forma, considerando que só a partir de 2022 é que os/as assistentes sociais em Angola começaram a serem requisitados na saúde para a função pública, esta Lei foi revogada em um momento oportuno e tendo em conta o fator idade de muitos assistentes sociais que terminam o curso serem maioritariamente jovens é um ganho para administração pública e outros entes privados, sobretudo quando a maioria da nossa população angolana é maioritariamente jovem, constituindo assim a verdadeira força motriz para alavancar o desenvolvimento do país.

Gráfico 3. Perfil dos/as assistentes sociais por estado civil



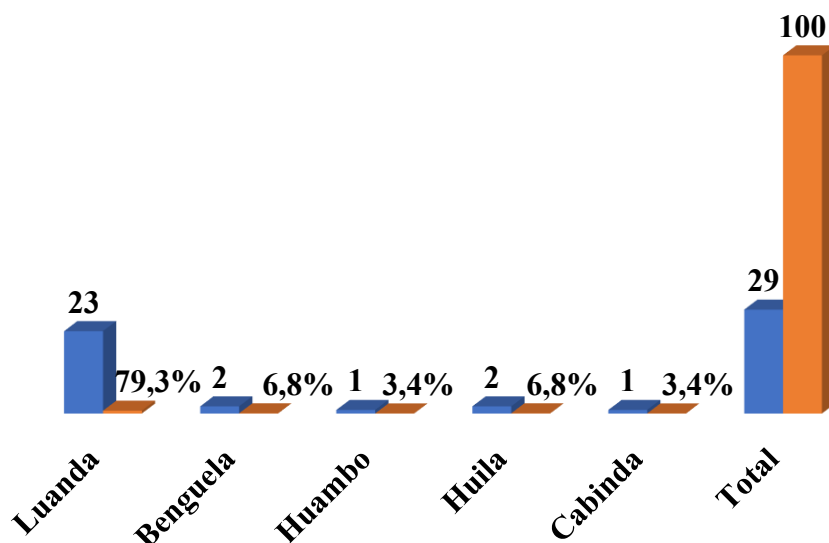
Fonte: elaborado pelo Pesquisador

Dos 29 assistentes sociais participantes da pesquisa, em relação ao estado civil 51,7 % que corresponde a maioria, responderam serem solteiros e 6,8% que corresponde a minoria respondeu serem separados e 34,4% responderam serem casados.

Em Angola o casamento representa o nível mais alto de uma relação, pois há outros passos que antecedem a este, tais como a apresentação ou o noivado e o pedido ou o alambamento, considerado como o casamento tradicional, que é um dos eventos culturais africanos que apesar de sofrermos agressão cultural pelos colonizadores, continua até hoje preservado e protegido pelos nossos ancestrais, ascendentes e continua a ser passado como testemunho para os descendentes para a sua perpetuação. Pois o casamento civil é um elemento cultural que nos foi imposto, agregado pelo direito positivo, onde as igrejas e as conservatórias constituem as instituições para sua efetivação ou formalização.

O estado civil de casado/a em Angola representa um valor que a nível institucional influencia para o investimento dos cônjuges para o empossamento de algum cargo, pois representa além de um cidadão imbuído de valores, representa um sentido de responsabilidade a nível da família pelo que há percepção de lidar com os desafios profissionais de forma mais séria e madura na tomada de decisões para o crescimento da instituição em relação ao funcionário/a cujo o seu estado é solteiro/a.

Gráfico 4. Perfil dos/a assistentes sociais por província de residência

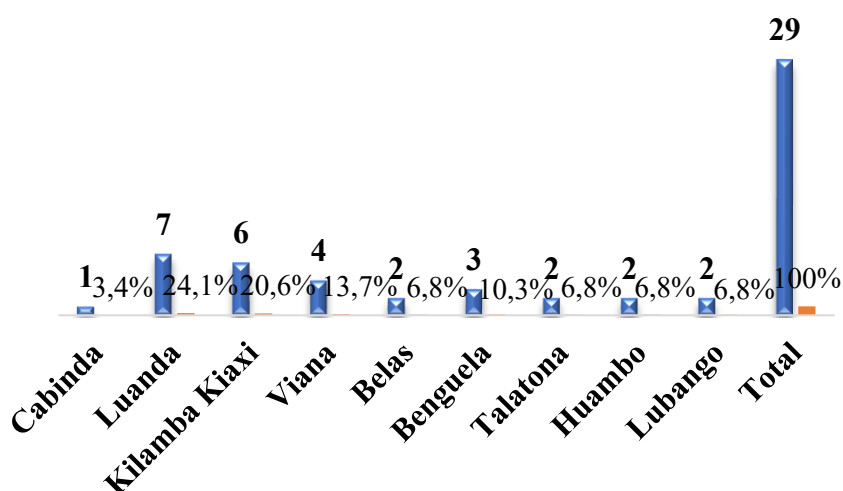


Fonte: elaborado pelo Pesquisador

No gráfico 4 procuramos saber sobre as províncias de residência dos/as assistentes sociais, os dados demonstraram que entre os sujeitos de pesquisa a maioria reside em Luanda com uma percentagem de 79,3%, sendo Benguela e Huíla representando 6,8%%, sendo Huambo e Cabinda com apenas 3,4%. Este resultado também é influenciado pelo fato de Luanda ser o Centro de todas as atenções, pois os/as primeiros/as assistentes sociais que ingressaram na saúde em Angola, tiveram como colocação em Luanda onde se encontram a maior parte das unidades hospitalares desde o nível primário, secundário, terciário e especializado. Por este fato muitos utentes saem do interior para Luanda capital de Angola, para serem assistidos nas diversas especialidades que os hospitais do interior não possuem e se possuem não há condições complementares para o efeito.

Luanda, é o centro de toda esfera política, econômica e administrativa. O que serve de ponto de atração para que resulte em êxodo rural de forma desenfreada. Pois regista-se uma assimetria muito grande comparando com outras províncias o que faz com que muitos cidadãos migrem em massa para a capital, em busca de melhores condições de vida.

Gráfico 5. Perfil dos/as assistentes sociais por município de residência

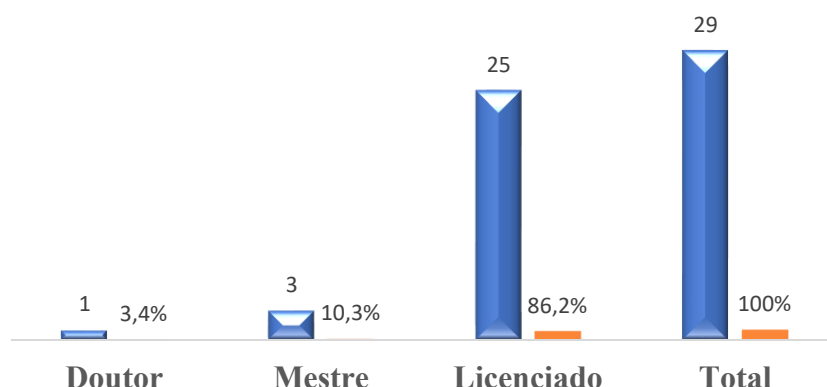


Fonte: organizado pelo Pesquisador

Pretendendo saber sobre os municípios de residência dos/as assistentes sociais participantes na pesquisa, 24,1% que constituem a maioria afirmam residirem no município de Luanda, 20,6% afirmam viverem no município do Kilamba Kiaxi, 13,7 % afirmam viverem no município de Viana e 10,3% respectivamente afirmam viverem em Benguela. Já 6,8% partilham a mesma percentagem afirmando que vivem no município de Belas, Talatona, Huambo e Lubango. O gráfico 4 mostra que a maioria dos/as assistentes sociais vivem na província de Luanda e no gráfico 5 mostra que a maioria destes profissionais vivem no município de Luanda, sendo assim o município de Luanda é o centro da província de Luanda ocupando uma zona urbana, sendo Kilamba Kiaxi uma zona periurbana e Viana uma periferia com sua respectiva sede, ao passo que Talatona também é uma zona urbana com um asfalto que separa a periferia e o musseque. Sendo os municípios de Benguela, Huambo e Lubango fazem parte entre as províncias que compõem o interior de Angola.

Referenciar ainda que os municípios descritos no gráfico 5, sofreram alguma alteração a luz da nova divisão política administrativa da província de Luanda, pois no momento da pesquisa os sujeitos de pesquisa pertenciam a estes municípios, constata-se que os municípios de Luanda e Talatona já não constam nesta nova divisão administrativa, por sua vez Angola, administrativamente possui 21 províncias, 326 municípios, e 378 comunas fato este que vai ampliar a atuação do/a assistente social na saúde, pois ainda não há uma cobertura nacional suficiente para fazer face a demanda.

Gráfico 6. Perfil dos/as assistentes sociais por nível de escolaridade



Fonte: elaborado pelo Pesquisador

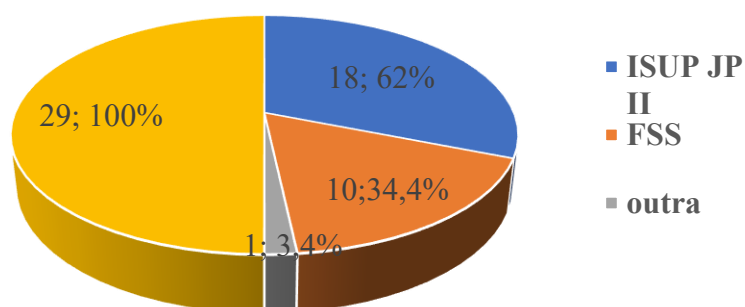
Pretendendo saber sobre o nível de escolaridade dos/as assistentes sociais inqueridos, 86,2% responderam serem licenciados, 10,3% responderam serem mestres e 3,4% responderam serem doutores. Pois não é curioso estes dados apresentados, em Angola existem duas instituições que formam assistentes sociais uma privada afeta a Igreja Católica, que é o Instituto Superior João Paulo II desde a sua reabertura em 2005 e a pública que é a Faculdade de Serviço Social com sua abertura em 2010. São estas duas instituições que têm formado assistentes sociais para darem respostas à questão social nas suas mais diversificadas expressões.

Para os níveis subsequentes, como o mestrado e doutorado, só em 2021, a Universidade Católica de Angola criou o mestrado com os cursos de Serviço Social e Políticas Públicas que já lançou alguns mestres no mercado, já para os cursos de doutorado ainda não existe pelo que entre as duas instituições tanto o Instituto Superior João Paulo II e a Faculdade de Serviço Social, têm ampliado suas relações com outras instituições internacionais, onde o Brasil especificamente a Universidade Pontifícia Católica de São Paulo (PUC-SP), Universidade Estadual Paulista (UNESP), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Instituto Politécnico de Bragança-Portugal (IPB), por intermédio de um protocolo de cooperação tem formado mestres e doutores angolanos ampliando assim as relações entre os países e o fomento de capital humano angolano, servindo assim o país quer na docência quer em outros espaços sócio-ocupacionais como profissionais onde a saúde não é uma exceção.

Esta cooperação tem sido uma mais-valia, uma vez formados constituem sustentabilidade institucional, servindo à docência no curso de Mestrado da universidade Católica bem como na orientação de dissertações, ampliação de pesquisas científicas, perspectivando assim num futuro o próximo passos para o curso de doutoramento em Serviço Social em Angola.

A aposta permanente e contínua na formação de assistentes sociais em níveis de mestrado e doutorado, é uma grande vantagem na medida em que favorece o fortalecimento da profissão, quer no ensino, quer nas políticas sociais e consequentemente na produção de conhecimento. Para uma atuação profissional crítica, reflexiva, propositiva é necessário o aperfeiçoamento das competências para darmos respostas as demandas nos vários espaços de atuação.

Gráfico 7. Perfil dos/as assistentes sociais por instituição de formação



Fonte: elaborado pelo Pesquisador

Entre os/as assistentes sociais inqueridos que atuam em vários espaços sócio-ocupacionais na saúde, em relação as instituições em que foram formados os resultados apontam que 62% que correspondem a maioria, afirmam se formarem no Instituto Superior João Paulo (II-ISUP JP II) e 34,4% afirmam terem se formado na Faculdade de Serviço Social (FSS) e apenas 3,4% afirmaram terem se formado em outras instituições. Este resultado, tem razão de ser pelo fato do ISUP JP II ser a primeira instituição em Angola a formarem assistentes sociais, sendo os/as primeiros/as assistentes sociais a ingressarem na saúde se formarem naquela instituição. A saúde é o ramo que mais tem registado assistentes sociais a ingressarem na função pública. Pois os/as assistentes sociais formados na Faculdade de Serviço Social, servem os mesmos espaços sócio-ocupacionais na saúde, com abertura do concurso público foi uma conquista e oportunidade sublimar para a

valorização dos/as assistentes sociais na sua afirmação no mundo do trabalho profissional.

Tabela 3. Local de trabalho dos/as assistentes sociais na saúde

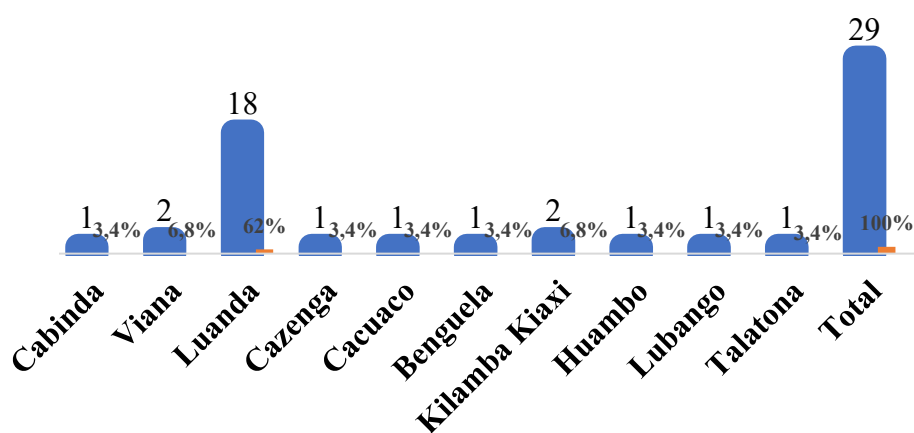
Local de Trabalho	N	%
Escola Superior de guerra	1	3,4
Direção de saúde das FAA	4	13,7
Hospital Geral dos Cajueiros	1	3,4
Hospital Municipal de Cacuaco	1	3,4
Região Militar Luanda Unidade de Cuidados Continuados	1	3,4
Clínica do Exército	1	3,4
Centro Oftalmológico de Benguela	1	3,4
Hospital Militar/IS	3	10,3
Hospital Geral Especializado Neves Bendinha	1	3,4
Hospital Geral de Luanda	2	6,8
Hospital Regional Centro	1	3,4
Centro de Hemodiálise pluribus África	1	3,4
Clínica Sagrada Esperança	1	3,4
Posto de saúde da Polícia Nacional	1	3,4
Hospital Américo Boa vida	2	6,8
Maternidade Irene Neto	1	3,4
Direção de saúde do Exército	1	3,4
Hospital Provincial de Cabinda	1	3,4
Gabinete Provincial da saúde de Luanda	1	3,4
Hospital Materno Infantil Azancot de Menezes	1	3,4
Instituto Nacional de sangue	1	3,4
Hospital Provincial de Cabinda	1	3,4
Total	29	100%

Fonte: elaborado pelo Pesquisador

A tabela 3 representa a distribuição dos/as assistentes sociais por local de trabalho, sua a inserção no sector da saúde que cujo o grande impacto foi a realização do concurso público em 2022, os admitidos foram colocados a nível nacional desde

as Direções provinciais e municipais, hospitais secundários e terciários especializados, pelo que os resultados na tabela á cima indicam que 13,7% dos/as assistentes sociais inqueridos na saúde pertencem a Direção de Saúde das Forças Armadas Angolanas e 10,3% pertencem ao Hospital Militar/ Instituto Superior e com menor participação os/as demais assistentes sociais localizados em várias unidades hospitalares com 3,4%. Podemos inferir ainda que entre os/as assistentes sociais a maioria estão localizados nos hospitais da Capital de Angola em Luanda.

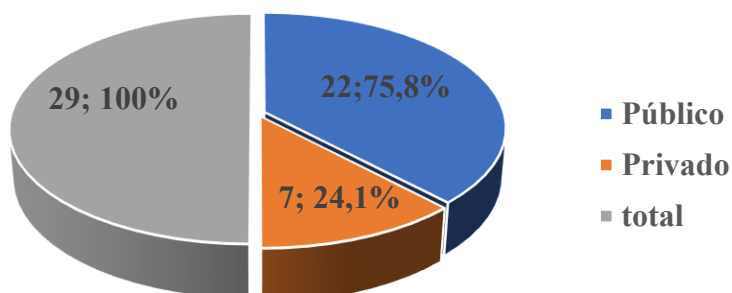
Gráfico 8. Respostas sobre o município de atuação profissional



Fonte: elaborado pelo Pesquisador

Procurando saber em relação aos municípios em que trabalham os/as assistentes sociais, constata-se que a maioria dos/as assistentes sociais trabalham nos hospitais das capitais das respectivas províncias, ou seja, nos municípios-sede. Como podemos constatar o município de Luanda com 62%. Pois, nossa maior ambição é que haja mais concursos públicos no sector para que tenhamos uma cobertura maior preenchendo assim as 21 províncias e seus respectivos municípios na sua totalidade, formando assim uma rede nacional de forma articulada, para responder os desafios das demandas profissionais que os novos contextos nos impõem.

Gráfico 9. Respostas sobre o setor de trabalho



Fonte: elaborado pelo Pesquisador

O sistema de saúde de Angola contempla dois sectores o público e o privado, a luz da lei de base do sistema de saúde de 1992, que referencia a transição do sector com um sistema anterior exclusivamente público onde a saúde era de inteira exclusividade do Estado, onde a saúde era obrigação do Estado e direito dos cidadãos, até abrir mão ao neoliberalismo permitindo a participação de iniciativa privada na saúde e o Estado tomando cobertura dentro dos seus limites. Assim dá lugar a dois sectores o público e o privado, onde assiste-se a presença de dois modelos em termos de assistência medicina ocidental ou convencional e a medicina tradicional.

Neste contexto, de acordo o gráfico 9, os dados indicam que 75,8% dos/as assistentes sociais que correspondem a maioria pertencem ao sector público e 24,1% que é a minoria pertencem ao setor privado. Em Angola o Estado constitui o principal empregador, ou seja, o Estado é o que mais emprega, pelo que temos um setor privado bastante frágil e que não garante sustentabilidade em termos de emprego. Pois o cenário vivido na época da pandemia da covid-19 é um dos exemplos para demonstrar essa narrativa, por tanto a declaração mundial da pandemia da Covid-19, marcada por contradições e desafios que expressou as desigualdades existentes no país.

No caso de Angola, a busca de soluções internas contou com o alargamento da sua diplomacia para a solidariedade humanitária e internacional. Portanto, o agravamento incessante da covid-19, trouxe consequências a nível do sector de produção quer pública e privada, verificando uma desproteção discriminatória entre os funcionários públicos e privados, onde observou-se que muitos funcionários do

setor privado com o estado de confinamento domiciliar não eram contemplados com os seus salários, assim os sindicatos representantes em diálogo com as entidades empregadoras e o Estado para a materialização da proteção social obrigatória recusaram-se em dar apoio para suprir suas necessidades agravadas pela pandemia covid-19. Pensamos que em uma sociedade capitalista, onde os economicamente protegidos se constituem na sua minoria a “elite política” e “cidadãos do alto escalão dos órgãos de segurança do Estado”, em época pandêmica torna-se explicável o acentuado nível das expressões da questão social tais como a pobreza extrema, o desemprego, o elevado número de mendigos na via pública, emprego precário etc.

Desse modo, considerando a redução da força de trabalho, nas instituições públicas e empresas privadas, houve baixa produtividade, sem muita oferta e procura dos bens e serviços, pelo que muitas empresas chegaram mesmo de rescindir contratos com seus funcionários. Assim, assiste-se a uma crise econômica e sanitária, onde foram registados um número significativo de desempregados.

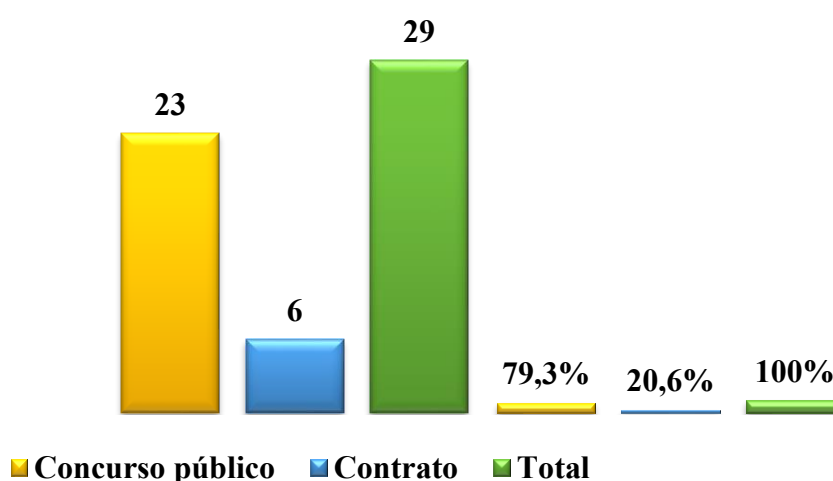
Segundo o Inquérito ao Emprego em Angola (IEA, 2020), referente ao segundo trimestre de 2020, constatou que houve uma subida da taxa de desemprego de quatro pontos percentuais, face ao segundo trimestre do ano de 2019, registando-se um total de 4.737.747 desempregados. O inquérito revelou ainda que a taxa de desemprego foi estimada em 32,7% do valor superior em 0,7 pontos percentuais ao trimestre anterior 32,0% e 4,0% pontos percentuais relativamente ao trimestre homólogo 28,7%.

No mesmo inquérito, o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2020), explica que devido à pandemia de Covid-19, os dados mostram que 2,7% da população empregada esteve ausente no trabalho no segundo trimestre de 2020, o que representou 266.265 pessoas de um total de 9.751.457. Os dados representam o grande impacto social e econômico da pandemia da Covid-19, pois percebe-se que várias empresas ficaram sem sustento financeiro pelo que foram obrigadas a declarar falência, pondo muita gente no desemprego.

Até o momento atual, estas consequências estão presentes quando se observa que aumentou o número de pessoas pedindo esmolas, acentuou o nível de violência, com assaltos de alto calibre na via pública e o uso de recurso a arma de fogo. Inclusive aprofundou a pobreza e a fome, tornando evidente que a pandemia e a falta de comprometimento dos órgãos de decisão perante a população ampliaram as desigualdades.

Esta realidade, traz consigo novas configurações no mercado de trabalho, onde cada um vai procurando novas formas de sobrevivência. Em contexto neoliberal, cada cidadão é obrigado a equacionar inteligências de sobrevivência, se sustentando com sua criatividade, livre iniciativa, com um Estado que reduz seu papel no desenvolvimento das políticas sociais. usando como recurso a teoria da “culpabilidade fatalista” tais como o sustentar a ideia de que o Estado não pode fazer tudo pelo cidadão, pelo que alimenta a ideia ao cidadão como tubo de escape o empreendedorismo, isto não passa de um balsamo para o cidadão não sufocá-lo, pressioná-lo, num ambiente onde o acesso ao crédito para pequenos empreendedores é um exercício tremendo.

Gráfico 10. Respostas sobre a forma de ingresso na instituição

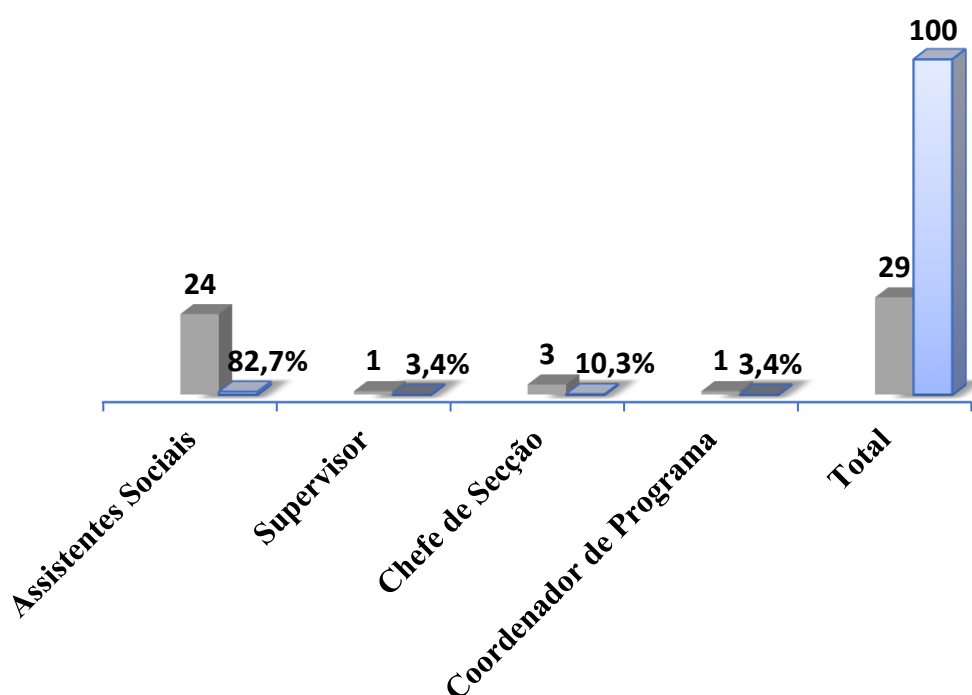


Fonte: elaborado pelo Pesquisador

Questionados os/as assistentes sociais em relação a forma como ingressaram na instituição em que trabalham 79,3% que corresponde a maioria, respondeu ser por meio do concurso público e 20,6% que corresponde a minoria, respondeu ser por intermédio de um contrato. Apesar dos funcionários em Angola ingressarem por intermédio de um concurso público e por sua vez o contrato merecer para o funcionário privado com um contrato a longo prazo ou indeterminado de acordo os critérios estipulados pela Lei Geral do Trabalho, o Estado por sua vez a luz da Lei de Base da função pública Lei nº26/22, de agosto de 2022, no seu artigo 13º abre margem ao contrato de trabalho público, que no ponto 1 afirma o seguinte: os órgãos, organismos

e serviços da função pública podem, excepcionalmente e nos termos da presente lei, celebrar contratos de trabalho público, para o exercício de funções públicas em caso de necessidades transitórias ou pontuais (Angola, 2022, p.6055). Assim tem sido este exercício a nível da administração pública burocrática para a inserção de profissionais no sector da saúde para responderem a demanda.

Gráfico 11. Respostas sobre as funções desempenhadas na instituição



Fonte: elaborado pelo Pesquisador

Os/as assistentes sociais desempenham um papel fundamental no sector da saúde, pelo que desenvolvem um sentimento de pertença nos seus variados espaços onde são colocados para trabalharem após a sua contratação ou terem sido aptos no processo de concurso público. Assim imbuídos de suas habilidades cumulativas, são lançados a exercerem suas funções de acordo a demanda institucional, com a sua dedicação, valentia e empenho, dado os seus princípios valorativos, são investidos em cargos de chefias, áreas administrativas a nível de Direção, Repartição, Secção, bem como a disputa de espaços com os demais profissionais enquanto técnicos em suas unidades hospitalares.

Desse modo, em relação as funções que desempenham nas instituições em que trabalham, os resultados demonstraram que 82,7% que corresponde a maioria,

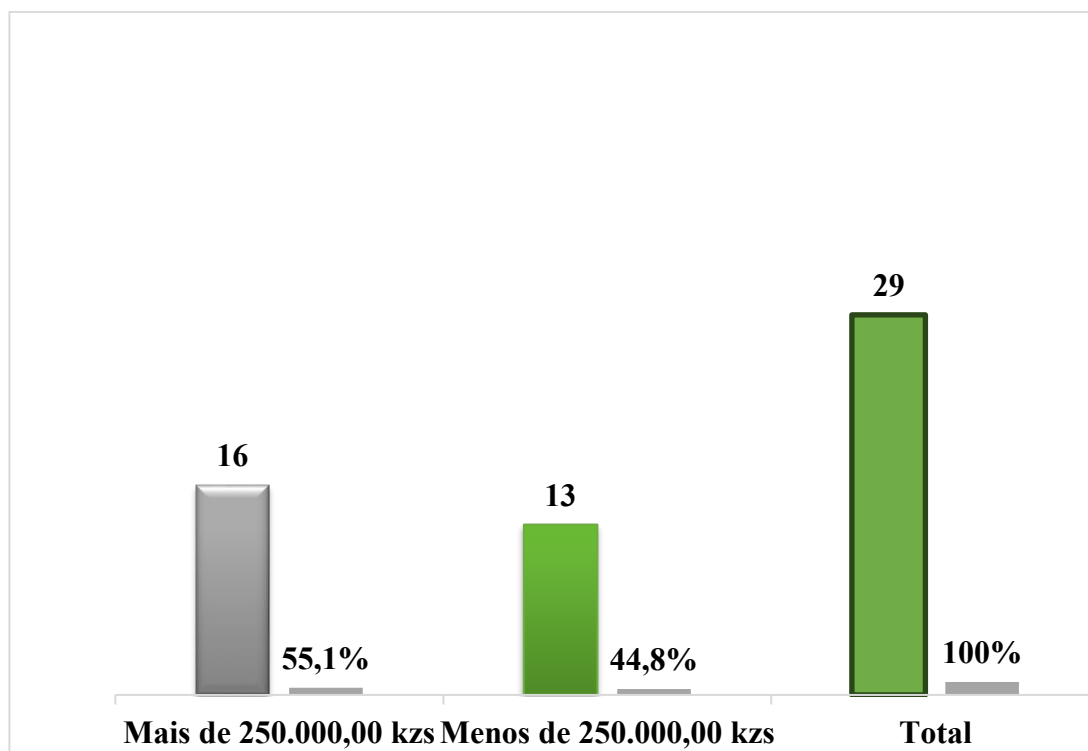
exercem a função de assistentes sociais, ou seja, como profissionais que defendem uma perspectiva crítica, investigativa e interventiva, respondendo as demandas que seu cotidiano laboral lhes apresenta, por sua vez 10,3% responderam serem chefes de seção, que se considera ser uma mais valia para o Serviço Social na saúde.

Na medida em que a categoria profissional vai se impondo, vincando a identidade profissional, mostrando aquilo que se sabe fazer, ser e estar há reconhecimento merecendo este investimento e trilhar novos rumos ganhando assim espaços para influenciar nas decisões institucionais alargando cada vez mais os espaços de atuação e firmando-se como tal, dando utilidade ao saber perante os/as utentes.

Ainda, o gráfico nos mostra que 3,4% responderam serem coordenadores de programas o que aumenta mais ainda o nível de influência, pois o/a assistente social enquanto planeador, um exímio elaborador de políticas públicas, gestor, serve-se desta função para participar não só na tomada de decisões, mas também oportuniza possibilidades de efetivar as políticas públicas que garantam o acesso dos direitos dos/as utentes, bem como a melhoria dos determinantes sociais da saúde que a população carece. Por sua vez 3,4% responderam serem supervisores, pois essa confiabilidade dos/as assistentes sociais como supervisores a nível das unidades hospitalares só mostra mais uma vez que quando nos aperfeiçoamos, quando conseguimos vincar a conquista daqueles que estão na primeira linha de atendimento em termos de necessidades dos/as utentes e exercermos o nosso papel com zelo a indicação para funções de cargos de influência é meritocrática.

A isso, lança-se grandes desafios para que nesta caminhada não se possa defraudar, muito menos ter influências das amarras de alguns vícios institucionais fruto de uma cultura organizacional sócio-histórica que não favoreça o crescimento da instituição a fim de se trilhar lugares mais cimeiros, com todas ambições profissionais que nos assistem.

Gráfico 12. Respostas sobre a faixa salarial



Fonte: organizado pelo Pesquisador

Os resultados apontaram que dos/as 29 participantes da pesquisa, 16 que correspondem 55,1% e que constitui a maioria afirmam ganhar mais de 250.000,00 kzs (Duzentos e cinquenta mil kwanzas) e 13 que corresponde 44,8%, afirmam ganhar menos de 250.000,00 kzs (duzentos e cinquenta mil kwanzas) sendo a minoria como demonstra o gráfico 12.

Em observância ao estatuto remuneratório da carreira do trabalhador social, fazendo recurso ao Decreto Presidencial nº132/2022, nos seus anexos I (Angola, 2022,p.3450), estabelece o vencimento base dos/as assistentes sociais e em 2025, a luz do Decreto Presidencial nº39/25 de 13 de Fevereiro, o Estado entende fazer um aumento salarial de 25% contemplando a carreira do trabalhador Social onde podemos constatar a seguinte comparação do vencimento base da categoria do/a Assistente social com a seguinte classificação:

Tabela 4. Faixa salarial

Nº	Carreira	Categoria Profissional	vencimento Base	
			2022-2024	Fev.2025
1	Assessor Principal	Assistente Social assessor principal	404312,12 kzs	525.00,00
2	Primeiro Assessor	Assistente Social primeiro assessor	379042,61 kzs	493.000,00
3	Assessor	Assistente Social Assessor	353773,10 kzs	460.000.00
4	Técnico Superior Principal	Assistente Social Principal	320080,43 kzs	416.000,00
5	Técnico Superior de 1ª classe	Assistente social de 1ª classe	286387,75 kzs	372.000,00
6	Técnico Superior de 2ª classe	Assistente Social de 2ª classe	252695,07 kzs	329.000,00

Fonte: elaborado pelo pesquisador

Pelo formato em que as categorias profissionais apresentam está evidente na tabela 4, que em termos de carreira do/a assistente social a nível da função pública, em termos de remuneração de acordo as percentagens expressas pelos/as assistentes sociais podemos dizer que não há congruência em relação aos que manifestaram ganhar menos de 250.000,00 kzs (duzentos e cinquenta mil kwanzas). Esse fato deveu-se por conta dos/as assistentes sociais que trabalham por via de contrato, que não contam na tabela á cima por estes não serem efectivos, contratados em regime transitório chegando auferir 205.000,00. Pois, entre os que responderam ganharem mais de 250.000, 00 kzs, considera-se os efetivos admitidos por intermédio do concurso público. Até ao momento da realização da pesquisa, em 2024, os/as assistentes sociais em regime de contrato auferiam o valor a cima descrito, mas atualmente, no ano de 2025, o vencimento foi unificado com os que entraram por via do concurso público ganhando 329.000 sanando assim possíveis conflitos.

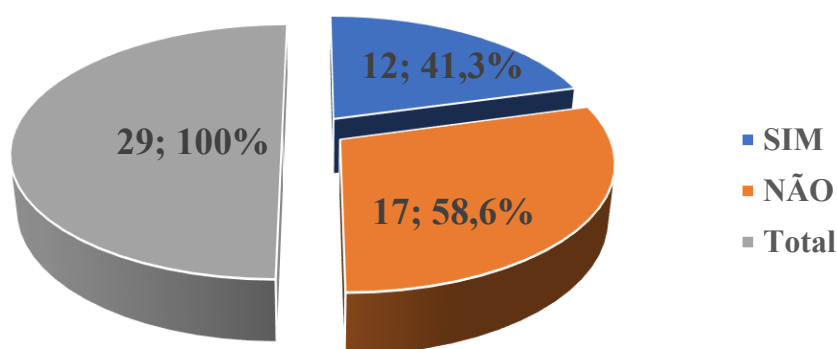
Assim, em termos de carreira é desafiador desde os técnicos superiores de 2ª classe/Assistente Social de 2ª classe, até atingir o escalão de Assessor principal/Assistente Social Assessor principal, são anos e anos e de muita experiência cumulativa.

Em tempos que nos assistem, mesmo com o aumento salarial dos 25% não é um valor satisfatório, com o kwanza depreciado e com o nível de inflação em alta face ao câmbio da moeda estrangeira (dolar valor de referência). O capitalismo que enferma a classe trabalhadora, o torna a vida cada vez mais precária, numa relação com a burguesia no processo de produção material de riqueza e na busca incessante

da mais-valia, o valor da força de trabalho dos trabalhadores não tem sido compensatória. Daí que, é com este espírito que procuramos questionar os/as assistentes sociais em relação ao salário que auferem, onde as respostas foram surpreendentes perante aos desafios que o custo atual de vida é bastante elevado.

Portanto, no setor da saúde temos vindo assistir junto aos movimentos sindicais a reivindicação dos direitos trabalhistas, com maior ênfase no aumento salarial, dos subsídios, melhoria das condições de trabalho, pelo que as mediações não têm resultado em êxitos, o Estado tem mostrado um braço de ferro, contemplando apenas aquilo que lhe convém com ajustes residuais que não tem favorecido a classe trabalhadora.

Gráfico 13. Respostas sobre o recebimento de subsídio



Fonte: elaborado pelo Pesquisador

Em relação se recebiam subsídio ou não, os dados do gráfico nº13 apontam que 58,6% dos/as Assistentes Sociais afirmaram não receberem seus subsídios e 41,3% afirmam receberem. Nota-se uma contradição, quando o Decreto Presidencial nº132/2022(iden, p.3448), no anexo III estipula subsídios para os/as assistentes sociais. com a seguinte classificação:

Tabela 5. Valor percentual dos subsídios

Nº	Tipos de subsidios	Percentagem
1	Subsidio noturno	7%
2	Subsidio de turno	5%
3	Subsidio de risco	5%
4	Subsidio de dedicação exclusiva	5%

5	Subsidio de diuturnidade	3%
---	--------------------------	----

Fonte: elaborado pelo autor.

De acordo o decreto acima referido no seu artigo 6º, faz referência o seguinte: o funcionário ou agente administrativo integrado nas carreiras do Trabalhador Social tem direito aos subsídios que constam do Anexo III do presente Decreto Presidencial, de que é parte integrante. E nos artigos seguintes definem os subsídios da seguinte forma:

7º Subsidio noturno: O subsídio noturno é atribuído ao pessoal cuja prestação de trabalho incide no período compreendido entre as 20 (vinte) horas e as 6 (seis) horas do dia seguinte, correspondente a 7% do vencimento base;

8º Subsidio de turno: O subsídio de turno é atribuído ao pessoal integrado na organização/prestação de trabalho por turnos rotativos, correspondente a 5% do vencimento-base;

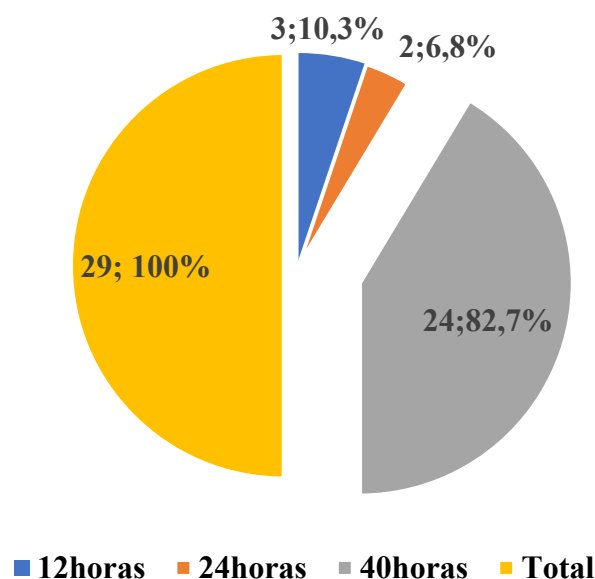
9º Subsidio de risco: O subsídio de risco é atribuído ao pessoal vinculado aos Órgãos da administração local e às autarquias locais que presta atividade em equipamentos, serviços sociais, nas comunidades, junto de famílias, grupos e indivíduos, em condições que, devido à natureza das próprias funções e em resultado de ações ou fatores externos, aumentem a probabilidade de ocorrência de lesão física, psíquica ou patrimonial, correspondente a 5% do vencimento-base;

10º Subsidio de dedicação exclusiva: O subsídio de dedicação exclusiva é atribuído a todo o pessoal abrangido por este Diploma, que se dedica exclusivamente às atividades da Unidade Orgânica a que está vinculado, correspondente a 5% do vencimento-base.

11º Subsidio de diuturnidade: O subsídio de diuturnidade é atribuído ao funcionário ou agente administrativo integrado nas carreiras do Trabalhador Social com mais de 5 (cinco) anos de serviço, correspondente a 3% do vencimento-base (Angola, 2022, p.3447).

Assim, confirma-se a legitimidade na atribuição dos subsídios dos/as assistentes sociais na saúde, é um direito que assiste e que se precisa da união, diálogo conjunto para que todos/as profissionais possam usufruir deste benevolente subsídio.

Gráfico 14. Respostas sobre a carga horária semanal de trabalho



Fonte: elaborado pelo Pesquisador

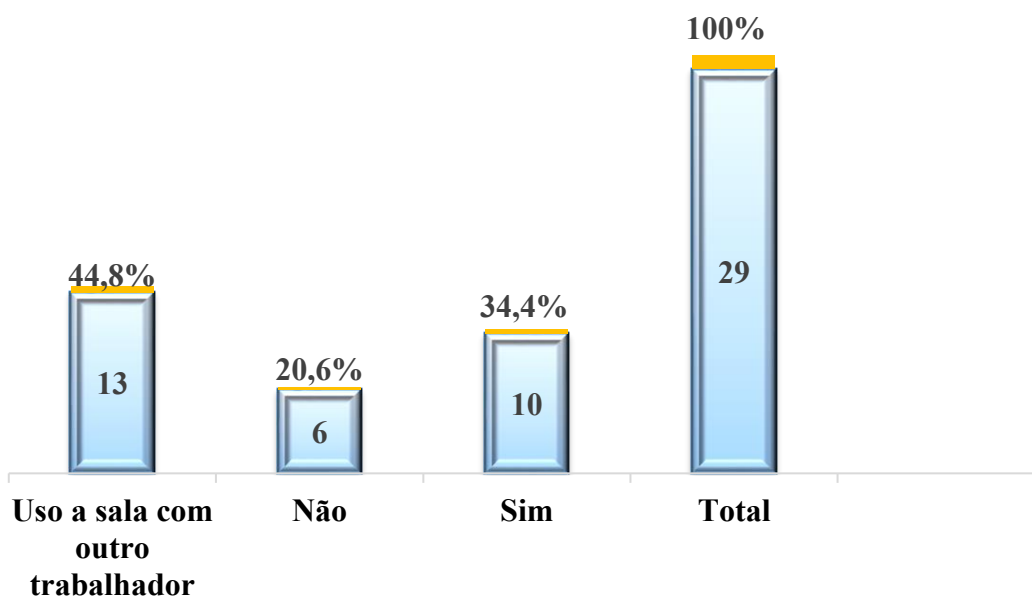
Em relação a carga horária semanal, os resultados apontaram que 82,7% dos/as assistentes sociais afirmam terem uma carga semanal de 40 horas, 10,3% afirmaram ter 12 horas e 6,8% afirmaram 24 horas, considera-se que a maioria 82,7% dos/as assistentes sociais têm como carga horária 40 horas. Esta divergência em termos de carga horária justifica-se pelo fato de que a saúde é um setor com um funcionamento diferenciado em relação aos outros setores, pela sua própria natureza e serviços que se presta. O fluxo de atendimento a nível dos hospitais, quer pelo Banco de Urgência, internamento e ambulatório, com exceções das áreas administrativas, requer uma carga horária compensatória, de descanso suficiente para a recomposição de forças quer física, psicológica e espiritual, para dar continuidade dos serviços.

Tendo em conta o anterior regime laboral da Lei Geral da função pública Lei nº17/90 de 20 de outubro em que vigorava um horário contínuo de trabalho das 8h às 15h30, a nova Lei nº26/22, de agosto, revogou esta anterior alterando o horário da função pública no seu artigo 7º, ponto 1 afirmando o seguinte: “O período normal de funcionamento dos serviços públicos é o que vai das 8 às 15 horas, de segunda-feira a sexta-feira, em regime de horário contínuo, sem prejuízo dos horários especiais”. (Angola, 2022, p.6060).

Este é o horário de funcionamento normal da função pública, a nova lei retirou apenas 30 minutos do horário anterior, o que nos interpreta é que se o período laboral

vai das 8 às 15 horas dia, podemos afirmar que a carga horária semanal dos funcionários públicos em Angola é de 40 horas, período que a maioria dos/as assistentes sociais trabalham na saúde, apesar que na saúde há um horário especial para o trabalho em regime de turno, por conta da troca sucessiva das equipas de trabalho durante as 24h em plantão como afirmam 2,6% dos sujeitos de pesquisa.

Gráfico 15. Respostas sobre a existência de sala própria de atendimento



Fonte: elaborado pelo Pesquisador

Na saúde o espaço de trabalho exerce um papel fundamental, por conta da sensibilidade dos assuntos que são tratados e além do mais um espaço adequado de trabalho influencia na produtividade laboral. E os espaços não só representam uma forma de compartimentação dos setores, mas sim também é uma conquista dos profissionais e através destes executam-se ações profissionais de forma adequada e confortável. Como referência Caneca e Sarreta (2022, p. 84) “A adequação do espaço hospitalar para a confortabilidade [...] deve ser vista com bastante atenção, pois as exigências atuais dos utentes em relação ao que esperam de uma determinada instituição ou serviços servem como ponto de partida para a melhoria dos serviços em todos os níveis”.

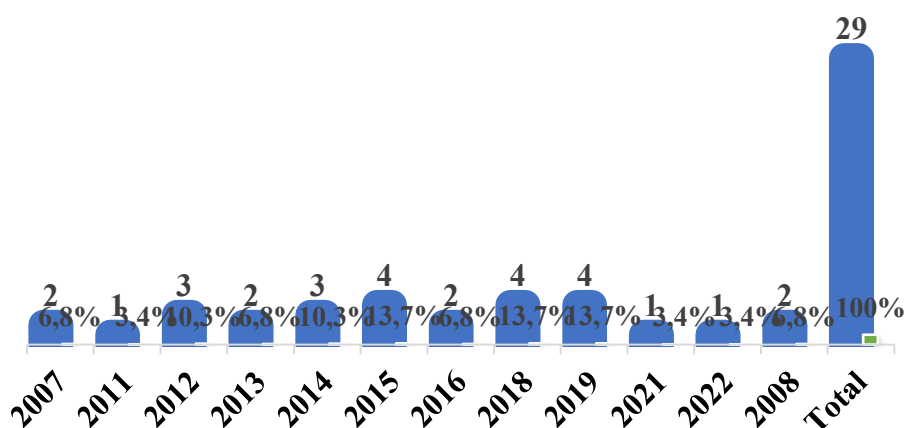
No setor da saúde, tem merecido uma disputa entre profissionais, daí que as respostas dos os/as assistentes sociais se possuem sala própria para o atendimento

apenas 34,4% afirmam terem sala própria e a maioria que corresponde a 44,8% afirmam partilharem espaços com outros profissionais e 20,6% afirmam não possuírem sala própria.

3.2. A inserção do Serviço Social na saúde

Neste item procurou-se saber da parte dos/as assistentes sociais sobre o contexto da sua inserção na saúde, para compreendermos as suas determinações que influenciaram o processo de trabalho profissional na saúde.

Gráfico 16. Respostas sobre o ano de conclusão do curso de Serviço Social



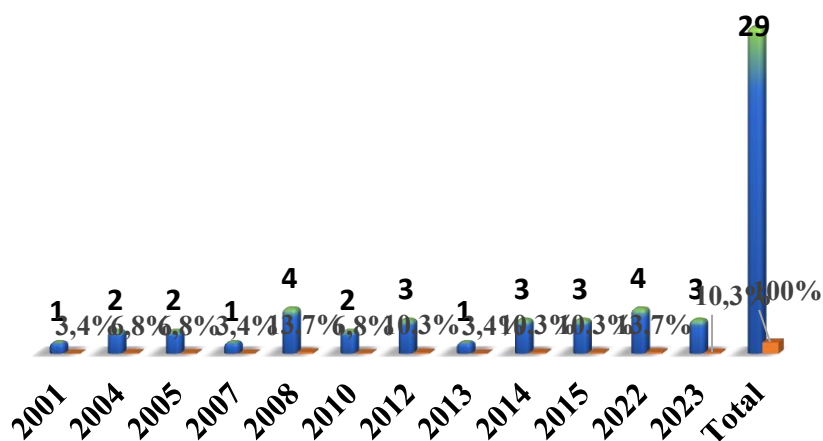
Fonte: organizado pelo Pesquisador

A institucionalização do Curso de Serviço Social em Angola data a partir de 1962 e durante esse processo registou-se momentos de encerramento isto é em 1977, voltando a sua reabertura em 2005. Em observância ao gráfico 16, podemos perceber que entre os sujeitos de pesquisa inqueridos não registou nenhum assistente social que terá terminado antes deste período, considerando assim profissionais que terão ingressado após a sua reabertura.

Pelo que observa-se profissionais jovens, com desafios mais orientados e com uma visão diferenciada e mais aberta a este mundo super globalizado. O gráfico mostra ainda que dos/as assistentes sociais na saúde os anos de 2015, 2018 e 2019 foram os anos que houve maior número de profissionais a concluírem o curso e sendo os anos de 2011, 2021 e 2022 os anos com menor número, o que infere que a procura

pelo curso de Serviço Social tende a reduzir, o que requer uma visão ampliada das instituições de formação investindo cada vez mais no marketing e cooperação com empresas públicas e privadas a fim de promoverem a profissão e servindo como atração de novos ingressantes com maior número.

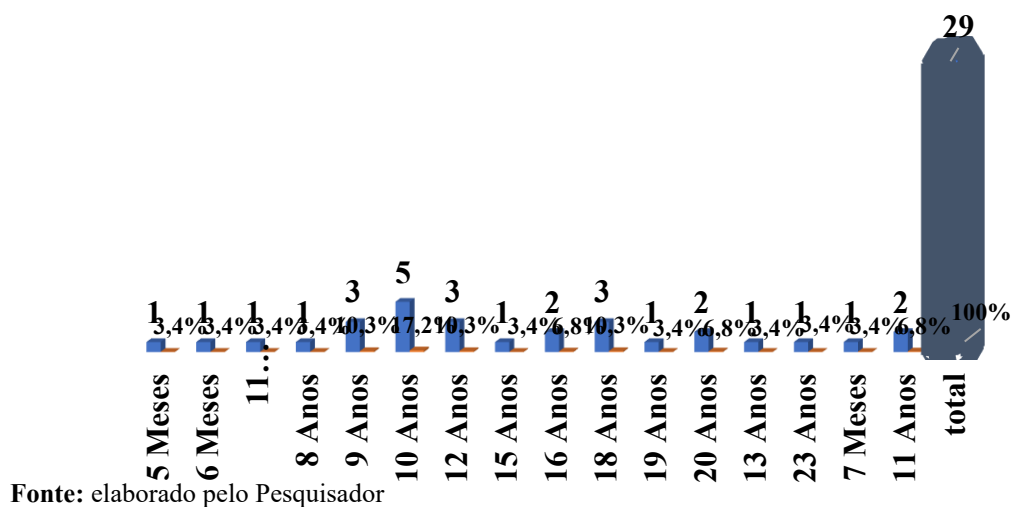
Gráfico 17. Respostas sobre o ano de ingresso na instituição



Fonte: elaborado pelo Pesquisador

Questionados em relação ao ano de ingresso na instituição em que trabalham, o gráfico aponta que o ano de 2008, 2022 foi a maioria com 4% respectivamente em termos de ingresso, sendo em 2001 a menor a ingressarem no setor da saúde. Precisamos referenciar que os/as assistentes sociais que ingressaram na saúde antes de 2022, não ingressaram por via de concurso público como assistentes sociais. O processo de ingresso para o concurso público de assistentes sociais na saúde em Angola teve o seu início em 2022, fato que muitos entraram neste sector como técnicos médios e só depois mereceram o seu devido enquadramento como assistentes sociais após o término da formação e consequentemente sua admissão no processo do concurso público. Pelo que podemos observar o acúmulo de experiências dos/as assistentes sociais no setor da saúde que ingressaram enquanto técnicos médios ou sem concorrerem como assistentes sociais.

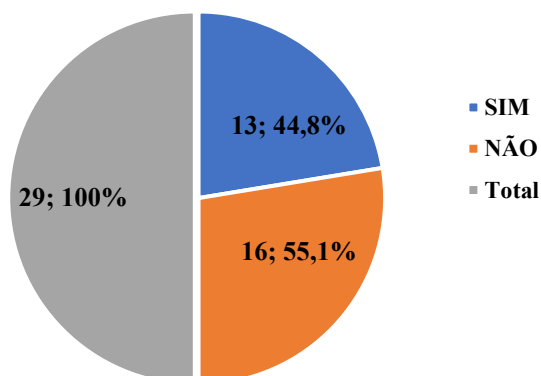
Gráfico 18. Respostas sobre o tempo de atuação na área da saúde



Procurando saber entre os/as assistentes sociais em relação ao tempo que trabalham na saúde, o gráfico aponta que 17,2% que corresponde a maioria trabalham na saúde a 10 anos e 10,3% afirmam trabalharem 9, 12 á 18 anos e a menor afirmam 3,4% trabalharem 5 á 11 meses. Portanto é um facto que quanto mais tempo de trabalho um profissional tiver mais experiência vai acumulando. E o Gráfico nos faz perceber que temos profissionais que acumulam vários anos de trabalho, o que considera-se uma vantagem em termos de crescimento profissional e construir-se planos e projectos conjuntos para o crescimento profissional.

Ao registar profissionais com 18, 19, 20 e 23 anos dedicado ao trabalho profissional na saúde é sinónimo de uma categoria profissional que tem potencialidade em termos de avanços perante aos desafios dos novos ingressantes com o concurso público de 2022, por intermédio de um projecto inclusivo no aperfeiçoamento de competências quer teóricas e técnicas. É necessário oportunizar espaços para a partilha de conhecimentos e a consequente passagem de testemunho profissional.

Gráfico 19. Respostas sobre a existência de Assistentes sociais anteriores na instituição



Fonte: elaborado pelo Pesquisador

O gráfico 19 expressa as respostas dos/as assistentes sociais se antes da sua colocação onde trabalham já existiam assistentes sociais, indica que 55,1% que corresponde a maioria afirmam que não existiam e 44,8% afirmam que já existiam. Isto é compreensível, pois antes do ingresso dos/as assistentes sociais na saúde em 2022, já existiam profissionais a trabalharem na saúde, como já realçamos no ponto anterior, mas que o número de ingressantes não foi o suficiente para dar cobertura em todo território nacional e a maioria encontram-se colocados em Luanda, com o aumento de infraestruturas hospitalares e tendo em conta os níveis de assistência, com os/as assistentes sociais concursados e com a cota adicional, muitos assistentes sociais foram os primeiros a darem força à profissão nestes hospitais atuando quer nos Gabinetes de Apoio aos Utentes (GAU), como na área de Assistência Psicossocial, onde com o trabalho vão justificando junto aos utentes sua utilidade. Dessa forma há necessidade de irmos a busca de sinergias para melhor entrosamento, para uma prática profissional mais firme e consistente para a afirmação da nossa categoria profissional. em todos espaços sócio-ocupacionais no sector da saúde.

A concepção de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), trouxe consigo a grande relevância que se deve atribuir aos determinantes sociais da saúde, que se constituem como um conjunto de fatores que interferem no processo saúde-doença de forma transversal. Ao percebermos que o binômio saúde-doença, se dá na interação quer física, psicológica, social, econômica, política e ambiental dentro das várias manifestações da interação entre os cidadãos quer de forma individual ou coletiva, e como reforça Moraes (2020, p.152) que parte da compreensão de que “o trabalho profissional na área da saúde não pode ser tratado de forma homogênea”, para fazer face a este grande desafio houve necessidade da inserção de vários autores sociais entre estes o/a assistente social.

Assim, questionamos os/as assistentes sociais na saúde afim de sabermos suas opiniões em relação as razões da inserção do Assistente social na saúde, obteve-se as seguintes expressões:

Agravamento das manifestações da questão social e reconhecimento da profissão pelas FAA.

Extensão dos serviços de saúde fora dos hospitais.

Mediação entre os hospitais e familiares dos doentes e ou utentes.

Prestar apoio social aos pacientes carentes, pacientes separados dos seus familiares e realizar atividades de educação para a saúde.

Melhor e maior acolhimento dos usuários.

Melhor controlo dos pacientes com doenças crônicas (VIH, TB, HTA entre outras) alargamento da atuação multidisciplinar na saúde.

Propor e ou sugerir na equipa multidisciplinar em prol da condição social do paciente.

Alargamento da promoção e prevenção da saúde

Para intervenções que exige mesmo o Assistente Social.

A necessidade da articulação da assistência sanitária á ação social na lógica da humanização.

Nestas expressões, podemos constatar que os profissionais têm plena percepção da missão na qual foram requisitados, bem como as razões pelas quais foram inseridos na saúde. Pois em busca da concretização de um conceito de saúde ampliado, o olhar na assistência que vai além fronteiras hospitalares, a atenção especial e especializada no acompanhamento dos/as utentes com doenças

crônicas degenerativas, bem como a garantia do acesso aos direitos dos/as utentes, por intermédio de uma perspectiva crítica, propositiva, interventiva e investigativa se constituem em maior substância que permitiram a inserção de profissionais no setor da saúde.

Tabela 6. Áreas de atuação na saúde

Área de atuação	N	%
Serviços de Assistência Psicológica e social	11	37,9%
Programas de apoio ao utente no seu cotidiano	1	3,4%
Humanização dos Serviços	10	34,4%
Saúde ocular	1	3,4%
Saúde Pública	1	3,4%
Palestras, assistência social	1	3,4%
Saúde mental dos polícias	1	3,4%
Programa de Integração Familiar	2	6,8%
Reinserção. Acolhimento. Orientação...	1	3,4%
Total	29	100%

Fonte: elaborado pelo Pesquisador

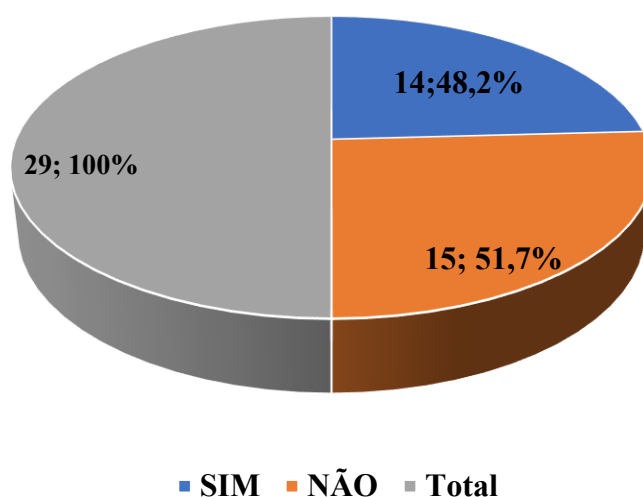
Na saúde, o trabalho do/a assistente social se expressa de forma transversal, quer a nível das políticas, gestão, cuidados, formação e ensino. No processo de enquadramento dos/as profissionais tal como se dá os níveis de atenção na saúde de Angola, assim são distribuídos, como podemos constatar na tabela á cima em relação a área de atuação em que podemos constatar que 37,7% afirmam atuar na área de assistência psicológica e social, 34,4% afirmam atuar na área de humanização dos serviços, 6,8% em programa de integração familiar e sendo as áreas de saúde ocular, saúde pública, palestras, saúde mental com apenas 1% respectivamente.

A inserção dos/as assistentes sociais na saúde constitui uma conquista e os desafios estão patentes, pelo que se percebe na tabela é que se precisa reestruturar as áreas de atuação dos/as assistentes sociais, pois nota-se alguma dificuldade destes profissionais se identificarem como tal em termos das áreas de atuação. Há necessidade de se estabelecer uma área de atuação dentro das unidades hospitalares, que responda as necessidades de assistência social no cômputo geral e a partir daí desdobrar-se as demais ações dos/as assistentes sociais. A prática tem mostrado que muitos assistentes sociais se encontram limitados no Gabinete de Apoio ao Utente (GAU), com suas atribuições em atividades técnico-burocráticas realçando

a competência ético-política (dar vez e voz aos utentes para a garantia no acesso aos bens e serviços que a instituição tem a sua disposição), esta atuação é relevante, mas que não deve ser o foco exclusivo dentro das atribuições dos/as assistentes sociais na saúde.

Uma estruturação que tem merecido referência a nível do Serviço Social na saúde, são os serviços de saúde das FAA, estruturado por intermédio de uma hierarquia, onde temos a Repartição de Assistência Psicológica e Social a nível da Direção de saúde das FAA/EMG, e por sua vez os ramos que a compõem se constituem em Secção de Assistência Psicológica e Social, e a partir das seções são articuladas todas as atividades em termos de execução e prestando informações das atividades à Repartição em forma de relatórios mensais, trimestrais e anuais. Dessa forma há maior ampliação do raio de intervenção dos/as assistentes sociais na saúde, sem alguma limitação dentro das suas atribuições na saúde em relação aqueles profissionais que se encontram no Gabinete de Apoio do Utente.

Gráfico 20. Respostas sobre atividades desenvolvidas e sua definição na área de atuação



Fonte: elaborado pelo Pesquisador

Procuramos saber em relação as principais atividades que desenvolvem os/as assistentes sociais na saúde se na área em que trabalham estão definidas, 48,2 % afirmaram que estão sim definidas e 51,7% afirmaram não estarem definidas. Pois,

apesar do Serviço Social da saúde em Angola ser uma das áreas de atuação dos/as assistentes sociais, mas ainda estamos em construção para nossa identidade e afirmação dentro de outras categorias profissionais. Outras profissões já estão consolidadas por serem tradicionais na área da saúde, mas o Serviço Social ainda está construindo e demarcando junto as entidades empregadores diante de condicionantes externos para sua afirmação e consolidação, daí 51,7% afirmarem não estarem definidas.

As respostas em relação a questão quem definiu as atividades, caso a resposta for sim. Aos assistentes sociais que na questão anterior responderam que suas atividades na área em que trabalham estavam definidas, observando a pergunta adicional sobre quem as definiu eis as respostas que obtivemos:

Programa de Assistência Psicológica e social.

A gestão do hospital.

Uma equipa de trabalho que envolveu diferentes repartições de saúde.

A equipa de Serviço social.

Os antecessores uma parte, eu outra.

A Direcção através do estatuto orgânico.

Algumas eu e outras definidas pelas regras da instituição. O programa.

Já as encontrei no estatuto.

A empresa.

Eu própria tracei o meu programa para o desempenho das minhas atividades de realce.

Podemos constatar nas opiniões dos sujeitos de pesquisa que a final que as atribuições profissionais não se dão por si só, ou seja são dadas por intermédio de uma construção coletiva demandadas institucionalmente como ensina lamamoto (1998 apud Moraes, 2020, p.152) “[...] o processo de trabalho onde se insere o/a assistente social não é por ele organizado e nem é exclusivamente um processo de trabalho do/a assistente social, ainda que dele participe com autonomia ética e técnica”.

Nas opiniões dos sujeitos de pesquisa, entendemos o protagonismo de cada profissional, como também a ideia de lamamoto, o que significa que não é nossa iniciativa pessoal definirmos as atividades, mas sim deverá ser uma construção

coletiva por intermédio da necessidade demandadas institucionalmente e pelos utentes. Como orienta Gerra et al (2012. P.5) é um processo que “[...] reside de uma tensão entre o que a instituição atribui e o que a categoria profissional considera ser atribuições profissionais, donde a tensão entre (no mínimo) duas fontes diferentes das quais emanam as atribuições: a da instituição e a da categoria profissional”. O que requer a mobilização coletiva defini-las de acordo os objetivos e a missão da instituição.

Uma vez definidas as atividades, a entidade patronal solicita ao profissional sua execução, de acordo a especificidade de cada demanda e natureza institucional. Daí ao questionarmos aos sujeitos de pesquisa sobre as atividades que mais lhes pedem para fazerem com frequência na área de atuação constatamos as seguintes respostas:

Necessidades, preocupações dos militares, civis e propor respostas para fazer frente aos hábitos costumeiros e crenças que diminuem a eficiência e acções de saúde.

Acompanhamento aos pacientes, pesquisa social, actividades formativas de educação para saúde.

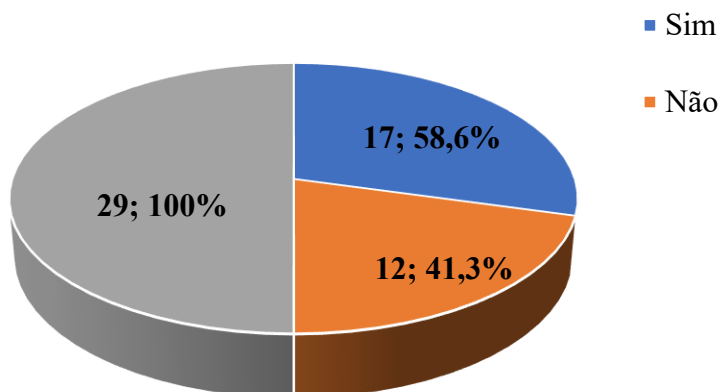
Ajudar a resolver alguns problemas sociais.

Gestão de reclamações, acolhimento e encaminhamentos, reintegração social e familiar de doentes.

*Acompanhamento das necessidades sociais dos utentes.
Palestra e visitas.*

Em observância as várias respostas dos/as participantes de pesquisa, constata-se que não há de facto uma descrição de atividades que se traduzam em resultados que traga alguma transformação significativa quer a nível institucional quer a nível dos/as utentes, por se tratarem de atividades meramente avulsas e sem alguma substância pontual em termos de resolução em uma situação-problema. É necessário que haja alguma especificidade em relação as atribuições nos espaços de atuação profissional, para que não possamos nos perder na ocupação de atividades meramente rotineiras para o cumprimento do horário laboral.

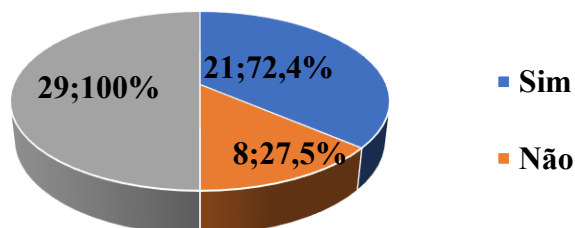
Gráfico 21. Respostas sobre a correspondência entre atribuições solicitadas e a profissão



Fonte: elaborado pelo Pesquisador

Em relação a questão se o que se pede para fazer é o que a profissão atribui, 58,6% afirmaram que sim e 41,3% afirmaram que não. É necessário deixar patente que o Serviço Social pelas suas complexidades em decifrar as suas particularidades, requer profissionais que buscam de forma permanente e continua o aperfeiçoamento de competências que visam iluminar o trabalho profissional e de forma conjunta possamos ter um denominador comum sobre o objeto que incide a nossa ação. É necessário que entre o que a instituição demanda e o que a categoria profissional institui haja unidade, de modos a ter um trabalho pensado, articulado e substancial capaz de ampliar e trabalhar no acesso dos direitos dos/as utentes.

Gráfico 22. Respostas sobre concordância com as atribuições recebidas



Fonte: elaborado pelo Pesquisador

A questão das atribuições dos/as assistentes sociais em Angola é uma questão crucial e que se precisa de um esforço conjunto para que os profissionais possam dar conta, por intermédio de uma estruturação única onde todos possam se rever, independentemente da área onde cada um atua, precisa-se de parâmetros ou directrizes para uma atuação onde cada um possa dar conta das suas atribuições aí onde se encontra. Dessa forma ao questionarmos os/as Assistentes Sociais se concordam com o se atribui, 72,4% responderam que sim e 27,5% responderam não. O que nos faz perceber que não há uma harmonização em termos das atribuições, pelo que é urgente partir-se para uma organização por intermédio de um trabalho associativo e buscar-se sinergias para um plano voltado nossa afirmação.

Em relação às atividades que desenvolvem em relação a prevenção de doenças, no nosso contexto é fundamental, pois a requisição de assistentes sociais para o feito, é um passo para sua contribuição dentro das suas atribuições. Ao questionarmos sobre as atividades que os/as Assistentes Sociais desenvolvem em relação a prevenção obtivemos as seguintes respostas:

Elaborar o diagnóstico de impacto socioeconómico do doente e emitir um parecer social.

Educação para saúde.

Formações.

Ações de educação para a saúde e vigilância Epidemiológica.

Aconselhamentos e palestras.

Já não desenvolvo porque trabalho com pacientes acamados.

Aulas de Educação para Saúde.

Ministro aulas com temas relacionados à algumas doenças, orientando algumas técnicas de prevenção.

Nenhuma.

Criar programa de palestra.

Na saúde as ações voltadas para a prevenção são determinantes para que se possa evitar doenças, sejam elas de notificações obrigatórias ou não. O objetivo principal da prevenção é evitar doenças respondendo assim à questão como evitá-las? É da responsabilidade dos profissionais de saúde prevenir, tratando-se de alguma especificidade em termos de alguma doença, o que requer conhecimentos técnicos.

Assim, o/a assistente social em relação a prevenção tem nas suas atribuições as de caráter socioeducativas, que podemos compreender que a educação para a saúde não se limita apenas no fornecimento de informações e na adesão a boas práticas de saúde. O objetivo dessa atividade é atingir a consciência sanitária dos/as utentes, despertando neles a capacidade crítica da sua própria realidade e potencializar para a construção de estratégias coletivas.

Esta educação para a saúde, traduz-se em: processos formativos de profissionais destacados a vários níveis, realização de palestras, criação de grupos de ajuda mútua, massificação das informações a nível dos/as utentes a partir das unidades hospitalares e nas comunidades; elaborar e disponibilizar materiais socioeducativos para informar, educar e comunicar como folhetos, boletins informativos, jornal mural, cartilhas, vídeos, cartazes; Mobilização para que os/as utentes e a comunidade adiram em campanhas de rastreio e deteção precoce de doenças quer transmissíveis e não transmissíveis de forma massiva.

Na saúde, o/a assistente social por ter a capacidade do poder da fala, desenvoltura discursiva e disposto a lidar com o público, considera-se um exímio profissional no âmbito da mobilização e democratização da informação para a prevenção. E, ao questionarmos em relação as atividades sobre a promoção da saúde, as opiniões dos/as assistentes sociais foram as seguintes:

Educar o indivíduo como sujeito do processo de promoção, manutenção e recuperação de sua saúde e visualiza- lo como agente co- responsável pelo processo de equilíbrio entre a relação saúde doença.

Sensibilização de hábitos saudáveis, enquadramentos em programas sociais.

Nas aulas e matutino apelo para o cuidado a ter com os alimentos e a higiene. Informações sobre estado de saúde do paciente, garantir que o paciente não demore em ser atendido, de acordo a escala de Manchester.

Implementação dos direitos e deveres dos doentes.

Fazer com que as pessoas conheçam os seus direitos e deveres em relação ao acesso aos serviços; encaminhamento para os serviços.

As falas dos sujeitos de pesquisa, acima descritas, nos leva a constatar que ainda há uma ideia desconhecida em relação ao que se refere a promoção, quando até mesmo confunde-se “*Informações sobre estado de saúde do paciente, garantir que o paciente não demore em ser atendido, de acordo a escala de Manchester*” como uma das ações em relação a promoção de saúde.

A promoção eleva-se à prevenção e não está vinculada com a abordagem de alguma doença específica, mas sim a um conjunto de medidas para elevar o nível de saúde dos/as utentes. Consiste em capacitar os/as utentes e a comunidade para aumentar o controle dos determinantes da saúde, possui uma abordagem social, política e cultural o que implica o protagonismo de todos desde os profissionais aos utentes, movimentos sociais, alteração dos modos e estilos de vida.

Desse modo destacam-se as seguintes atribuições dos/as assistentes sociais na promoção da saúde:

- Participar e elaborar planos de redução de riscos das populações/utentes vulneráveis;
- Partilhar informações recebidas de formações para tomada de consciência de outros profissionais e traçar planos de estratégias coletivas;
- Planejar, organizar formações entre os profissionais para servirem de veículos de ampliação na massificação de informações e reforço de adesão de boas práticas de saúde desde as zonas urbanas, suburbanas e as zonas mais recônditas;
- Estabelecer trabalho em rede para aquisição de materiais para democratização de informações para melhorar e manter o nível de saúde dos utentes/populações;
- Empoderar os/as utentes e suas famílias para a mudança do modo e estilo de vida;
- Sensibilizar os/as utentes acerca de seus direitos e obrigações.

Em relação à humanização do atendimento, os/as assistentes sociais na saúde, dentro das suas atribuições, também estão engajados no processo de humanização na atenção à saúde, como um programa e que a nível hospitalar está sendo articulado de forma multidisciplinar com o Gabinete de apoio ao utente. Ao questionarmos os/as assistentes sociais sobre as atribuições em relação a humanização obtivemos as seguintes respostas:

Participar na discussão de casos, elaborando acções interdisciplinares para o acompanhamento dos utentes/ doentes.

Acolhimento e acompanhamento do doente.

Seminário sobre humanização.

Mediações de conflitos e Palestras.

Formação aos profissionais de saúde, palestras informativas.

Encontros regulares com os profissionais e sensibilizar os utentes em relação aos seus direitos à uma assistência médica humanizada.

Debates em relação a política da humanização da assistência, com os colegas da equipa multidisciplinar.

Sensibilização dos utentes internos e externos da instituição hospitalar.

As várias respostas observadas, refletem algumas atribuições dos/as assistentes sociais em relação a humanização, pelo que se constata, desde a formação dos profissionais, a mobilização, o referenciamento sobre os princípios éticos e deontológicos entre os profissionais, o acolhimento dos/as utentes. Precisa-se referenciar que o processo de humanização na saúde é bastante complexo que não depende simplesmente da disposição dos profissionais, mas que é um trinómio que deverá ser harmonizado entre os/as utentes, as condições objetivas para a satisfação de suas necessidades, a qualificação dos profissionais bem como as relações manifestas no ambiente laboral.

Portanto, a questão da humanização, perpassa aquilo que são as atribuições dos profissionais no atendimento direto, é um desafio também da gestão, de políticas, de planos e projetos voltados para a criação de condições materiais dispostas à instituição para fazer face a assistência qualificada.

Apesar do processo de humanização a nível da saúde em Angola fazer eco, servir de agenda nos debates atuais na saúde, é contraditório que se fale de humanização na saúde quando se trata de recuperação, manutenção, atenção, cuidados na saúde realizada de homem/mulher profissional e para o homem/mulher enfermo/a, com dor, sofrimento, que devia ser assistido com todo acolhimento e encaminhamentos necessários, pelo que este processo apresenta-se fragmentado, fragilizado, desprotegido, cabendo assim a todos a responsabilidade ética, deontológica e técnica contribuir para um atendimento que se preza ser normal e merecido seja para os/as utentes e profissionais no seu processo de trabalho.

As respostas em relação as atividades desenvolvidas sobre a informação do funcionamento do serviço de saúde, a pesquisa evidenciou que a informação constitui matéria-prima de trabalho para muitos setores e aliás sem informação não nos movemos e muito menos saberemos como funciona este ou aquele serviço. E, que enquanto profissionais, sem informação estaremos desatualizados e a carruagem nos avanços em termos de procedimentos técnicos nos deixará para trás. Daí que é

crucial, compreendermos o fluxo de informação a nível da instituição e quais os veículos a serem utilizados, o grupo alvo e dar melhor utilidade.

Um/a profissional como assistente social na saúde deve dominar as informações em vigor na instituição, pelo facto deste ser o elo que encaminha os/as utentes para os bens e serviços que a instituição dispõe. Dessa forma a nível da saúde a informação, a forma como passamos a informação e a finalidade pela qual informamos, influencia muito em como este profissional ou utente encaminhará a sua demanda a nível institucional.

Nesta questão os/as assistentes sociais dividem suas respostas observando o seguinte:

Enviar os relatórios mensais à coordenação do Programa.

Apoiar a gestão do hospital e servir de ponte com os recursos humanos.

Palestras aos pacientes.

Formações e supervisão.

Informamos sobre as regras, normas, serviços disponíveis.

Esclarecimento sobre acesso aos serviços de saúde.

Planeamento, organização e elaboração de relatórios.

Com estas expressões nos pareceu que em relação a passagem da informação sobre o funcionamento da instituição, que este exercício para alguns profissionais ainda não é identificado como demanda, daí notarmos alguma dificuldade nas respostas. Pois, estas atividades no rol das atribuições, em relação a realização de informação no funcionamento da instituição quer para os/as utentes e profissionais fazem parte das atividades designadas práticas burocráticas não assistenciais: orientações pontuais, orientação hospitalar, partilha de alguma informação sobre alteração de algum serviço. Permitindo assim o controlo social dos serviços prestados.

A compreensão dos/as participantes, em relação as atividades que desenvolvem sobre reintegração social e familiar, foram significativas. Neste contexto, entendemos reintegração social e familiar aquele processo de encaminhamento do/a utente a vida social após sua recuperação durante a alta hospitalar. O que é fundamental o papel dos/as cuidadores/as desde o seu domicílio e início da sua

atividade laboral ou outras suas ocupações e convivência com a comunidade a que pertence.

Neste sentido, é indispensável uma boa articulação no momento da alta hospitalar entre o/a assistente social, o/a utente e seus cuidadores/familiares. Após a recuperação do/a utente no momento da alta hospitalar, tem se levantado várias expressões que começa durante o processo de internamento, pelo que a experiência mostra que alguns/as utentes, dada a sua condição patológica seus familiares ou cuidadores têm se servido dos hospitais como um espaço de depósitos dos pacientes, chegando abandona-los, alguns alegam dificuldades financeiras para o seu sustento e por isso rejeitam a alta, outros por sua vez alegam ambiente familiar desfavorável para o seu equilíbrio emocional.

Tem sido um grande desafio para os/as assistentes sociais, atividade bastante saturada e cansativa. Ao procurar saber junto aos nossos sujeitos de pesquisa em relação as atividades desenvolvidas no processo de integração social e familiar dos/as utentes, pelo que obtivemos as seguintes respostas:

Viabilizar redes de apoio para atendimento das demandas dos utentes.

Localização da família do paciente e fazer interagir o paciente com a família.

Entrevistas, localização, divulgação da imagem do paciente pelos órgãos convencionais e não convencionais e mobilização de meios.

Incentivar os pacientes a não serem dependentes dos serviços da Instituição. Concordar com as suas decisões.

Incentivar alguns pacientes a frequentar alguns cursos profissionais e ou mesmo aumentar o seu nível de escolaridade.

Propor para que estejam mais tempo com a família.

Encontro e reuniões com os utentes e familiares.

Das respostas obtidas, podemos perceber o grande compromisso reservado para os/as assistentes sociais na saúde. Concordamos com suas propostas para o encaminhamento da referida demanda. Pois, fazer localização familiar do/a utente, usar os recursos da tecnologia para encaminhá-lo/la, realizar visitas domiciliares, estimular uma comunicação assertiva entre os profissionais, utentes e seus familiares, mobilizar meios de apoio aos utentes, negociar e mobilizar as famílias junto dos/as utentes para o devido acolhimento bem como procurar fortalecer o vínculo familiar,

exige do/a profissional capacidade técnica/intelectual para fazer face. Por estas razões reforçam Andreazza et al (apud Oliveira, 2024, p.5), ser fundamental

[...] o papel interdisciplinar na decisão e no processo de alta, destacando a negociação entre médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, além da influência das famílias e das condições sociais nesse contexto. Essa negociação reflete uma compreensão mais ampla do cuidado, que considera não apenas aspectos clínicos, mas também sociais e familiares (Oliveira, 2024, p.5),

Portanto, este papel que o autor faz referência é indispensável e deverá ser consubstanciado com um trabalho socioeducativo por intermédio de capacitação dos/as cuidadores/as, bem como a ampliação do diálogo e cooperação com outras instituições de apoio de forma multissetorial (que no nosso contexto carece de políticas funcionais e eficazes), para garantia de proteção dos/as utentes efetivando assim a reintegração dos/as utentes restabelecendo seus papeis funcionais na sua comunidade.

Considerando que os/as utentes enquanto portadores de doenças crônicas tais como a: Tuberculose, VIH/Sida, Hipertensão arterial (que também tem resultado em complicações tais como acidente vascular cerebral, insuficiência renal crônica), diabetes mellitus, doenças cancerígenas, alcoolismo, hepatites, entre outras. Assim, merecem de cuidados redobrados impedindo assim o agravamento, por intermédio de mudança do modo e estilo de vida e por este adoecer significar um longo período de tempo de tratamento em que as vezes não há equilíbrio emocional e condições suficientes para o seu enfrentamento e as famílias são o maior suporte quer no acompanhamento do seu estado de saúde como na supervisão de forma ininterrupta para o cumprimento terapêutico de modo a ter qualidade de vida e garantir sua restauração. Paralelamente, é indispensável que os/as assistentes sociais façam o seguimento/acompanhamento quer na gestão da frequência e assiduidade nas consultas externas, quer além das fronteiras hospitalares a nível da comunidade/domicílio para a recuperação do/as pacientes.

Deste modo, procurando saber por parte dos/as assistentes sociais sobre as ações que têm desenvolvido em relação ao seguimento dos doentes crônicos tivemos as seguintes respostas:

Prestar o apoio aos doentes definidos para atenção psicossocial prioritária.

Acompanhamento contínuo.

Supervisão aos trabalhos dos colegas.

Visitas ao leito e/ou ao domicílio, revisão da bibliografia sobre a patologia, levantamento sobre as necessidades do paciente.

No meu contexto, visto que alguns deles já padecem com a doença há bastante tempo já têm uma rotina a seguir, até porque sou novo na Instituição.

Sensibilização familiar e do paciente, ser a ponte com a instituição ou outros parceiros de forma a suprir as várias situações e necessidades que venham a surgir.

Acompanhamento psicossocial.

Mobilização de recursos.

Orientação ao utente, encontro de orientação aos cuidadores. Visitas domiciliare.

Assistência psicossocial.

Gestão de altas e cuidados continuados.

Cuidados terminais e paliativos.

Em observância as expressões dos sujeitos de pesquisa, nota-se que há uma percepção do fazer profissional em relação ao seguimento dos doentes crônicos, pois desde a porta de entrada dos/as utentes na unidade hospitalar, seu internamento, cuidados multiprofissionais, sua alta e os cuidados continuados, com sua integração no convívio familiar e laboral, manifestam-se aí as atribuições profissionais.

Com os doentes crônicos é crucial a assistência psicossocial, é preciso sabermos qual a relação social que o/a utente tem com a doença, se assimilou sua situação para avaliar possibilidades de negligência, qual é a confiança ou proteção dos cuidadores, avaliar as forças e oportunidades que o/a utente tem para o enfrentamento da situação, traçando assim um plano de acompanhamento.

Quando falamos de acompanhamento, aqui não se trata em instituímos uma terapia ao utente, muito menos administrar uma prescrição, a primeira é atribuição pertencente ao médico e a segunda é de atribuição da enfermagem, pelo que cabe ao assistente social segundo Vieira (2006, p.4) “[...] realizar mudanças sociais na vida das pessoas”. Como efetivar estas mudanças sociais na vida das pessoas? Por intermédio da mobilização de redes de apoio aos utentes no acesso aos seus direitos, assistência psicossocial para aceitação da condição em que se encontra alterando o seu modo e estilo de vida que lhe proporcione melhor qualidade de vida e equilíbrio emocional, formação de cuidadores/as que podem ser profissionais, a esposa,

esposo, filhos, sobrinhos, ou todo membro que esteja convivendo com o/a utente tomando conta da situação do/a utente e facilitando sua compreensão servindo assim de apoio incondicional no que este precisar, quer no cumprimento terapêutico, nos cuidados com alimentação e no acompanhamento as consultas no ambulatório.

As respostas em relação as outras atividades que desenvolvem, foram:

Advogar em torno da prestação da Assistência Psicossocial com os órgãos de Pessoal e Quadros, Repartição de Educação Patriótica.

Conceber os planos de actividades.

Descrever os relatórios de trabalhos.

Implementar o plano de actividades.

Participar das reuniões metodológicas.

Actividades assistenciais voltadas aos funcionários em caso de doença ou óbito.

mediação de conflitos entre pacientes e profissionais, atendimento ao utente no Gabinete de Apoio ao Utente.

Supervisão do turno de serviço.

Aulas de educação para saúde aos pacientes e trabalhadores.

Integração na equipa multidisciplinar.

Acompanhamento familiar dos pacientes.

Processamento de dados (estatística).

Trabalho interno - redacção de cartas sobre as necessidades de utentes, assistentes sociais ou da área.

Monitoria, avaliação, supervisão e gestão de dados.

Localizar e reintegrar pacientes separados dos seus familiares e realizar palestras para sensibilizar os utentes.

Localização familiar dos pacientes deficientes físicos (antigos combatentes). Persuadir a equipa médica para programar consultas de especialidades aos pacientes.

Programar actividades recreativas com os pacientes, principalmente nas datas natalícias.

Garantir alimentação aos acompanhantes de pacientes internados em situação de pobreza.

Gestão de reclamações, acolhimento e encaminhamentos, reintegração social e familiar de doentes.

Nesta questão, para o pesquisador a ideia era perceber se além das atividades assistenciais e não assistenciais que a profissão e a instituição atribuem, havia mais atividades reservadas aos assistentes sociais que não sejam as demandadas pela profissão. Daí darmos conta que pelo facto de muitos assistentes sociais estarem colocados nos Gabinetes de Apoio aos Utentes que lhes reserva atividades de cunho burocrático, para não se sentirem limitados, ousam alargar seu raio de ação, por isso que se observa aí algumas atividades já mencionadas em perguntas anteriores. Pelo que estes assistentes sociais clamam aos órgãos de decisão que haja estruturas nas suas unidades secções, Repartições de Serviço Social na saúde/Assistência social e Psicológica, para que suas atribuições sejam mais ampliadas e assim terem mais impacto nos vários espaços disputados com outros profissionais.

Diante das indagações feitas aos assistentes sociais em relação as atribuições na saúde, percebe-se a grande dificuldade das respostas, para a operacionalização de um trabalho articulado, sistematizado nos vários espaços sócio-ocupacionais. Daí que toca a necessidade de apelar ao seguinte questionamento: Considerando o Serviço Social na saúde de Angola uma realidade concreta dinâmica e em construção na sua referenciação identitária na busca de uma iluminação teórica “lente reluzente” teoria apropriativa para se dar conta do trabalho profissional “terreno” e tendo uma terra arável nos espaços sócio-ocupacionais onde cada assistente social atua e com todas as particularidades que o assistem, é possível estabelecermos diretrizes/parâmetros para referenciação em relação as atribuições na saúde de Angola?

Dessa forma, a resposta é sem rodeios e automática. É possível sim estabelecer diretrizes/parâmetros para atuação profissional na saúde, sobretudo quando Vasconcelos (2002, p.160) orienta que,

[...] independentemente do tipo de unidade de saúde, das diferenças entre usuários/as e das demandas dirigidas ao Serviço Social, os/as Assistentes Sociais seguem uma lógica de organização de trabalho-estratégia de ação, que pode ser percebida nas ações mais ou menos padronizadas que realizam no conjunto das equipas profissionais quanto individual (Vasconcelos, 2002, p.160).

Logo, existem elementos comuns que nos aproximam em cada espaço e tendo em conta a sua universalidade que os caracterizam tais como: as unidades de saúde, os/as utentes com os seus segmentos, os níveis de atenção, as atividades e procedimentos teórico-técnicos e os serviços multiprofissionais.

Assim, o questionamento anterior, parte de uma realidade, de uma leitura feita pelo pesquisador, fruto da interação, diálogo, troca de experiências que se tem realizado com assistentes sociais que atuam na saúde de Angola. Daí desafiámos em trazer as atribuições dos/as assistentes sociais na saúde como uma proposta em construção, que se dinamiza e abre possibilidades para o exercício do trabalho profissional do/a Assistente Social na saúde em Angola.

Essa proposta tem como referências o Programa de Assistência Psicológica e Social a nível da saúde das Forças Armadas Angolanas (2008), bem como os Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde, organizado pelo Conselho Federal de Serviço Social no Brasil (CFESS, 2010), que descrevemos e sistematizamos da seguinte forma:

Tabela 7. Sistematização das Atribuições do/a assistente social na saúde de Angola

Dimensões/espacos	Atribuições
Serviço social a nível de Gestão Direções/Programas	- Participar na elaboração de planos de rastreio de doenças quer transmissíveis e não transmissíveis junto aos demais programas; - Elaborar planos de formação/capacitação de profissionais para subsidiar a prática dos profissionais de saúde de subordinação; - Organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação; - Realizar pesquisas; - Dar tratamento ao sistema de informação fornecidas pelos programas subsidiários; - Realizar supervisão/trabalho de campo as unidades e aos programas subsidiários; - Realizar formação de capacitação aos distintos níveis; - Registrar as atividades para o consequente relatório - Realizar reuniões de concertação - Registrar assiduidade das informações e a eficácia funcional dos diferentes programas;

	- Participar em equipes de trabalho inter-multidisciplinar e multisectorial - Realizar assessoria.
Serviço social hospitalar	1.atendimento direto aos utentes 1.1. Ações socio-assistenciais 1.1.1 Banco de Urgência - Acolhimento e orientação hospitalar: Utes e seus familiares; - Participação na triagem: seleção, supervisão e encaminhamento no atendimento de acordo os critérios de manchester; - Gerir as expectativas, emoções e mediar conflitos entre utentes e profissionais junto a equipe multidisciplinar; - Fornecer orientações em matérias de educação para a saúde as famílias e/ou responsáveis dos doentes/utes. - Realizar consultas de Assistência psicossocial e de adesão á terapêutica; - Mobilizar recursos junto aos chefes de equipas para assistência integral dos utentes; - Emitir parecer técnico na discussão de casos, elaborando ações interdisciplinares para o acompanhamento dos doentes/utes; - Acompanhar os doentes/utes que apresentem riscos sociais ou decorrentes dos cuidados. - Solicitação e regulação de ambulância para evacuação ou remoção de alta. - Fazer o registo dos atendimentos atividades para os consequentes relatórios; 1.1.2. Enfermarias - Avaliar as condições sociais do doente/utente;

- Elaborar o diagnóstico do impacto socioeconómico do doente/utente e emitir parecer social;
- Realizar avaliação psicossocial e socioeconómica dos utentes para viabilizar o acesso dos serviços e assistência junto a equipe multiprofissional;
- Registo de pacientes com doenças crónicas transmissíveis e não transmissíveis: HIV/Sida, Tuberculose, hipertensão arterial, Diabetes melitos, Hepatites, alcoolismo, com transtornos psicológicos;
- Realizar visitas aos pacientes internados para identificação de alguma necessidade social (abandono familiar, aspecto do paciente em termos de higiene, vulnerabilidade social, negligência profissional, discriminação, resistência a alta) e posterior encaminhamento;
- Fornecer orientações em matérias de educação para a saúde as famílias e/ou responsáveis dos doentes/utentes;
- Fornecer orientações em matérias de educação para a saúde as famílias e/ou responsáveis dos doentes/utentes;
- Planejar a alta hospitalar e orientar o retorno a consulta médica de controlo e exame médico de controlo;
- Realizar consultas de orientação psicossocial
- Fazer o registo dos atendimentos atividades para os consequentes relatórios;

1.1.3. Consultas externas

- Orientar na marcação de exames e consultas dos/as utentes, bem como mediar a autorização para o procedimento a quando da dificuldade na marcação por parte dos/as utentes aos setores competentes;
- Seguimento, gestão, registo dos doentes crónicos e notificação dos doentes faltosos;
- Articular com a equipe a melhor via de comunicar com os doentes em caso da ausência do especialista;

	1.2. Ações socioeducativas-Educação para a saúde - Realização de palestras, Conferencias, Workshops, solicitação, distribuição, elaboração de material IEC, formar grupos de ajuda mútua (GAM). - Sensibilizar os utentes em relação os seus direitos e deveres, o fluxograma de funcionamento da instituição e sua rotina. 2. Formação/Ensino Formação de dinamizadores/ativistas; realização de oficinas; formação de sanitários com a equipe multidisciplinares; formação de cuidadores; elaborar planos de formação e capacitação de profissionais para subsidiar a prática dos profissionais da saúde. 3. Supervisão de estagiários Educadores Sociais e Assistentes Sociais - Pesquisa Social - Assessoria
Serviço social comunitário	- Visitas domiciliares - Busca activa; -Empoderamento da população; -Mobilização das populações para ações coletivas (voltadas ao saneamento básico, persuadir a prática de exercícios físicos entre outras); -Distribuição de meios preventivos/promoção da saúde.

Fonte: elaborado pelo Pesquisador

A tabela 7, expressa a identificação das atribuições do/a assistente social na saúde, que se configuram como uma proposta para a realização de um trabalho

profissional inserida como uma profissão reconhecida na especialização na divisão sociotécnica do trabalho coletivo, que não se realiza por si só, mas em articulação com os demais profissionais de forma inter e multidisciplinar.

Ao observar as dimensões ou os espaços de trabalho deste/a profissional na saúde quer a nível da gestão/direção, a nível hospitalar e comunitário pretende-se deixar patente que, apesar das atribuições aí expressas, o setor da saúde é bastante complexo a partir da sua estrutura organizativa, o desdobramento dos profissionais, bem como a forma como se mobiliza para atender as demandas dos/a utentes. Assim é crucial que o/a assistente social envolvido/a em todo processo de trabalho, dentro das suas atribuições procure cada vez mais se aprimorando na ampliação de uma visão teórico-prática e vincar a sua competência na sua área de atuação.

3.3. Referências teóricas apropriativas para o trabalho dos/as assistentes sociais na saúde

Neste item, oportunizamos saber por parte dos/as assistentes sociais, o acervo intelectual para dar conta das expressões da questão social e iluminar o trabalho profissional na saúde.

Tabela 8. Referências teóricas utilizadas para o trabalho

Autores	N	%
Marilda Iamamoto	8	27,5
Amor Monteiro	5	17,2
Maria Inês Souza Bravo	3	10,3
Maria Irene de Carvalho	3	10,3
Aires Caneca e Fernanda Sarreta	2	6,8
José Paulo Neto	2	6,8
Ezequiel Ander-Eg	1	3,4
Carlos Montañó	1	3,4
Maria Lucia Barroco	1	3,4

Orlando Chaximbe e Fernanda Sarreta	1	3,4
Total	29	100

Fonte: elaborado pelo Pesquisador

Por sua vez Santos (2010, p.18) reforça que “apropriar-se do concreto pelo pensamento é um ato teórico, enquanto o concreto em si é um ato prático”. É com esta inspiração que procuramos indagar os/as assistentes sociais em relação aos autores que mais servem de referências no seu trabalho profissional, pois a teoria é sustentada pela prática e a prática por sua vez é sustentada por uma teoria, que explicita uma orientação, um procedimento que resulta em ação direta almejando resultados concretos. Desse modo, podemos afirmar que uma teoria sem prática é cegueira e uma prática sem teoria é oca.

Assim, podemos observar que a tabela 8, os resultados apresentam de forma nítida que entre os autores que mais tem servido como referência no trabalho profissional a maioria respondeu ser Marilda Iamamoto 27,5,0% sendo uma referência mundial, seguindo Amor Monteiro com 17,2%, Maria Inês Souza Bravo com 10,3% e a minoria afirmou Maria Lúcia Barroco, Carlos Montanõ e Orlando Chaximbe com 3,4% respectivamente. Monteiro como segundo autor referenciado é, africano, angolano e um dos principais protagonistas do Serviço Social na saúde das Forças Armadas Angolanas e em Angola, após a reinstitucionalização do Serviço Social em Angola. Seu protagonismo deve-se pelo fato de uma riquíssima produção do livro “Natureza do Serviço Social em Angola”, onde uma das parcelas de sua abordagem é o Serviço Social na Saúde das Forças Armadas angolanas bem como o seu trabalho interventivo como Assistente Social naquela instituição.

A análise mostra que existem poucas referências em Angola em relação ao Serviço Social, porém a realização de pesquisas científicas do Serviço Social na área da saúde e não só já conta com produções importantes, tendo como destaque as seguintes produções:

- a) Livros: SARRETA, F. O. (Org.); LIPORONI, A. A. R. C. (Org.); MONTEIRO, A. A. (Org.); BISCO, G. C. B. (Org.). SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: reflexões de Brasil e Angola. 1. ed. CRV EDITORA, 2022 (trata-se de uma obra coletiva, como sendo a primeira produção coletiva em Serviço Social na

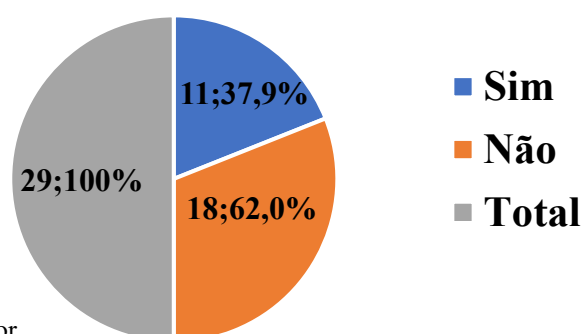
saúde, resultante da parceria das duas universidades - UNESP e UCAN, e do Grupo QUAVISSS, que os autores participam e são membros desde 2019). MONTEIRO, A. A. Serviço Social, Estado e Políticas Sociais em Angola: mediações teórico-metodológicas, 2020. CANECA, J.M.A; SARRETA, F.O. Serviço Social na saúde: avaliação da satisfação de utentes na Clínica da Marinha angolana em Luanda. São Carlos: Pedro e João Editores, 2022. com a 1ª e 2ª edição, 2022. CHAXIMBE, M.C.O; SARRETA, F.O. Serviço Social e humanização da atenção na saúde de Angola, 2022. MONTEIRO, A. A. Natureza do Serviço Social em Angola, 2016.

- b) Capítulos de livro: CANECA, J.M.A; MONTEIRO, A. A. Construção do trabalho do/a assistente social na saúde: a experiência de Luanda, Angola, pesquisa científica para a produção do conhecimento sobre o serviço social na saúde em angola,2022. CANECA, J.M.A; SARRETA, F.O. A pesquisa científica para a produção de conhecimento sobre o Serviço Social na saúde em Angola. Inserido na obra coletiva intitulada reflexões teóricas e metodológicas das pesquisas sociais uma experiência do doutoramento 2022.
- c) Artigos em periódicos: CANECA, J.M.A; CHAXIMBE, M.C.O; LOURENÇO, A.J; CUTETA, A.M.B; MUHONDO, L. D. A influência do ideário neoliberal, especificamente das propostas do Banco Mundial na política de educação de Angola, inserido na obra coletiva intitulada a permanência estudantil na educação em tempos neoliberais e as estratégias de resistências 2022. CANECA, J.M.A; SARRETA, F.O. A saúde em Angola e os desafios no enfrentamento na pandemia da covid-19, inserido em uma obra coletiva intitulada 30 anos do Programa de Pós-Graduação em Serviço social: Estado, Políticas Sociais e Serviço Social-vol. I, 2023. CANECA, J.M.A; SARRETA, F.O. Serviço Social em Angola: reflexões sobre experiências de estágio na educação, publicado na revista angolana de ciências-RAC,2021. CANECA, J.M.A; SARRETA, F.O. Sistema de Saúde em Angola: contextualização, princípios e desafios, publicado na revista CAMINE, 2022. CANECA, J.M.A; SARRETA; CHAXIMBE, M.C.O F.O. Política de saúde em

Angola: pesquisas evidenciam conquistas e desafios contemporâneos, resumo publicado nos anais do 17º congresso paulista de saúde pública, 2025.

Portanto, o país conta na atualidade com 6 livros e 2 capítulos de livros e 5 artigos publicados em periódicos, que podem subsidiar a atuação profissional na saúde e não só. O que se considera uma conquista em termos de produções pois esta vontade de continuar a produzir não pode cessar e é indispensável para ampliação do conhecimento por intermédio da apropriação da realidade angolana favorecendo assim o fortalecimento da categoria profissional em termos de referências.

Gráfico 23. Respostas sobre autores/as de referências para o trabalho profissional



Fonte: elaborado pelo Pesquisador

As reflexões sobre o tema levam a afirmar que, para sermos profissionais ávidos das competências, precisamos assimilar a teoria social crítica que deve orientar o trabalho profissional, pois sem essa fundamentação e referência o trabalho pode se tornar meramente empírico e mecanizado. O gráfico 23 mostra que 62% dos sujeitos de pesquisa afirmaram que os autores em referência não têm sido suficientes.

Pois, tratando do setor da saúde, que exige uma abstração intelectual bastante apurada para darmos conta da demanda, e tratando-se de uma realidade onde as expressões da questão social se assentam cada vez mais é preciso a apropriação da realidade, por intermédio de produções nacionais que fortaleçam o trabalho profissional e do reconhecimento das demandas de forma direcionada e orientada.

Tabela 9. Principais teorias aplicadas na análise da realidade do cotidiano profissional

Teorias	N	%
Positivismo	10	34,4
Funcionalismo	6	20,6
Teoria social crítica	3	10,3
Estruturalismo - Funcionalismo	3	10,3
Teoria dos sistemas	4	13,7
Funcionalismo e interacionismo simbólico	2	6,8
Teoria das evidências do cotidiano	1	3,4
Total	29	100

Fonte: elaborado pelo Pesquisador

As respostas dadas pelos sujeitos de pesquisa, em relação as teorias que se utiliza para analisar suas demandas, 34,5% dos sujeitos que corresponde a maioria respondeu ser a teoria positivista, seguindo a teoria funcionalista com 20,4% e a teoria dos sistemas com 13%. Para Marques e Carvalho (2021, p.89) “os modelos teóricos são um aspecto central para uma prática profissional refletida, uma vez que garantem que os profissionais uniformizem as suas práticas e possuam um conjunto de orientações que fundamentem o seu trabalho”.

Assim, as teorias apreendidas durante o processo formativo na academia, seminários, oficinas, mesas redondas, fóruns, troca de experiências, devem ser aplicáveis em função da adequação do contexto e de acordo ao objeto sob o qual recairá a nossa ação. Enquanto assistentes sociais, o objeto de trabalho é a “questão Social”, que se traduz nas suas múltiplas expressões e na saúde as expressões são variadíssimas, isso implica que para iluminarmos o trabalho profissional na saúde é necessário adequarmos a teoria que facilite a compreensão da realidade e conseguir abstrair a particularidade profissional.

Portanto, no contexto atual, a formação profissional é uma prioridade em Angola e requer ação para afirmação da categoria profissional, para isso:

[...] implica o conhecimento e a análise da realidade, assim é prioridade para o Assistente Social a profundidade, qualidade e quantidade de conhecimentos necessários à realização de uma análise crítica da realidade, objeto da ação profissional como expressão de totalidade social, que lhe

permita captar tendências presentes no cotidiano, base para a previsão projeção da ação profissional necessária na direção dos objetivos propostos (Vasconcelos, 2002, p.126).

É importante destacar que a teoria positivista, funcionalista e a dos sistemas, que foram indicadas como a referência central para analisar a realidade cotidiana, porém, para captar a realidade abstraindo suas contradições e particularidades na perspectiva de totalidade é fundamental a apreensão a teoria social crítica. É essa perspectiva que contribui para desvendar as demandas e necessidades dos/as utentes e também as requisições institucionais.

Portanto, a perspectiva histórica-crítica de Marx, que na tabela aponta uma minoria expressando apenas 3% das afirmações dos sujeitos de pesquisa, para o Serviço Social tem se mostrado adequada para a interpretação da realidade, no sentido em que ela penetra na historicidade, nas influências, determinações, para a compreensão do contexto das desigualdades sociais presentes no atual contexto perante esta sociedade capitalista.

A teoria social crítica marxista questiona a manutenção da ordem social capitalista, não culpabiliza o indivíduo pela situação em que se encontra e não visa o seu ajustamento, possibilita uma análise da conjuntura na medida em que considera as determinações sociais, políticas, econômicas, culturais que influenciam a situação dos/utentes dando respostas que os autonomizem e os emancipem.

As respostas em relação ao porquê da escolha desta ou aquela teoria para o cotidiano laboral, as falas dos/as participantes da pesquisa:

Uso duas teorias em função de cada contexto porque trabalhar com deficientes físicos tombados pela guerra é um exercício que requer muita atenção e precisão. Por um lado, eles reivindicam os seus direitos que não estão a ser cumpridos e com toda razão. Nesses casos uso a teoria crítica de Karl Marx, até porque os autores que citei mergulham nessas teorias. Por outro lado, por se tratar de uma instituição castrense onde o trabalhador cumpre ordens e deve (muitas vezes) fazer o que lhe é orientado, nesse aspecto uso devido ao conjunto de actividades humanas, reais, objetivas e sensíveis, isto é, práticas peculiares realizadas no contexto das relações sócio-históricas - institucional por uma determinada categoria profissional, legitimadas e reconhecidas pelo Estado e pelo mundo de trabalho.

A estrutura laboral impõe pensar como funcionalista. Nem é melhor método para a análise da realidade.

Opto pela teoria social crítica porque nela se relaciona a constituição da consciência humana a partir do trabalho e às possibilidades de sua auto reprodução.

Para poder me guiar e ajudar-me a orientar não só nas nossas actividades, mas também nas nossas posições.

Para melhor interpretar e responder a cada demanda apresentada no seu contexto específico.

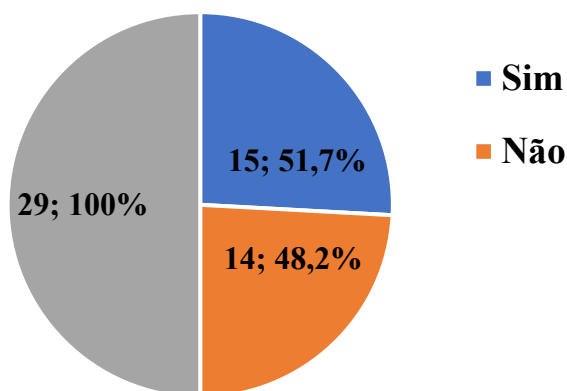
Porque permite-me fazer uma leitura crítica e profunda da realidade.

Entre as justificativas apresentadas pelos sujeitos de pesquisa, dá-se conta com facilidade que uma das perspectivas para os profissionais tende a ser a histórico crítica, pois nota-se alguma dificuldade em termos de interpretação destas teorias na prática e na identificação desta teoria sobretudo quando a teoria positivista é a que mais sobressaiu em termos de percentagem, mas contradizendo aqui nas justificativas com maior realce de opção a teoria crítica, o que se denota uma contradição.

Percebe-se que no contexto de Angola esta teoria é pela maioria desconhecida, fruto do conservadorismo presente, onde o ajustamento do comportamento do indivíduo, onde o cumprimento de normas é conduzido como uma espécie de ditadura e não negociada, assim quer o positivismo e o funcionalismo é a teoria mais patente no contexto angolano servindo de referência para os profissionais.

Este cenário observa-se, quando muitos profissionais nos vários espaços sócio-ocupacionais se limitam no controlo social dos/as utentes, quando por exemplo este é informado como faltoso nas consultas e muitas vezes quando assim acontece o faltoso é condicionado as próximas consultas, ao invés de compreendermos o por que da sua falta, já que para o cumprimento de seu procedimento terapêutico e acompanhamento estão implicados vários fatores que devem serem compreendidos na perspectiva de totalidade.

Gráfico 24. Respostas sobre dificuldades de formação complementar



Fonte: elaborado pelo Pesquisador

O gráfico 24, mostra que 51,7% dos/as assistentes sociais afirmaram que aquando da sua requisição para a sua atuação tiveram dificuldades e que precisaram de formação complementar para melhor atuação e darem conta de suas demandas e 48,2% afirmam que não tiveram alguma formação complementar. Pois, decifrar as particularidades do Serviço Social na saúde, não é tarefa fácil, captar o objeto de atuação do Serviço Social não é tarefa fácil, por mais que nos observe os quatro anos de formação académica na graduação, sobretudo quando a realidade mostra que o conteúdo programático apresenta-se insuficiente para dar respostas as expressões da questão social na saúde, apesar de que não é tarefa exclusiva da academia fornecer todo acervo teórico-prático para uma atuação substancial do/a assistente social na saúde, mas sim deve ser um processo contínuo.

Para Vasconcelos (2002, p.124) “[...] a qualidade da prática não depende da qualidade da relação do profissional com a realidade objeto de trabalho”. A qualidade dessa relação vai depender da apropriação, pelos profissionais, do referencial teórico-metodológico, ético e político necessário, tendo em vista seus objetivos”. É preciso referenciar que o conteúdo deve procurar ajustar-se de acordo as exigências atuais de mundo, da vida e do mercado. Pois ao olharmos para a grelha curricular de formação dos/as assistentes sociais em Angola quer no Instituto Superior João Paulo II da Universidade Católica de Angola (ISUP JP II-UCAN) e na Faculdade de Serviço Social da Universidade de Luanda (Uniluanda-FSS), verifica-se que a disciplina de Bases de saúde pública voltada para a saúde deveria ser substituída pela disciplina Serviço Social na saúde por esta subsidiar conteúdos específicos sobre o Serviço Social na saúde, uma vez que a disciplina de Bases de Saúde Pública não abrange conteúdos específicos para atuação profissional na saúde, aproximando assim os/as futuros/os assistentes sociais ao objeto de atuação na saúde. Desse modo, estaríamos ajustando esta programação curricular aos objetivos pretendidos para com os/as futuros/as assistentes sociais na saúde, quando autora defende e nós concordamos que,

[...] se as características e a qualidade das investigações necessárias à academia não são as mesmas que demandam o exercício profissional, é nesse sentido que o que extrapola o meio profissional pode e deve ser apropriado pela academia como seu objeto de investigação, apropriação esta que só pode se dar na medida em que academia e meio profissional caminharem articulados nesse processo (Vasconcelos, 2002 p.127).

No atual contexto, onde os/as assistentes sociais se constituem em categoria profissional legitimados na área da saúde, é indispensável a aproximação entre o conteúdo teórico-prático, que permita uma atuação profissional qualitativa na imediaticidade do cotidiano, onde as demandas são apresentadas.

As respostas em relação as formações que receberam para sua melhor atuação e dar-se conta das demandas, mostram que 51,7% dos/as assistentes sociais tiveram uma formação complementar, e ao procurar saber quais formações eis as respostas obtidas:

Interdisciplinaridade.

Trabalho profissional e atuação na saúde.

Estágio supervisionado.

Como Planificar a Intervenção Social em uma unidade hospitalar.

Formação sobre como planificar uma intervenção social na Saúde.

Refrescamento.

Intervenção multidisciplinar da diabetes, HIV, preparação para a morte e luto, comunicação de más notícias.

Diversos cursos adaptados a situação militar na saúde.

Especialização em cuidados Paliativos e mestrado em cuidados continuados integrados

Serviço Social e visita domiciliar em saúde.

Estas formações são relevantes, já que o conteúdo fornecido pela academia tende a formar profissionais generalistas e que ao espremer estas teorias para o exercício profissional tem se mostrado insuficientes, onde o “suco” apresenta-se em pouca quantidade em relação a “fruta”, pelo que precisa-se de conteúdos que desperte aos assistentes sociais luzes que potencializem para uma atuação, planejada, direcionamento social e preparação profissional com qualidade, construindo assim um trabalho organizado e não dispersivo, com atribuições assertivas e responderem aos desafios que os novos contextos impõem.

Em relação as formações que os/as assistentes sociais sugeriram que gostariam de ter para melhorarem suas respostas profissionais destacam-se as seguintes:

As técnicas de intervenção profissional com os diferentes Modelos de Intervenção Social.

Demandas relacionadas a Desnutrição, pobreza extrema.

Precisamos de mais Formações específicas para melhorar a nossa intervenção. Temos tido poucas formações no âmbito geral. Mas, eu em particular trabalho com deficientes de guerra e seria bom que houvesse formações ou seminários para tal.

Nomenclatura de algumas actividades que realizamos.

Na elaboração de laudos e pareceres técnicos.

Medidas emergenciais.

Elaboração de relatórios.

Cuidados paliativos, apoio domiciliar.

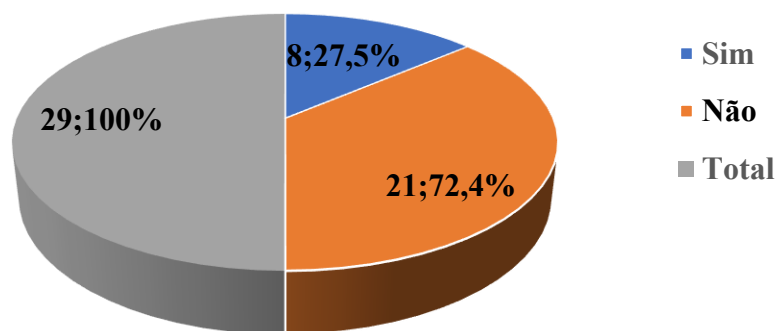
Preparação da alta do paciente.

Especialização em cuidados Paliativos e cuidados continuados integrados e serviço social e visita domiciliar em saúde.

Em todas, para melhor compreensão e atendimento profissional.

Mais uma vez, confirma-se o quanto os/as assistentes sociais necessitam de um processo de formação contínua. Mais do que um processo formativo destinado aos assistentes sociais na saúde é necessário que haja uma organização da classe, quer de forma associativa (que já existe, mas precisa ser cada vez mais atuante e de facto funcional e impactante para a categoria), quer de forma de segmentos específicos como o caso de assistentes sociais na saúde, para que se possa fazer um planeamento de forma organizativa e criar condições para a execução das subsequentes formações. Entre os profissionais requisitados na saúde, esta tem sido a subcategoria profissional mais promovida, pelo facto do Serviço Social na saúde de Angola ser uma realidade e que luta pela sua afirmação, qualificação e um direccionamento, justificando perante a população alvo a razão pela qual mereceu a investida quer no setor público e privado da saúde.

A seguir o gráfico 25 demonstra as respostas sobre a suficiência na formação em Serviço social para atuação na saúde:



Fonte: elaborado pelo Pesquisador

Ao questionarmos se os/as assistentes sociais sentiram preenchidos em relação o conteúdo na saúde durante o seu processo de formação na graduação/licenciatura, 72,4% dos/as assistentes sociais inqueridos afirmaram não sentirem preenchidos e 27,5% afirmam ter preenchidos. Mais uma vez o gráfico 25, apela ao processo formativo contínuo, pelo que se constitui um imperativo para a nossa categoria profissional.

Em relação ao que leva a afirmarem se sentirem ou não preenchido o conteúdo sobre a atuação do/a assistente social na saúde, as respostas das razões de não se sentirem preenchidos/as:

Mais livros de autores nacionais que abordam sobre o procedimento operacional.

Não há disciplinas e oficinas específicas para a Saúde tirando a disciplina de Bases de Saúde Pública.

Não tive aulas específicas sobre isso.

A formação em Serviço Social em Angola é muito generalista.

Durante a formação tivemos poucos conteúdos relativamente a actuação do AS na saúde. Um dos exemplos, a cadeira que fala ou falava de um pouco sobre saúde só é dado no primeiro ano e no primeiro semestre. Penso que deve haver uma actualização no currículo...

Faltou mais especificação no que se refere a pratica laboral do AS.

Área de intervenção muito específica e pouco explorada na formação académica.

A realidade encontrada na prática do serviço é diferente com a teoria.

As manifestações dos/as assistentes sociais, são categóricas e enquanto pesquisador, profissional que se revê com a classe, expressa uma grande

preocupação. Mais uma vez a necessidade de se ajustar a grelha das disciplinas com conteúdos específicos é urgente a necessidade de se subsidiar o conteúdo programático com a realidade do trabalho profissional do/a assistente social na saúde.

Apesar de haver um período de estágio durante o processo formativo, o direcionamento dado em termos de orientação não tem sido potencializado, pois os estagiários na saúde muitas vezes não têm sido acompanhados por orientadores que já têm uma longa experiência como profissionais na saúde; também, muitos/as orientadores/as têm uma carreira na docência fato que baixa a qualidade em termos de orientação e por outra os orientadores de campo que recebem os estagiários muitos deles não têm sido assistentes sociais, pelo que este último direcionamento só começou a ser feito com a requisição de assistentes sociais na saúde por intermédio do concurso público realizado a partir de 2022. Portanto, esta aproximação, este direcionamento entre orientadores são indispensáveis, pois influencia na qualificação dos profissionais no preenchimento do perfil de assistente social pronto e disposto para dar respostas nos vários espaços sócio-ocupacionais na saúde. As razões em se sentirem preenchidos:

O que me leva a afirmar o preenchimento do conteúdo no âmbito da actuação do Assistente Social na saúde, é o seguinte:

O currículo do ISUP-JP II, enriquecido por estágios curriculares do Curso Superior de Serviço Social, maioritariamente realizados em Hospitais:

O estágio de observatório, realizado no Primeiro ano ocorreram alguns deles no Hospital Pediátrico, Lucrécia Paim, Hospital Psiquiátrico de Luanda, Josina Machel, etc.

O estágio do Segundo ano foi realizado no Hospital Psiquiátrico de Luanda foram três meses.

O estágio do Quarto ano foi realizado no Hospital Esperança, foram cinco meses.

Podemos notar que uma minoria de 27,5% entre os/as assistentes sociais afirma sentirem preenchidos com o conteúdo para sua atuação, manifestando a relevância do estágio no fortalecimento de um direcionamento adequado para sua profissionalização. Pois, se tratar de um orientando/a com estágio na saúde que teve a boa direção de ser orientado por um orientador acadêmico, que é assistente social na saúde e um orientador de campo ser também um assistente social na saúde,

podemos compreender que este orientando/a terá um direcionamento, com boas bases para atuar melhor na saúde.

O que nos faz concordar com Vasconcelos (2002, p.28), ao afirmar que “formar uma/a assistente social capacitado para o trabalho profissional mediado pela teoria requer o exercício da relação teórico-prático pelos docentes na formação profissional e a capacitação continuada o que só pode resultar de um trabalho coletivo articulado”. Dessa forma, este profissional terá discernimento necessário para preencher as insuficiências teóricas durante academia, aglutinando a um processo investigativo complementar. Portanto observa-se que além de ser necessário um ajustamento/adequação, do conteúdo programático para a graduação em relação a atuação do/a assistente social na saúde, também é necessário haver uma devida correspondência na orientação no período de estágio para que possamos ter um profissional capacitado que possa dar conta das suas atribuições necessárias para responderem a demanda no campo em que atua.

Por sua vez os participantes da pesquisa responderam os princípios ético que orientam o trabalho profissional, como apresenta a tabela á baixo:

Tabela 10. Princípios éticos que orientam o trabalho profissional

Princípios	N	%
Justiça social	7	24
Compromisso	5	17,2
Empatia	5	17,2
Emancipação	3	10,3
Respeito	3	10,3
Confidencialidade	2	6,8
Respeito	3	10,3
Solidariedade	1	3,4
Total	29	100

Fonte: elaborado pelo Pesquisador

Todo profissional que não se rege de princípios éticos, está condenado a inutilidade e seu trabalho profissional voltado aos utentes será indubitavelmente desumano. Daí que tratando-se da área de saúde, os princípios éticos são elementos determinantes para efetivação de um trabalho qualitativo, e traduz-se no bom atendimento do/a utente satisfazendo assim as suas necessidade e expectativas; e, considerando que a realidade institucional demanda relações que se entrecruzam

entre profissionais e utentes, este movimento relacional e institucional só se harmonizará e só se humanizará se estiverem patentes em selados princípios éticos.

Assim, o Serviço Social, na sua dimensão ético-política enfatiza o conjunto de valores e princípios instituídos, que regem o trabalho profissional e que sem os quais essa ação não se direciona, mas sim se fragmenta. Assim, ao procurarmos saber dos/as assistentes sociais em relação aos princípios éticos que mais orientam a prática profissional, de acordo a tabela 10 evidencia que 24% afirmaram ser justiça social, 17,2 % o compromisso, 17% a empatia, 10,3% respeito, 10,3% emancipação, 6,8% confidencialidade. Estes foram os princípios que mais sobressaíram, onde a maioria afirmou ser a justiça social, seguindo a empatia e compromisso e sendo a solidariedade a percentagem minoritária com apenas 3,4%.

Estes valores defendidos pelos/as assistentes sociais, no cotidiano do trabalho profissional, na relação com os/as utentes, ao dar atenção, escutando, ao compreendê-los, ao orientá-los sobre o seu estado, encaminhá-los, abordá-los de forma respeitosa, favorecem a um atendimento humanizado, tendo em conta que o atendimento de excelência é o que se pretende na assistência à saúde.

Assim, estes valores definem o vínculo entre os profissionais e os/as utentes, que se reflete nas relações manifestas, na persuasão para adesão terapêutica e na relação que se estabelece com os familiares/cuidadores.

As respostas em relação ao porque acham que a perspectiva que defendem é emancipatória ou assistencialista, revela um avanço importante na categoria.

Em relação a perspectiva assistencialista:

Porque o foco tem sido atender as necessidades pontuais ou emergentes.

Preocupa-se muito com a questão material do paciente.

Porque nunca sabemos dos factos no seu todo, ou seja, os fatos estão em constante desenvolvimento.

Também temos apoiado com alguns bens... Quando possível.

Esta perspectiva, esteve na origem do Serviço Social, onde a filantropia e a solidariedade ganharam destaque. Pois esta perspectiva defende o adágio em “dar o peixe ao invés da cana”. Pelo que não é progressista, mas sim regressista, coloca os/as utentes em situação de eternos pedintes, não emancipa.

Em algumas unidades hospitalares verifica-se ações de assistentes sociais na saúde voltadas a filantropia, aquando depara-se com situações de utentes internados

ou acamados em situação de vulnerabilidade, por intermédio de solicitações a instituições privadas e afins manifestando a necessidade de materiais gastáveis para fazer face as necessidades dos/as utentes em situação de vulnerabilidade. Atitude esta que leva Netto (1993, p.56) a afirmar que “um assistente social politicamente ingênuo (...) não conseguirá transformar os limites institucionais em suportes da ação profissional. E, por isto, será vítima ou do voluntariado, que acarreta a marginalização, ou da rotina, que amesquinha a profissão”.

Percebe-se que o Serviço Social na saúde ainda se encontra impregnado de resquícios do assistencialismo. Daí que se constata nas expressões acima evidenciadas, pois esta perspectiva não é progressista. É necessário que tenhamos uma perspectiva crítica da realidade, a partir das estruturas das relações para que possamos perceber a raiz do problema, emancipando a população em situação de vulnerabilidade por intermédio de um planeamento a luz das políticas públicas através de um diálogo multisetorial.

Em relação a perspectiva emancipatória os participantes da pesquisa manifestaram o seguinte:

Tendo como horizonte a mudança dos modos de produção e reprodução da vida social.

Devem partir da emancipação política para alcançar a emancipação humana, é urgente que façamos isto. Para o bem das humanidades.

Porque busca sempre que cliente desenvolva as suas habilidades e se torne independente económica e socialmente.

Acho que esta perspectiva defende os direitos sociais, avalia o indivíduo no seu todo e não apenas como um produto que serviu de estreme e agora já não tem valores. Essa perspectiva, analisa a realidade do homem e cria em si um espírito de autonomia.

Primamos sempre no empowerment.

É o que mais se adequa a realidade de Angola.

Diante das opiniões dos sujeitos de pesquisa Bravo e Pereira (2007, p.114), reforçam que devemos,

[...] através do trabalho e das relações sociais com as formas capitalistas de trabalhar e pensar e buscar um trabalho que, além de prestar assistência, resulte num processo educativo, num bem e não num produto a ser consumido. Um trabalho, desse modo consciente, que exige a capacidade de antecipar, de projetar, capacidade que não está dada, mas é um fim a alcançar algo a construir (Bravo e Pereira, 2007, p.114).

Esta é a perspectiva desejável na atuação do/a assistente social na saúde, que cuja o adágio é dar a “cana ao invés do peixe” para autonomia dos/as utentes. Trata-se de uma perspectiva reflexiva, crítica sob o movimento da realidade, sobre a conjuntura que envolve o/a utente e a partir daí obter respostas profissionais propositivas para que por intermédio da mediação institucional haja mudança, transformação da realidade em que se encontra o/a utente.

Este processo que visa a transformação da realidade, para Netto (1993, p.55) “[...] demanda um profissional tecnicamente qualificado, diria mais: um profissional de altíssimo nível técnico, habilitado a utilizar alternativamente os aportes das várias tecnologias sociais”. Esta perspectiva, exige um profissional dotado de conhecimentos, capaz de minimizar ou mitigar as expressões da questão social por intermédio de políticas sociais e não tratando os/as utentes como sujeitos passivos e alheios a sua situa-problema. Pois, as ações realizadas pelos/as assistentes sociais vão além de ações emergenciais e burocráticas.

Em relação aos documentos que os/as Assistentes Sociais fazem recurso para o registo do trabalho realizado, obtivemos as seguintes respostas:

Relatórios semanais, mensais, trimestrais, anual.

Livro de registo.

Ficha dos utentes.

Relatórios social.

Registo na ficha do utente.

Diário de registo.

Outros documentos que fazem recursos para o registo do trabalho:

Diário de campo; livro de ocorrências.

Guias de encaminhamentos.

Processo dos pacientes.

Mapas mensais.

Actas.

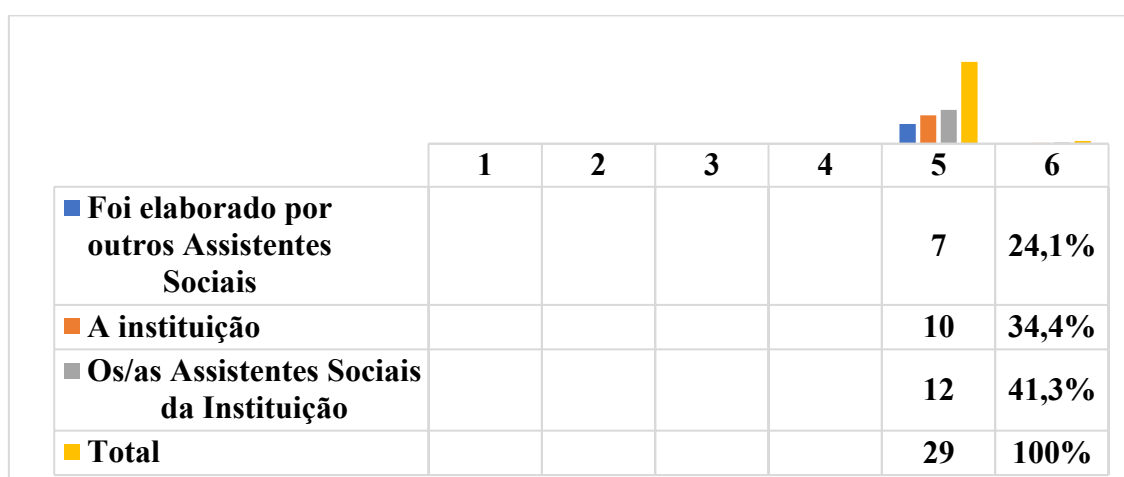
Portanto, os/as assistentes sociais uma vez requisitados/as nos vários espaços sócio-ocupacionais na saúde desenvolvem várias ações, estas ações impactam, mas é necessário informar as entidades empregadoras o impacto destas ações por intermédio de relatórios entre outros documentos para sua referênciação, como afirma

lamamoto (2015, p.2015) “os empregadores determinam as necessidades sociais que o trabalho do/a assistente social deve responder: delimitam a matéria prima sobre o qual incide esse trabalho; interferem nas ações em que se operam os atendimentos assim como os seus efeitos na reprodução das relações sociais”.

Dessa forma, ao fazer avaliação destes efeitos, os/as assistentes sociais recorrem a instrumentais que facilitam a produção do feedback das ações, como operacionalizaram, qual criatividade, qual esforço intelectual e técnico foi empreendido, para se chegar a este ou aquele resultado dos casos demandados institucionalmente.

Assim é indispensável que o profissional domine e saiba manipular os instrumentos que refletem a reprodução do seu trabalho profissional. Registrar, catalogar, planejar, organizar, os dados de cada atendimento, de cada encaminhamento e conhecer todas as fontes de informação a nível institucional, influenciando na produção de um bom relatório com objetivos e propostas que refletem o nosso fazer profissional. Como os sujeitos de pesquisa expressaram, o diário de campo, os relatórios, a ficha social, o livro de registros, as atas, o livro de ocorrências, o processo do/a utente, os mapas semanais e mensais, constituem um conjunto de instrumentos necessários que servem de indicadores do volume de trabalho do/a assistente social em cada espaço de atuação.

Gráfico 26. Respostas sobre a elaboração de relatórios e documentos institucionais



Fonte: elaborado pelo Pesquisador

Em relação aos instrumentos de registo das atividades realizadas pelos/as assistentes sociais o gráfico 26 aponta que 41,3% afirmam serem elaborados pelos

assistentes sociais, 34,4% afirmam serem elaborados pela instituição e 24,1% afirmam serem elaborados por outros/as assistentes sociais.

O Serviço Social na saúde apesar de ser uma realidade em Angola, ainda encontra-se em construção, desde 2022 em que foi realizado o primeiro concurso público está ganhando maior protagonismo e os instrumentos que refletem a unidade entre o pensamento intelectual e ação profissional ainda necessita de mais esforços para a sua uniformização, para a concretização de um trabalho mais organizado, planejado e orientado.

Gráfico 27. Respostas sobre tipos de dados priorizados para o registo do trabalho



Fonte: organizado pelo Pesquisador

Todo trabalho realizado pelos/as assistentes sociais quer nas reuniões, reuniões metodológicas ou nos relatórios obedecem a três tipos de dados sejam eles quantitativos, qualitativos e mistos. Na saúde pelo facto da influência da bioestatística, da epidemiologia, os dados têm sido mais quantitativos do que qualitativos.

Daí ao questionarmos os/as assistentes sociais para saber como a instituição os tem orientado em relação aos dados para o registo do trabalho profissional, 68,9% que corresponde a maioria responderam que se prioriza os dados quantitativos e qualitativos, 17,2% afirmaram priorizarem dados quantitativos e 13,7% dados qualitativos. Portanto, as evidencias demonstram que para os/as assistentes sociais tem sido prioridade os dados mistos, ou seja, qualitativos e quantitativos, o que para o pesquisador é uma mais valia pois se por um lado os dados quantitativos privilegiam

evidências, respostas numéricas, voltadas a extensão objetivando os resultados de cada demanda trabalhada. Por outro lado, os dados qualitativos privilegiam aquela subjetividade dos/as utentes relacionadas as suas decisões, as suas escolhas nos procedimentos e encaminhamentos facilitando assim a descrição e a compreensão do movimento da ação profissional quer junto aos utentes quer junto a instituição.

Tabela 11. Formações complementares desejadas para melhor atuação na saúde

Formação	N	%
Política de saúde de Angola	5	17,2
Humanização na atenção á saúde	5	17,2
competências e atribuições do/a Assistente Social na saúde	8	27,5
Determinantes sociais na saúde e as expressões da questão social	2	6,8
Atores sociais na saúde e a atuação multidisciplinar do Assistente social na saúde	3	10,3
Instrumentais para atuação do Assistente Social na saúde	6	20,6
Total	29	100%

Fonte: elaborado pelo Pesquisador

No percurso profissional o processo de formação contínua influencia no aprimoramento de nossas competências, de acordo os objetivos institucionais que demandam as atribuições, que clamam por um profissional com capacidade técnica na leitura do seu quotidiano laboral. Dessa forma em relação as respostas manifestadas pelos/as assistentes sociais sobre as formações que gostariam de ter para melhor atuação na saúde, a tabela demonstra que 27,5% que corresponde a maioria sugere competências e atribuições do/a assistente social na saúde, 20,6% instrumentais para atuação do/a Assistente Social na saúde, 17,2% sugerem política de saúde de Angola e humanização na atenção à saúde, 10,3% sugerem atores sociais na saúde e atuação multidisciplinar do/ assistente social na saúde e 6,8% que corresponde a minoria sugere determinantes sociais na saúde e as expressões da questão social. Sendo assim, os resultados refletem que é perceptível a necessidade da formação contínua dos/as assistentes sociais na saúde pois a elucidação ou o esclarecimento das atribuições dos/as assistentes sociais na saúde sugerida com a maior percentagem influencia os demais temas sugeridos, uma vez que é um tema que reflete o fazer profissional.

Desta feita, ao levar um processo de planejamento de formação contínua para os/as assistentes sociais na saúde é a melhor via para potencializar e subsidiar as

intervenções profissionais no âmbito das múltiplas expressões da questão social que demandam os espaços sócio-ocupacionais.

3.4. Manifestações do trabalho do/a assistente social na saúde

Neste Iten nos propusemos em perceber o direcionamento dos/as assistentes sociais do trabalho profissional na saúde, face as competências que permitem conhecer e fazer leitura das demandas que são encaminhadas tendo em conta o contexto envolvente.

Tabela 12. Percepções sobre o conceito de saúde da OMS

Opiniões	N	%
Não, por que traz uma percepção muito generalista e não dimensional	5	17,2
Sim, e oferece uma compreensão ampliada de saúde	7	24,1
Não, é muito subjetiva	3	10,3
Sim é a mais adequada ao nosso contexto	1	3,4
Não, Precisa ser um conceito mais objetivo, concreto	2	6,8
Não, precisamos de um conceito que se adequa a nossa realidade	11	37,9
Total	29	100

Fonte: elaborado pelo Pesquisador

Entre o alcançável e o sem execução prática em relação ao conceito de saúde da Organização Mundial da saúde, 37,9% dos/as assistentes sociais que corresponde a maioria responderam que não é alcançável, precisa-se de um conceito que se adequa a nossa realidade, 24,1% responderam oferecer uma compreensão ampliada de saúde, 17,2% respondeu não ter execução prática porque traz uma percepção muito generalista e não dimensional. Para a maioria dos/as assistentes sociais com uma percentagem de 37,9% o conceito de saúde da OMS não tem execução prática, pois precisa ser adequado a cada contexto, apesar de oferecer uma percepção ampliada, cada país detém as suas condições objetivas para o seu alcance e adequação. Para o alcance de saúde é necessário a criação de condições objetivas e adaptativas ao ser humano, e olhando para sua dimensão humana, psicológica, física e sua ambiência social e para tal, deve-se estabelecer parâmetros para que tenha alcance e uma definição. A percepção de saúde em vigor apesar de trazer uma visão ampliada, multidisciplinar e interdisciplinar, há elementos muito subjetivos que do

ponto de vista prático torna-se inalcançável. Quando se refere a um “estado completo de bem-estar”, o completo nos dá ideia de perfeição e até onde se sabe o ser humano do ponto de vista existencial dentro das suas objetividades e subjetividades não é perfeito, quanto mais os seus condicionantes externos, por sua vez como podemos mensurar este “bem-estar?” como qualificá-lo? Quais elementos objetivos e subjetivos que cabem na forma desse bem-estar? Se se trata de perfeição, como definir o que já é perfeito? Pois a percepção de saúde acarreta várias variáveis pelo que não é limitada, quando um conceito estabelece limites. Portanto Segre e Ferraz (1997, p.542) lançam um desafio questionando o seguinte dentro desse enfoque, não se poderá dizer que saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade?

Tabela 13. Fatores identificados como influentes no aparecimento de doenças

Opiniões	N	%
Falta de saneamento básico	9	31,0
Desemprego	1	3,4
Falta de residência	00	00
Dificuldades no acesso aos serviços de saúde	1	3,4
Condições económicas precárias	7	24,1
Fraca promoção da saúde	5	17,2
Baixa cobertura assistencial para a população	2	6,8
Necessidade da melhoria da qualidade do atendimento	2	6,8
Falta de humanização dos serviços	1	3,4
Falta de educação para saúde	1	3,4
Total	29	100

Fonte: elaborado pelo Pesquisador

Fazendo leitura do nosso contexto e tendo em conta o agravamento das expressões da questão social na saúde, questionados os/as assistentes sociais sobre os fatores que mais influenciam o aparecimento de doenças na população, 31,0% dos inqueridos afirmaram ser a falta de saneamento básico, 24,1% afirmaram ser condições socioeconômicas precárias, 17,2% afirmaram ser fraca promoção da saúde. Estes fatores foram os mais manifestados pelos sujeitos de pesquisa.

Quer a falta de saneamento básico, quer as condições socioeconômicas precárias por parte da população, quer a fraca promoção da saúde, de acordo os/as assistentes sociais, são os principais fatores do aparecimento de doenças por parte da população. Ao nos atentarmos ao saneamento básico em Angola tem sido um dos

principais fatores que tem influência no aparecimento de doenças entre os angolanos, desde as doenças diarreicas agudas, a malária, a cólera e entre outras. Falta de saneamento básico é um dos grandes desafios, políticas voltadas para a resolução deste grande problema não têm sido sustentáveis. Por outro lado, as famílias perderam o poder de compra, a inflação assola a população, com um custo elevado de vida, pobreza extrema, desemprego acentuado, não há população alguma que resista imune perante a estas condições sendo assim alvo de doenças perante um sistema de saúde que vai alimentando cada vez mais o neoliberalismo. A promoção da saúde, no sector da saúde deveria constituir-se a principal área em termos de investimentos, pelo que carece de políticas que impactem na vida das populações.

A pesquisa buscou o significado de saúde para os/as assistentes sociais, e as respostas dos/as assistentes sociais sobre o que significa saúde, obtivemos:

É um processo pelo qual o sujeito social encontra-se constantemente em condições dialéticas de estar mal para ir a busca de estar bem.

Saúde é ter paz, felicidade e prosperidade

Significa ter acesso à alimentação equilibrada, água potável, realizar atividades lúdicas e desportivas e estar em ambiente livres de poluições.

Condição estável de um indivíduo.

Para se ter saúde e ser saudável necessitamos garantir de uma boa alimentação e acesso a água potável, meio habitacional condigno (ex.com saneamento básico), bom ambiente familiar, segurança, acesso a serviços de atenção primária seguros e gratuitos, programas de promoção para a saúde.

É perceptível a manifestação dos sujeitos de pesquisa, nota-se um embasamento a volta de processos subjetivos e objetivos a serem realizáveis para que a saúde do ser humano tenha algum significado, sobretudo quando Scliar (2007, p.29) afirma que, “os conceitos de saúde e de doença são analisados em sua evolução histórica e em seu relacionamento com o contexto cultural, social, político e econômico, evidenciando a evolução das ideias nessa área da experiência humana”. Pois, não podemos dar um significado de saúde sem olharmos para estes fatores que o autor faz referência, cada povo tem a sua história, sua cultura, suas percepções, suas tradições e a forma de organização social para fazer face as ameaças biopsicossociais e atribuir o seu significado que concorra para que cada cidadão exerça o seu papel na sociedade de forma razoável, estável, dentro daquilo que são os seus limites.

Tabela 14. Maiores problemas enfrentados pelos/as assistentes sociais na saúde

Opiniões	N	%
Condições precárias de trabalho	5	17,2
Falta de integração entre os profissionais	2	6,8
Subalternização em relação as outras profissões	4	13,7
Desconhecimento da figura e do trabalho dos/as Assistentes Sociais	6	20,6
Falta de liberalização de recursos para encaminhamento das demandas	7	24,1
Atenção centralizada para cura do que na prevenção, promoção e seguimentos	5	17,2
Total	29	100

Fonte: elaborado pelo Pesquisador

Em relação aos maiores problemas enfrentados pelos/as Assistentes Sociais nos seus espaços sócio laborais, 24,1% afirmaram ser a falta de liberalização de recursos para encaminhamento das demandas, 20,6% afirmaram ser desconhecimento da figura e do trabalho dos/as assistentes sociais, 17,2% afirmaram ser as condições precárias de trabalho e a atenção centralizada para a cura do que na prevenção, promoção e seguimentos dos utentes e 13%,7 afirmaram ser subalternização em relação as outras profissões.

Se o/a assistente social tem como objeto a questão social que se especifica nas suas expressões, no sentido de viabilizar o acesso aos serviços e aos recursos que a instituição tem a favor dos/ utentes para garantia e ampliação dos seus direitos, ao deparar-se com estes maiores problemas apontados de forma substancial, olhando para a tabela é crucial a emancipação ético-política institucional dos/as assistentes sociais para que se possa fazer frente a estes problemas, sobretudo quando em relação a subalternização Vasconcelos (2002, p.113) enfatiza que “[...] o que subalterniza a profissão é a incapacidade, da maioria dos/as assistentes sociais, de captar as tendências e possibilidades contidas na realidade, ou seja, respostas concretas para o nosso tempo, respostas que só caminham na direção pela teoria”.

Diante disso, é necessário que este profissional busque subsídios necessários, para que possa romper com esse dilema mediante a promoção, negociação, organização do trabalho profissional, bem como a mobilização dos profissionais para sua imposição e conquista de um trabalho especializado obedecendo uma construção coletiva. Pois os vários espaços em que se encontram os/as assistentes sociais, foram historicamente conquistados pelos demais profissionais, sobretudo os profissionais

considerados tradicionais, daí que é necessário que se demonstre alguma utilidade para integração e ganhar o reconhecimento por intermédio do trabalho, onde pela confiança, atitude, se possa tocar as consciências dos gestores e demais profissionais para facilitar o devido encaminhamento de suas demandas dentro dos limites institucionais da sua nobre missão para com os/as utentes e a população em geral.

Tabela 15. Principais dificuldades no atendimento aos utentes

Problemas em relação aos utentes	N	%
Dificuldade no acompanhamento dos pacientes crônicos	2	6,8
Seguimento dos utentes além-fronteiras hospitalares	12	41,3
Preocupação com o tempo de espera nas consultas	2	6,8
Abandono dos pacientes internados por parte dos familiares	3	10,3
Negligência na assistência á saúde	1	3,4
Condições precárias de vida dos utentes	7	24,1
Desemprego e falta de rendimento	2	6,8
Total	29	100

Fonte: elaborado pelo Pesquisador

Em relação aos principais problemas que os sujeitos de pesquisas enfrentam no atendimento dos/as utentes expressaram o seguinte:

41,3% afirmaram seguimento dos/as utentes além-fronteiras hospitalares, 24,1% afirmaram condições precárias de vida dos/as utentes e 10%,3 afirmaram abandono dos pacientes internados por parte dos familiares. Foram estas manifestações que mais sobressaíram, de acordo Caneca,

O Serviço Social vinculado na saúde trata das manifestações da questão social no espaço hospitalar e na comunitária/unidade, que resultam desde a reprodução das relações no dia a dia com os utentes. Desde o processo de produção de saúde com os utentes desde o seu processo de cura, cumprimento terapêutico, a atenção ao cuidado do seu estilo de vida de acordo a cronicidade da sua enfermidade, favorecendo uma mediação contínua junto aos cuidadores. Ainda, manter as relações na prestação dos serviços com os agentes de primeira linha na satisfação das necessidades dos utentes para a sua restauração, reintegração sociofamiliar e laboral ou gestão da sua convalescença (2021, p.50).

Desse modo, considerando que a demanda dos/as assistentes sociais na saúde é muito grande, começando a partir da porta de entrada dos/as utentes na admissão, Banco de Urgência, internamento/nas enfermarias e se estendendo além

fronteiras hospitalares por intermédio do Serviço Social na comunidade. Apesar destas atividades obedecerem a um planejamento, por se tratar de um processo complexo em termos de serviços a nível das unidades hospitalares, onde há um conjunto de saberes que interagem a volta de uma causa única, para fazer face aos encaminhamentos das demandas o primeiro constrangimento que mais sobressaiu foi o seguimento dos/as utentes. Pois, tendo em conta a alta hospitalar dos/as utentes, existem pacientes com critérios de seguimento sobretudo doentes crónicos, por conta da sua condição de saúde é necessário cuidados continuados, por intermédio das visitas domiciliárias, persuadir a toma medicamentosa, mobilizar os/as cuidadores/as no redobramento dos cuidados evitando assim o agravamento e um consequente (re)internamento dos/as utentes.

Por outro, lado também o abandono dos pacientes internados a nível hospitalar tem sido uma das expressões, algumas famílias por falta de condições socioeconômicas “depositam” seus familiares no internamento e acabam sendo abandonados, constituindo assim mais uma demanda para os/as assistentes sociais. Todas estas expressões mencionadas, têm servido de atividades exaustivas por parte dos profissionais, o que exige um dinamismo, para o encaminhamento dos casos, desde a localização familiar, persuasão dos familiares na aceitação de seu parente doente, uma vez que para estes que se encontram em situação de vulnerabilidade, não há políticas direcionadas, ou seja, as políticas não dialogam de forma intersetorial nestes casos por falta de condições organizativas para tal.

Perante este cenário os/as assistentes sociais vão agindo por si sós em articulação com os gestores não encontrado apoio, muitas vezes veem-se de mãos atadas, sem transporte ou algum fundo de apoio e ainda estando sob pressão por parte das entidades empregadoras.

Tabela 16. Necessidades de saúde identificadas no cotidiano dos/as utentes

Necessidades dos/as utentes	N	%
Acolhimento e orientação hospitalar	8	27,5
Apoio social	3	10,3
Assistência Psicossocial	6	20,6
O seguimento dos/as utentes para o cumprimento terapêutico e gestão nas consultas	4	13,7
Falta de instrumentos para execução das atividades específicas do/a assistente social	8	27,5
Total	29	100

Fonte: elaborado pelo Pesquisador

A utilidade dos profissionais na saúde se justifica pela satisfação das demandas dos/as utentes. Assim no quotidiano laboral são muitas demandas que chegam, devendo o merecido acolhimento e orientação, o apoio social, assistência psicossocial, o seguimento dos/as utentes para o cumprimento da terapia e gestão das consultas, por intermédio de instrumentos próprios que definem a execução técnica das atividades.

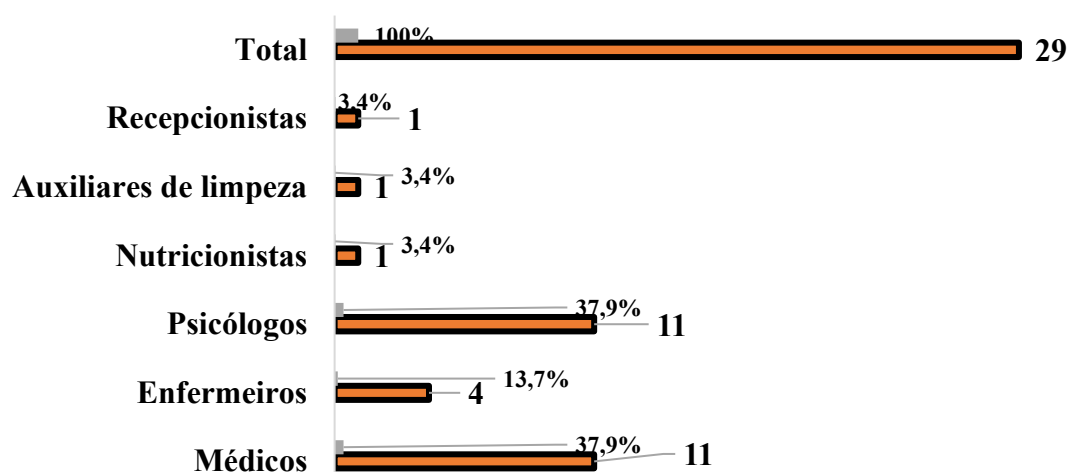
Dessa forma ao questionarmos aos sujeitos de pesquisa em relação as necessidades de saúde que identificam junto dos/as utentes, de acordo a tabela, demonstra que 27% afirmaram que é o acolhimento e orientação hospitalar, falta de instrumentos para execução das atividades específicas do/a assistente social, 20% afirmam ser assistência psicossocial, 13,7% afirmam ser o seguimento dos/as utentes para o cumprimento da terapia e gestão nas consultas. Entre as necessidades que mais mereceram maior manifestação, constata-se ser o acolhimento e orientação hospitalar, a falta de instrumentos para execução das atividades específicas do/a assistente social, seguido da assistência psicossocial.

O acolhimento e orientação hospitalar para Caneca e Sarreta (2022, p.68) constitui “o primeiro contato do profissional com o/a utente, quando chega na unidade hospitalar, realizando o acolhimento e orientado sobre o acesso aos serviços de saúde”. Esta atividade tem sido crucial junto aos utentes, considerando que é a partir da porta de entrada das unidades hospitalares em que o/a utente deve sentir-se acolhido/a e orientado/a para o acesso aos serviços.

No contexto atual, em que a negligência no atendimento tem se constituído como um dos grandes problemas nas unidades hospitalares, inclusive com episódios de utentes acabando perdendo a vida na porta do hospital por falta de atendimento pontual, imediato e atento, esta atividade vem justamente para resolver esta situação. O/a utente carrega consigo, uma situação de sofrimento, de dor, angústia e desorientação, a primeira melhor forma de atender é acolher, acomodar, orientar para uma assistência digna, por intermédio da mobilização e comprometimento dos profissionais, garantindo assim aliança terapêutica para a sua restauração. Por sua vez a falta de instrumentos para execução das atividades específicas do/a assistente social, resulta do despreparo técnico fruto das insuficiências no processo formativo dos profissionais pelo que estes afirmam se refletir em dificuldades para satisfazer as necessidades dos/as utentes, pelo que mais uma vez ressalta-se aqui a necessidade

da elaboração de um plano de formação contínua, a fim de potencializar, subsidiar, aquilatar os profissionais para uma melhor intervenção.

Gráfico 28. Respostas sobre profissionais com maior articulação durante o atendimento



Fonte: elaborado pelo Pesquisador

O setor da saúde, especificamente o espaço hospitalar é uma das mais ricas em termos de profissionais, congrega vários profissionais onde cada um empresta o seu saber de acordo a especificidade na área de formação. Assim surgem os conceitos multidisciplinaridade e interdisciplinaridade. Para Bastos (2023, p.1) a diferença entre estes dois termos reside no seguinte “A multidisciplinaridade é a abordagem de um problema ou tópico a partir de diferentes disciplinas, sem necessariamente haver uma interação ou integração entre essas disciplinas. Já a interdisciplinaridade é a abordagem de um problema ou tópico a partir de diferentes disciplinas, mas com uma interação e integração entre essas disciplinas”.

Portanto, o que o autor está nos dizer é que na multidisciplinaridade há um conjunto de disciplinas cuja os seus conteúdos tecnicamente agem de forma isolada num determinado projeto para um objetivo comum, onde cada profissional ocupando uma parcela do seu saber responde a sua demanda, sem que interaja com outros profissionais que não partilham as mesmas disciplinas ou saberes. Por exemplo, em um hospital encontramos várias disciplinas refletidas entre os profissionais como o médico clínico geral, estomatologista, cardiologista, assistentes sociais, educadores sociais, psicólogos, enfermeiros, auxiliares de limpeza, maqueiros, seguranças. Estes

se constituem em serviços ou disciplinas dispostos a nível hospitalar prontos para satisfazer de forma específica as necessidades dos/as utentes se refletindo a missão das unidades hospitalares.

Aqui estamos perante a multidisciplinaridade, vários profissionais no mesmo espaço atuando em suas áreas nas suas especificidades. Ao passo que a interdisciplinaridade, consiste na cooperação mútua, integração de saberes, para que de forma conjunta se possa não só resolver, mas também refletir e analisar uma dada situação ou caso, o fim último da interdisciplinaridade é a cooperação/interação entre as disciplinas para fortalecer, inovar, trazer ideias, produzir de forma coletiva onde cada um dê o seu contributo sem que cada saber perca a sua particularidade.

É dessa forma que os/as assistentes sociais partilham o espaço de trabalho com múltiplos profissionais e integrado de forma interdisciplinar na resolução de problemas. Entre os profissionais que os assistentes sociais mais articulam durante o atendimento o gráfico demonstra que 37,9% que corresponde a maioria são os médicos e os Psicólogos, 13,7% são enfermeiros, e 3,4% são recepcionistas, auxiliares de limpeza e nutricionistas. Na saúde todos os profissionais ocupam a mesma importância, todos trabalham para um fim único que é a manutenção da saúde dos/as utentes que ocorrem nas unidades hospitalares. Assim o médico, o psicólogo e os enfermeiros, os dados demonstraram que são os profissionais que mais articulam com os/as assistentes sociais quer no encaminhamento de demandas, na discussão de casos e sua resolução no ambiente diário no espaço hospitalar e além fronteiras hospitalares.

Tabela 17. Integração dos/as assistentes sociais nos serviços interdisciplinares

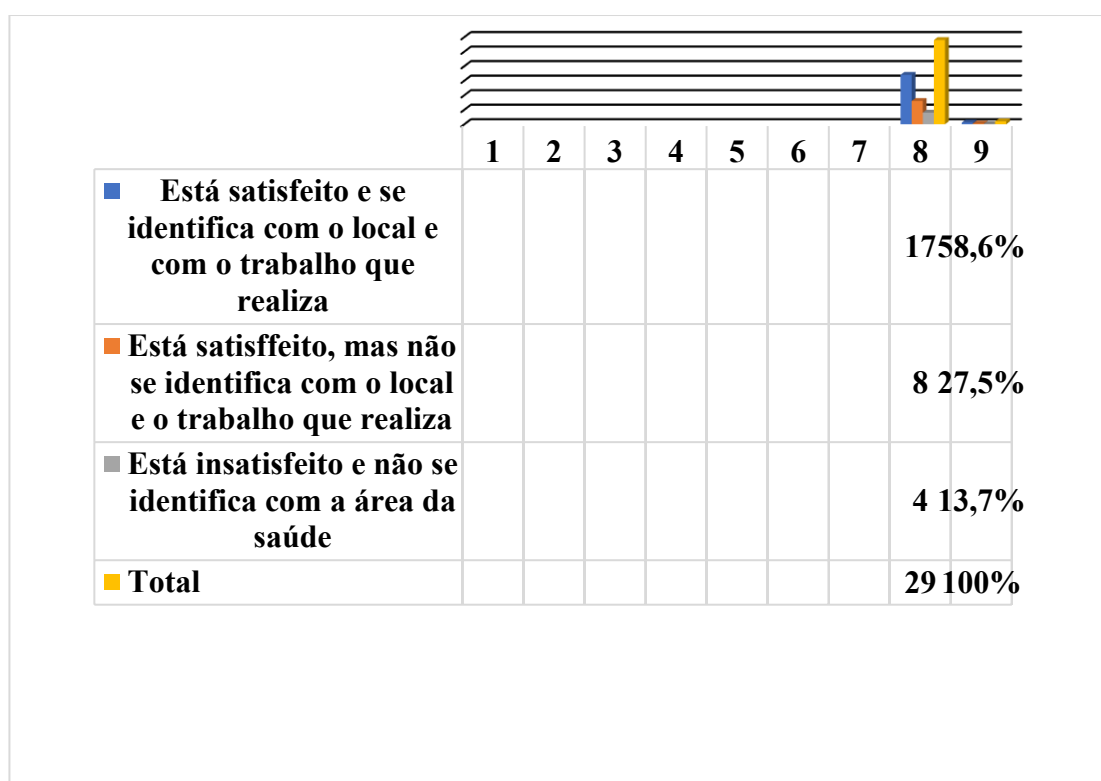
Integração nos serviços interdisciplinares	N	%
Acontece de forma satisfatória e socializadora	5	17,2
Para discussão de casos e acompanhamento	1	3,4
Tem espaço para discussão de caso social	5	17,2
Não tem integração	1	3,4
Apenas em situações excepcionais	7	24,1
Acontece para prestar melhor atendimento do utente	4	13,7
A equipe procura para discutir questões relacionadas aos utentes	4	13,7
Consideram relevantes seus pareceres	1	3,4
Aceitam participar em equipas	1	3,4
Total	29	100

Fonte: elaborado pelo Pesquisador

O/a assistente social disputa espaços a nível institucional com outros profissionais, quer para a sua afirmação, quer espaços que lhe favoreça a execução de um trabalho digno. Daí que é indispensável sua integração para que seja um dos profissionais de referência e conquistar seu mérito.

Dessa forma de acordo os sujeitos de pesquisa, em relação a sua integração nos serviços interdisciplinares, os resultados apontam que 17,2% afirmaram que acontece de forma satisfatória e socializadora e tem espaço para discussão de caso social, 24,1% afirmaram apenas em situações excepcionais, 13,7% a equipe procura para discutir questões relacionadas aos utentes. Entre as manifestações que mais sobressaíram, podemos perceber que os/as assistentes sociais estão entregues integrados. Pois, a demonstração de satisfação em relação a sua integração no espaço de trabalho com a maior percentagem é a prova disso. A isso soma-se a sua utilidade junto a equipe de serviço, uma vez que a maior parte das unidades hospitalares os/as assistentes sociais partilham os mesmos espaços infraestruturais com os/as assistentes sociais quer seja no formato de Seção, Repartição ou Departamento e Gabinete de Apoio ao utente.

Gráfico 29. Respostas sobre satisfação, identificação com o local e com o trabalho



Fonte: elaborado pelo Pesquisador

Procurando saber aos sujeitos de pesquisa se estavam satisfeitos ou insatisfeitos com o trabalho que realizam e se se identificam com o local de trabalho, 58,6% afirmaram que estão satisfeitos e se identificam com o local e o trabalho que realizam, 27,5% afirmaram que estão satisfeitos, mas que não se identificam com o local e o trabalho que realizam e 13,7% afirmam estarem insatisfeitos e não se identificam com área da saúde.

Se a maioria afirma estar satisfeito e se identificam com o local e o trabalho que realizam, podemos dizer que os/as assistentes sociais estão dispostos para o cumprimento da missão e das tarefas nas quais são atribuídas e isso demonstra um ambiente laboral que está ser bem construído e cujo o seu curso garantirá melhores impactos a luz do que se pretende com a categoria profissional na saúde.

Procuramos saber em relação ao entendimento que os/as assistentes sociais têm sobre as diretrizes de seu trabalho na saúde e obtivemos as seguintes respostas:

Padronizar a forma de atuação dos diferentes profissionais de saúde que implementam as atividades tendentes ao controlo das doenças e não só.

Penso que são conjuntos de instrumentos de trabalho que poderiam ou podem orientar as nossas ações.

No meu entender as Diretrizes do trabalho do Assistente Social na Saúde seriam linhas concebidas quer a nível nacional ou internacional delimitadoras da atuação dos Assistentes Sociais na saúde.

As expressões dos sujeitos de pesquisa tornam evidentes em relação ao entendimento das diretrizes que orientam o trabalho profissional na saúde. De acordo SESAPI (2020, p.12)

[...] as diretrizes possuem como objetivo padronizar e oferecer referenciais fundamentais para a intervenção do Assistente Social na área da saúde (...), Além de embasar, ampliar e fundamentar o processo de trabalho do assistente social, diante da necessidade de normatizar o atendimento com o estabelecimento de rotinas e fluxos do processo de intervenção social, que direcionam a atuação/abordagem de forma individual, grupal, familiar e domiciliar na prestação de serviços de saúde à população (SESAPI, 2020, p.12).

O direcionamento que se pretende dar para o planeamento do trabalho organizativo dos/as assistentes sociais na saúde de Angola, faz-se necessário o tracejar de um caminho de forma coletiva e articulada, por intermédio das diretrizes

para a uniformização, padronização do trabalho profissional nos espaços de atuação dos/as assistentes sociais na saúde.

Todo trabalho profissional é orientado por diretrizes, que servem de referências e de fundamentos para atender as demandas. Se o nosso trabalho ora proposto não obedecer a diretrizes, jamais saberemos encaminhar as demandas dos/as utentes e aliás não há nenhum trabalho que se preza ser profissional que não tenha um conjunto de atribuições e de competências que dão equivalência valorativa e utilidade.

É com este entendimento que pedimos aos assistentes sociais que citassem algumas diretrizes que orientam o seu trabalho, pelo que eis as respostas:

Visitas domiciliares, Busca ativa, acompanhamento domiciliário.

Intervenção social com doentes internados, intervenção com doentes crônicos (funcionários da CSE), intervenção social na Pediatria, avaliação social de casos sinalizados, atendimentos sociais a funcionários CSE.

Apoio e acompanhamento social.

Atendimento respeitoso e humanizado.

Avaliação sociosanitária.

Acesso ao atendimento e cuidados de saúde.

Garantir que os direitos e deveres dos utentes sejam respeitados.

Apesar de não haver alguma descrição de forma organizativa, mas sim avulsas, entre as descritas, umas explícitas e outras implícitas, podemos perceber alguma dificuldade na sua identificação. Pelo que mais uma vez, é indispensável percebermos enquanto profissionais na saúde as atribuições e competências, para não só garantirmos o acesso aos direitos, mas também trabalharmos na concretização dos mesmos de forma universal e ampliada.

Precisamos aqui deixar patente, que apesar de existir um projeto profissional que formam assistentes sociais para responderem as várias demandas no mercado, mais do que isso precisamos aproveitar esta política inclusiva da inserção do/a assistente social na saúde nos aperfeiçoando cada vez mais, uma vez que “as respostas profissionais são construídas a partir das diretrizes das políticas sociais e não das diretrizes do projeto profissional (ABEPSS,2018, p.7). É nessa dicotomia entre o projeto profissional e as diretrizes das políticas sociais em que os/as assistentes sociais se profissionalizam, na busca constante e permanente de

respostas que desafiam a construção de seu trabalho. Assim uma vez suas diretrizes bem orientadas e descritas, os profissionais estarão aptos para responderem a todos os desafios profissionalmente e institucionalmente demandados.

Gráfico 30. Respostas sobre a necessidade de se criar uma rede de assistentes Sociais na saúde de Angola



Fonte: elaborado pelo Pesquisador

O trabalho em rede neste contexto de acordo Cemais (2020, p.1) “é um processo de construção e fortalecimento de espaços de encontro e ações conjuntas que envolvem serviços diversos, propostas que se cruzam, se complementam em um trabalho sério, articulado e comprometido, em que as partes buscam objetivos comuns”.

Com vista a despertar a necessidade de um trabalho articulado, de forma cooperativa, encaminhado, interinstitucional entre os/as assistentes sociais a nível da saúde, atendendo sua atuação a vários níveis desde atenção primária, secundária, terciária e especializada, face as múltiplas expressões da questão social que os utentes têm vindo a apresentar, oportunizou-se a questão se os profissionais sentem a necessidade de se trabalhar em rede e traçar as diretrizes do trabalho profissional para melhor atuação, afirmação e referência em Angola. As respostas foram pontuais e unânimes entre os sujeitos de pesquisa onde 100% dos inqueridos responderam “sim”, sentem a necessidade desta construção no trabalho profissional.

Nesta perspectiva, todo profissional, está consciente da relevância dessa forma coletiva de atuação para um encaminhamento pontual, dos/as utentes a fim de serem assistidos com maior atenção e qualidade nos diferentes níveis independentemente de cada nível de atuação. Dessa forma atenção aos utentes ampliar-se-á cada vez

mais, devendo assim cada profissional acompanhar junto aos outros profissionais a assistência de que necessitam os/as utentes.

Perante os desafios que a política nacional de saúde nos assiste o trabalho em rede constitui uma das ferramentas indispensáveis para mediação, na facilitação do acesso aos direitos dos/as utentes, na garantia de uma assistência mais atenta no nosso sistema de saúde. Por outro lado, também com efeito, amplia-se a oportunidade de dialogarmos com políticas sociais setoriais (especialmente a política de assistência) uma vez que as expressões da questão social a nível da saúde que se consubstanciam na vulnerabilidade quer econômica, cultural, política para fazer face vão além fronteiras hospitalares e do esforço dos/as assistentes sociais na saúde o que é uma mais-valia esta articulação com os demais setores.

Com um trabalho em rede, reafirma-se a aproximação dos/as assistentes sociais num trabalho coletivo, onde todos procuram rever-se face suas responsabilidades institucionais e respondendo de forma oportuna num processo interativo, informativo e comunicativo entre os profissionais face as demandas ora encaminhadas nesse processo.

Ao questionarmos porque é que sentem a necessidade de se criar uma rede entre os/as assistentes sociais que atuam na saúde de Angola e traçar as diretrizes do trabalho profissional para uma melhor atuação, afirmação e referência em Angola obtivemos as seguintes respostas:

Porque a rede ajudaria no aprimoramento, uniformização e especificidade das diretrizes.

Para a organização e parametrização da prática do assistente social na saúde.

As redes servem para articular informações, gerir o tempo, melhorar os serviços e interagir com outros colegas da profissão.

O trabalho profissional do AS é meramente coletivo e essas variantes não podem ficar de forma.

Para facilitar a integração do profissional no local de trabalho e o desenvolvimento das suas atividades; bem como a interação entre os profissionais.

Para uniformizar a atuação (apesar dos casos não serem iguais).

Pelo facto de que trabalhar em união ser melhor do que trabalhar isolado. Possibilitaria o treinamento e formação de competências e capacidades para atuar em redes por parte do profissional e por parte do utente eliminaria determinados vícios em alguns utentes.

Para que consigamos pedir ajuda a outros profissionais, caso encontremos dificuldades na nossa atuação.

Trabalhando em rede é a melhor forma possível, ninguém desatualizado, aí a profissão cresce com a prática profissional e a práxis.

Os depoimentos dos sujeitos de pesquisa, expressam a necessidade de se levar a cabo um trabalho que se inscreve de forma coletiva, a articulação com os demais profissionais que atuam em vários níveis de atenção, a congregação de forças articuladas permitindo uma comunicação eficaz e eficiente no encaminhamento dos casos, a troca de experiências em termos de tratamento dos casos. E dada a atuação dos /as assistentes sociais na saúde em Angola, estabelecer parâmetros de atuação contribui na qualificação do trabalho profissional dos/as assistentes sociais.

Um trabalho em rede, não só expressa a partilha de preocupações, o encaminhamento de demandas de um nível de assistência para o outro é muito mais além, pois trata-se de uma categoria profissional que se organiza, que se conecta de forma comprometida, responsável e ética para fazer face ao “todo” e ao “nós” no processo de trabalho profissional. O que exige dos profissionais comunicação eficiente, conhecimento, vontade e uma força coletiva.

CONCLUSÃO

Após experienciar essa longa jornada formativa e académica, e termos nos desafiado em mergulhar nesta benéfica pesquisa com todas as dificuldades ao longo do processo da caminhada que nos levou a esta finalidade que é a tese de doutoramento, apraz respirar, inspirar e transpirar com todas as forças que sustentam o ser, invocando toda vontade envolvente da memória coletiva ancestral, tomando como um ser socio-histórico e em permanente construção e transformação, para conhecer e agir sobre a realidade social e profissional.

Portanto, partimos a esta nota conclusiva da tese, guiando-nos por intermédio da teoria marxiana, como forma de apreensão e interpretação da realidade. Permitindo em primeira instância captar o objeto de pesquisa, á partir da realidade concreta onde os/as assistentes sociais atuam que são os espaços socio-ocupacionais na saúde de Angola. Como profissionais que fazem parte do contexto, influenciam e são influenciados pelo processo socio-histórico que marcou e continuam marcando o país. O que nos permitiu compreender como estas influências se deram e como estão se dando no atual contexto.

Angola é marcada por um mosaico histórico que atravessa várias gerações, entre lutas e resistências vincadas e reveladas nos seus espaços étnicos identitários onde cada cidadão tem um sentimento de pertença e com uma conexão ancestral muito forte. O presente contexto que o panorama angolano nos remete, demonstra que o saldo da paz e de todos os esforços empreendidos se calcula inferior. Por conta de um conjunto de más práticas e vícios das amarras de uma política demagógica, onde as políticas públicas não encontram o seu devido impacto junto às necessidades da população.

As transformações resultantes das decisões políticas colocam cada vez mais longe os anseios e expectativas da população cuja a esperança de uma vida digna nos remetem a uma constante luta coletiva resiliente.

Pelo que, faz-se urgente a busca de um diálogo com medidas concretas e um plano de desenvolvimento de Estado permanente e contínuo de forma sustentável com todas consensualidades e unanimidades possíveis onde todos os substratos sociais contribuam para o ajustamento de equações que transformem a riqueza simbólica em riqueza real, num sistema de políticas publicas com impactos de

beneficência, fortalecendo o compromisso cidadão, alavancando assim o desenvolvimento que almejamos.

A esse desafio, o segmento da nossa categoria profissional, encontra-se num clima onde todo exercício é necessário para busca de competências para responder as demandas resultantes das manifestações da questão social.

O percurso sociohistórico do projeto de formação profissional de assistentes Sociais, apresenta dois projetos o primeiro voltado para o governo português colonial (1962-1977), e já o segundo voltado em uma era de um Estado angolano legitimado democrático e de direito, apresentando desafios e propósitos diferenciados, onde o primeiro respondia os propósitos do colonizador português, no segundo os profissionais respondem a democratização da profissão, a ampliação e efetivação de direitos dos cidadãos por intermédio das políticas públicas, inserido num sistema económico capitalista periférico dependente. A esse fato, o processo formativo vai se dinamizando, mediante as suas diretrizes curriculares, para responder as dimensões teóricas e procedimentais para o presente profissional que se deseja produzir e ser lançado á sociedade e no mercado de trabalho.

O contexto angolano, apresenta-se fértil para o trabalho de Assistentes Sociais, face o agravamento das expressões da questão social, o que faz com que este profissional encontre espaços socio-ocupacionais como um produto de mercado vendendo a sua força de trabalho como trabalhador assalariado. Desse modo, o trabalho do/a assistente social na saúde tem como espaços a atenção primária, secundária, terciária e especializada bem como além-fronteiras hospitalares, visando a garantia de direitos dos/as utentes, na resolução/mediação de conflitos, e na orientação assistencial e socioeducativa, no acesso ao sistema de saúde, bem como aos serviços de saúde. O que requer um grande exercício para sua efetivação, uma vez que trata-se de um profissional inserido no processo de produção e reprodução da divisão sociotécnica do trabalho coletivo impregnado de múltiplas expressões resultante do sistema capitalista vigente. No presente contexto o sector da saúde é o que mais tem absoldido assistentes sociais, admitidos na função pública, por concurso público e por contrato.

Constatando a dinâmica do trabalho profissional a pesquisa aponta que na relação entre o processo formativo e o meio profissional, as mediações realizadas para a concretização de um trabalho profissional, sistematizado organizado e

direcionado, carece de uma mobilização organizativa da classe para a impressão de novos caminhos, o que requer:

- Um processo formativo e capacitação profissional contínua;
- Criação de instrumentos técnicos adequados á realidade dos espaços socio-ocupacionais;
- Retroalimentar as instituições de formação dos/as assistentes sociais, com as pesquisas científicas resultante do processo de produção científica e experiências de trabalho dos Assistentes Sociais na saúde, a fim de potencializar e adequar a teoria projetando os futuros profissionais para uma profissionalização mais esclarecida e competente.

Por outro lado, também se constata apar dos fatores a cima descritos, os/as Assistentes Sociais sentem-se entusiasmados com o trabalho que desenvolvem, quer a nível de prevenção de doenças, promoção da saúde, humanização no atendimento, reabilitação e reintegração social e familiar, seguimento dos/as utentes com doenças crônicas, pelo que as condições salariais, as condições de trabalho, as necessidades de capacitação têm influenciado no trabalho profissional dos/as assistentes sociais.

Assim, estamos conscientes do grande compromisso da nossa categoria profissional junto das demandas institucionais e dos/as utentes. Confirma-se o alcance dos objetivos e dos pressupostos ora elaborados para o propósito da pesquisa. E por sua vez abre-se o compromisso com o processo formativo dos profissionais na medida em que não é responsabilidade única do profissional e exclusiva das instituições de formação, mas também de todos órgãos representativos da classe, quer associação, representantes sindicais, outras instituições representativas da saúde e afins que possam privilegiar conhecimentos teóricos e críticos que proporcionem respostas qualificadas nos espaços sociolaborais.

Desse modo, não poderia encerrar essa nota conclusiva sem destacar mais uma vez o apoio da Coordenação de aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-Demanda Social (CAPES-DS), pelo apoio financeiro de forma comprometida e responsável quer no processo formativo como para o desenvolvimento da pesquisa, a minha orientadora prof^a Dr^a Fernanda Sarreta pelo apoio incondicional em todo processo formativo e da pesquisa, bastante humana, sensível e empática e agradecer aos meus/minhas colegas assistentes sociais na saúde, que participaram como sujeitos de pesquisa, pois sem os quais esta pesquisa não seria possível de ser concretizada. É uma produção que não se esgota nestas linhas, pois também abre a

possibilidade de continuidade de outros pesquisadores que se desafiarem aprofundar a temática. E que atendendo o compromisso que se tem com a classe profissional na saúde, com os futuros/as assistentes sociais e a todos/as interessados que possam explorar e tirar proveito para o enriquecimento intelectual, bem como possa contribuir para um trabalho qualitativo, organizativo na saúde e de forma transversal dando uma melhor percepção e compreensão da temática, através da socialização da pesquisa de forma devolutiva.

REFERÊNCIAS

ABEPSS ITINERANTE. **Os fundamentos do Serviço Social: as atribuições e competências profissionais em debate**. 2018. Disponível em: https://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201804131207199954220.pdf. Acesso em: 6 fev. 2025.

ANGOLA. **Decreto Presidencial nº 109/22, de 12 de maio de 2022**. Regime da Carreira do Trabalhador Social. *Diário da República*, I Série, n. 85, 12 maio 2022.

ANGOLA. **Decreto Presidencial nº 132/2022**. Estatuto remuneratório da carreira do trabalhador social. *Diário da República*, Iª Série, n. 103, 7 jun. 2022. Disponível em: <https://www.ucm.minfin.gov.ao/cs/groups/public/documents/document/aw4z/mjgz/~e disp/minfin3283423.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2024.

ANGOLA. **Decreto Presidencial nº 39/25**. Aprova o aumento nominal em 25% dos índices de base 100 dos cargos e quadro do pessoal da função pública. *Diário da República*, Iª Série, n. 29, 13 fev. 2025. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/869584269/Dp-n-o-39-25-Aumento-Salarial-de-25-68233c9c5bc7d>. Acesso em: 5 ago. 2025.

ANGOLA. **Despacho nº 547/2022**. Abertura do Concurso público de ingresso para o ano 2022 no setor da saúde. [S. l.]: 2022.

ANGOLA. **Lei nº 14/24**. Divisão Político-Administrativa. *Diário da República*, I Série, n. 171, 2024.

ANGOLA. **Lei de Base do Sistema Nacional de Saúde**, nº 21-B/92, de 28 de agosto de 1992.

ANGOLA. **Lei de Base da Função Pública**, nº 26/22. *Diário da República*, Iª Série, n. 159, 2022. Disponível em: <https://www.ucm.minfin.gov.ao/cs/groups/public/documents/document/aw4z/mzew/~edisp/minfin3310128.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2024.

ANGOLA. **Primeiro Relatório para a conferência das partes da convenção da diversidade biológica**. 2006. Disponível em: <https://www.cbd.int/doc/world/ao/ao-nr-01-pt.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2024.

ANGOLA. Água potável chega a 72 por cento da população urbana. **ANGOP**, Luanda, 2021. Disponível em: <https://www.angop.ao/noticias/grandes-reportagens/agua-potavel-chega-a-72-por-cento-da-populacao-urbana/>. Acesso em: 24 jun. 2024.

ANGOLA. Angola explora apenas 5% do seu potencial hídrico. **Embaixada de Angola**, 2023. Disponível em: <http://www.embaixadadeangola.pt/angola-explora-apenas-5-seu-potencial-hidrico/>. Acesso em: 12 mar. 2024.

ANGOLA. Angola regista diminuição de mortes por malária em 2023. **RFI**, 2024. Disponível em: <https://www.rfi.fr/pt/%C3%A1fricalus%C3%B3fona/20240425-angola->

registra-diminui%C3%A7%C3%A3o-de-mortes-por-mal%C3%A1ria. Acesso em: 5 out. 2024.

ANGOLA. Angola tem 2,48 médicos por 10.000 habitantes, abaixo dos padrões da OMS – relatório. **Saúde + TV**, 2024. Disponível em: <https://www.saudemais.tv/noticia/51592-angola-tem-2-48-medicos-por-10-000-habitantes-abaixo-dos-padroes-da-oms-relatorio>. Acesso em: 1 out. 2024.

ANGOLA. **Caderno de Atribuições dos Trabalhadores Sociais nas Unidades Sanitárias e Regiões Militares**. Luanda, 2012.

ANGOLA. Forças Armadas Angolanas. **Caderno de Apoio – Iº Curso de Humanização da assistência à saúde – Região militar Luanda**. Luanda, 2012.

ANGOLA. Forças Armadas Angolanas. Estado Maior General. **Despacho nº 10/CEMGFAA/2008**. Luanda, 2008.

ANGOLA. Forças Armadas Angolanas. Repartição de Assistência Psicossocial, geriatria e cuidados continuados. **Manual de Assistência Psicossocial nas FAA**. Luanda, 2008.

ANGOLA. Governo de Angola. Houve, efectivamente, um aumento do financiamento para a função saúde. **Portal oficial do Governo de Angola**, 15 nov. 2021. Disponível em: <https://governo.gov.ao/ao/noticias/houve-efectivamente-um-aumento-do-financiamento-para-a-funcao-saude/>. Acesso em: 14 out. 2022.

ANGOLA. Ministério da Saúde. **Relatório anual do programa integrado de intervenção dos municípios (PIIM)**. Luanda, 2019.

ANGOLA. Ministério da Saúde. Mensagem do dia do trabalhador da saúde 25 de setembro. [S. l.]: 2024.

ANGOLA. Ministério dos Recursos Minerais, Petróleo e Gás. Angola tem conhecidos 36 minerais críticos. **Portal oficial**, 2023. Disponível em: <https://mirempet.gov.ao/ao/noticias/angola-tem-conhecidos-36-minerais-criticos/>. Acesso em: 4 mar. 2024.

ANPH-BA. Associação Nacional de História – Seção Bahia. **A formação de Angola e as resistências africanas**. 2016. Disponível em: https://www.encontro2016.bahia.anpuh.org/resources/anais/49/1476981752_ARQUIVO_FormacaodeAngolaeasResistenciasAfricanas.pdf. Acesso em: 14 ago. 2024.

BASTOS, D. L. **Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, transdisciplinaridade**. CEI Campinas, 2023. Disponível em: <https://ceicampinas.org.br/2023/11/17multidisciplinaridade-interdisciplinaridade-e-transdisciplinaridade/>. Acesso em: 31 jan. 2025.

BELDA, W. Prioridade nas resoluções dos problemas de saúde. In: **SAÚDE da comunidade: temas de medicina preventiva e social**. [S. l.], 1978. p. 62.

BONETI, L. W. **Políticas públicas por dentro**. 4. ed. Unijuí, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em: 30 set. 2024.

BRAVO, S. I. M. et al. (orgs.). **Saúde e Serviço Social**. 5. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

CANECA, J. M. **Avaliação da satisfação dos utentes nos serviços de saúde da Clínica da Marinha de guerra angolana em Luanda**. 2021. 115 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2021.

CANECA, J. M.; SARRETA, F. O. **Serviço Social na saúde: avaliação da satisfação de utentes na Clínica da Marinha Angolana em Luanda**. São Carlos: Pedro e João Editores, 2022.

CEIC. Centro de Estudos e Investigação Científica da Universidade Católica de Angola. **Relatório económico de Angola 2019-2020**. Luanda, 2021. Disponível em: www.ceic-ucan.org. Acesso em: 20 ago. 2024.

CEMAIS. **Trabalho em rede: desafios e dimensões**. 2020. Disponível em: <https://nossosdireitos.org.br/dimensao-e-importancia-do-trabalho-em-rede>. Acesso em: 6 fev. 2025.

CERCIEJ. Centro de Ciências e Educação Superior a Distância do Estado do Rio de Janeiro. **O que é saúde?** 2020. Disponível em: https://extensao.cecierj.edu.br/material_didatico/sau2202/pdf/aula%203_%20leitura1_%20saude.pdf. Acesso em: 7 nov. 2004.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Atribuições privativas do/a assistente social em questão**. 1. ed. Brasília, DF: CFESS, 2012. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf>. Acesso em: 7 nov. 2024.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na política de saúde**. Brasília, DF: CFESS, 2010.

COSTA, G. M. Revisitando o Serviço Social clássico. **Revista da Faculdade de Serviço Social**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 40, p. 166-180, 2017. Disponível em: file:///C:/Users/HP/Downloads/admin_depext,+10_ARTIGO+10.pdf. Acesso em: 23 out. 2024.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de (org.). **Promoção da saúde: Conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

FERNANDES, S. **Os Acordos de Financiamento entre a China e Angola: uma reconstrução pós-conflito sem reformas políticas**. 2015. 150 f. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, 2015.

FILHO, N. A. **O que é saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

FMI. Fundo Monetário Internacional. **Discussões sobre a primeira avaliação pós financiamento-comunicado de imprensa; e relatório do corpo técnico**. 2024. (Relatório do FMI n. 24/224). Disponível em: <file:///C:/Users/HP/Downloads/2790-4431-002.2024.issue-224-pt%20.pdf>. Acesso em: 8 out. 2024.

FORBES ÁFRICA LUSÓFONA. Angola é o quarto país produtor de minerais mais rico de África. **Forbes África Lusófona**, 2023. Disponível em: <https://www.forbesafricalusofona.com/angola-e-o-quarto-pais-produtor-de-minerais-mais-rico-de-africa/>. Acesso em: 4 mar. 2024.

GASPAR, J. S. J. **Democracia em Angola: o processo de democratização angolana (2002-2020)**. 2021. Disponível em: https://repositorio.unilab.edu.br/jspui/bitstream/123456789/2320/3/2021_arti_joachim_gaspar.pdf. Acesso em: 15 set. 2024.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GUERRA, Y. A. et al. **Atribuições, competências, demandas e requisições**. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/HP/Documents/30%20anos/Compet%C3%Aancias/Competencias%20e%20atribui%C3%A7%C3%B5es%20Yolanda%20Guerra.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2023.

GUERRA, Y. A. et al. Fundamentos do trabalho do/a assistente social no contexto de reconfiguração das políticas sociais no brasil. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 129-138, jan./jun. 2012. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/guerra-e-outros-201804131237474299190.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2023.

IAMAMOTO, M. V. **As dimensões ético-Políticas e Teórico-Metodológicas no Serviço Social contemporâneo**. In: MOTA, A. et al. (org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: Trabalho e formação profissional**. 26. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

IEA. Inquérito ao Emprego em Angola. Desemprego em Angola sobe quatro pontos percentuais no segundo trimestre de 2020. **DW África**, 2020. Disponível em: <https://www.google.com/amp/s/amp.dw.com/pt-002>. Acesso em: 16 ago. 2024.

INE. Instituto Nacional de Estatística. Luanda é a capital de Angola, localizada na região centro-norte do país. **Portal Oficial de Luanda**, 2023. Disponível em: <https://luanda.gov.ao/ao/#:~:text=Dados%20oficiais%20de%20Luanda&text=Luanda%20%C3%A9%20a%20capital%20de%20Angola%2C%20localizada,sendo%20a%20prov%C3%ADncia%20mais%20populosa%20de%20Angola>. Acesso em: 22 maio 2024.

LOPES, F. C. (org.). **Competências e atribuições do/a Assistente Social: reflexões preliminares**. In: LOPES, F. C. (org.). **Competências e Atribuições do/a Assistente Social: requisições e conhecimentos necessários**. Fortaleza: Socialis, 2018. p. 33-56.

MARQUES, J.; MUTSCHE, K. C. Entre a teoria e a prática: visões das assistentes sociais. **Revista Temas Sociais**, v. 1, n. 1, p. 89-103, 2021.

MARTINELLI, L. M. Reflexões sobre o Serviço social e o projeto ético-político profissional. **Revista Emancipação**, Ponta Grossa, v. 6, n. 1, p. 9-23, 2006.

MARTINELLI, L. M. Serviço Social em hospital-escola: um espaço diferenciado de ação profissional. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 124, p. 742-763, dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/7mR6D6k8k9L4KjT6L8m7m/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 out. 2024.

MATOS, M. de C. Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade. **Revista Serviço Social & Sociedade**, n. 123, p. 430-453, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/zKqHPXTYyTSPvMBrGZnzgjm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2023.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MIOTO, T. C. R.; RIBEIRO, M. V. N. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos Assistentes Sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. et al. (org.). **Serviço Social e saúde: Formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 273-303.

MONTEIRO, A. A. **Natureza do Serviço Social em Angola**. São Paulo: Cortez, 2016.

MORAES, A. C. S. de. Determinantes e significados do trabalho do/a assistente social na área da saúde. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, ano 23, n. 47, p. 111-132, 2020. Disponível em: https://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_47_art_7.pdf. Acesso em: 16 out. 2024.

NAKAMURA, F. de C. As abordagens teórico-metodológicas nas pesquisas em ciências sociais aplicadas: Do concreto sensível ao concreto pensado. In: LEHFELD, N. A. S. (org.). **A prática da pesquisa: desafios metodológicos**. 1. ed. Franca: UNESP-FCHS, 2019.

NETO, M. P. 30 por cento dos angolanos são considerados hipertensos. **Portal Oficial do CIAM**, 2021. Disponível em: <https://ciam.gov.ao/ao/noticia/517>. Acesso em: 5 out. 2024.

NETTO, J. P. O serviço social hoje. **Revista de Serviço Social**, Lisboa, n. 7, 1993. Disponível em: http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/3911/1/is_7_1997_04.pdf. Acesso em: 27 jan. 2025.

OLIVEIRA, J. S. de. Contribuições do serviço social no planejamento da alta responsável. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, São José dos Pinhais, v. 17, n. 5, p. 1-11, 2024.

OLIVEIRA, M. S. de; ARTMANN, E. Regionalização dos serviços de saúde: desafios para o caso de Angola. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 751-760, 2009.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Saúde das pessoas: o que funciona-relatório sobre saúde na região africana**. Escritório Regional para África. 2014.

ONUSIDA. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/Sida. **Angola regista anualmente 15 mil novos casos de VIH/SIDA**. 2024. Disponível em: <https://portuguese.news.cn/20231201/d7f07cf51ed2417482c21677b8bbce98/c.html>. Acesso em: 7 out. 2024.

PANTOJA, S. A. **Nzinga Mbandi: mulher, guerra e escravidão**. Brasília: Thesaurus, 2000.

PARSONS, T. **A estrutura da ação Social: Um estudo de teoria social com especial referência a um grupo de autores europeus recentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. v. 2.

PERRENOUD, P. **Construindo as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

QUEZA, A. J. **Sistema de Saúde em Angola: uma proposta a luz da reforma do serviço nacional de saúde em Portugal**. 2010. 120 f. Dissertação (Mestrado em Gestão em Saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2010. Disponível em: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/50407/2/Sistema%20Nacional%20de%20Sade%20Angolano%20e%20Contributos%20%20Luz%20da%20Reforma%20do%20SNS%20Portugus.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2024.

REDIHA, J. **Distribuição étnica de Angola**. 8. ed. Luanda, [1974].

RODRIGUES, A. D. **Sonangol petróleo e a estratégia de desenvolvimento em Angola**. 2013. 90 f. Dissertação (Mestrado em Gestão) - Universidade Aberta, Lisboa, 2013. Disponível em: https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2823/1/TMG/MBA_RuiRodrigues.pdf. Acesso em: 6 ago. 2024.

SANTO, F. E. **A institucionalização do Serviço social em Angola: Contribuição do instituto PIO XII para a sua História**. 1. ed. Cascais: [s. n.], 2023.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SANTO, Mônica Cláudia dos. **Na prática a teoria é outra? Mitos e dilemas nas relações entre teoria, prática, instrumentos e técnicas no Serviço social**. 3ª edição. Lumeni juris. 2015.

SEGRE, M.; CARVALHO, F. O conceito de saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 maio 2024.

SESAPI. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. **Diretrizes para intervenção do assistente social na atenção especializada ambulatorial no estado do Piauí**. Teresina: EdUESPI, 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/HP/Documents/30%20anos/Tese%202021-2025/DIRETRIZES-PARA-A-INTERVENCAO-DO-ASSISTENTE-SOCIAL-20201105.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2025.

SILVA, A. da. **Os Taludes na Região Envolvente da Barragem do Biópio (Angola)**. Algumas Considerações. 2014. 110 f. Dissertação (Mestrado em Geociências – Ambiente e Ordenamento do Território) - Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/HP/Downloads/2%20-%20Texto%20Final%20PB.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2024.

SILVA, O. Só um terço dos angolanos tem água canalizada em casa. **Euronews**, 2020. Disponível em: <https://pt.euronews.com/2020/06/05/so-um-terco-dos-angolanos-tem-agua-canalizadaemcasa#:~:text=Quatro%20em%20cada%2010%20angolanos%20precisa m%20de,Angola%20s%C3%B3%20tr%C3%AAs%20em%20cada%2010%20cidad%C3%A3os>. Acesso em: 8 out. 2024.

SOUSA, R. **Países de África**. Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/geografia/paises-da-africa.htm>. Acesso em: 21 maio 2024.

SOUZA, M. C. de et al. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **Revista Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 656-663, 2012. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/integralidade_antecao_saude_olhar_equipe.pdf. Acesso em: 4 out. 2024.

TAVARES, F. O. et al. História económico-social de Angola: do período pré-colonial à independência. **População e Sociedade**, Porto, v. 29, p. 82-98, jun. 2018. Disponível em: <https://www.cepese.pt/portal/pt/populacao-e-sociedade/edicoes/populacao-e-sociedade-n-o-29/historia-economico-social-de-angola-do-periodo-pre-colonial-a-independencia>. Acesso em: 29 fev. 2024.

VASCONCELOS, A. M. de. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, P. A. M. de S.; PEIXOTO, L. S. F. Hospital: Locus de atuação e Formação profissional para Assistentes sociais. In: LOPES, F. C. (org). **Competências e atribuições do/a Assistente social: Requisições e conhecimentos necessários**. Fortaleza: Socialis, 2018.

VIEIRA, C. A atuação do Serviço Social junto ao paciente renal crônico e sua família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 773-781, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YH4kHNW99VD89W9tcnJ5Lzn/>. Acesso em: 14 jul. 2023.

YAZBEK, M. C. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil. **Temporalis**, Brasília, ano 2, n. 3, p. 33-40, jan./jun. 2001.

ZAU, F. **Angola: Trilhos para o desenvolvimento**. 2002. 180 f. Tese (Doutorado em Economia) - Universidade Aberta, Lisboa, 2002.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Carta de solicitação da pesquisa



unesp

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Campus de Franca

FCHS

60 ANOS
Faculdade de Ciências
Humanas e Sociais
Campus de Franca

Franca, 18 de setembro de 2023.

Prezado,

Sr. Director do Gabinete Provincial da Saúde de Luanda

Assunto: Solicitação de autorização para realização de pesquisa científica

Vimos, respeitosamente, solicitar autorização para realização da pesquisa científica com o tema **"Política de Saúde de Angola e o trabalho do Assistente Social: competências e atribuições da sua prática profissional na saúde"**, realizada por Aires Muecália Julião Caneca, no Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Estadual Paulista – UNESP, Brasil.

O projeto de pesquisa tem como objetivo: Analisar o Serviço Social na política de saúde de Angola identificando as atribuições e competências na prática profissional. Informamos que a coleta de dados no Gabinete Provincial da Saúde de Luanda (GPSL) será através de Entrevista, tendo como participantes as/os Assistentes Sociais da Saúde. A entrevista resguardará os princípios éticos, sendo anônima e voluntária, e está prevista para o primeiro semestre de 2024.

A pesquisa é relevante e os resultados obtidos com o estudo serão utilizados para fins acadêmicos, bem como, poderão contribuir para propostas de melhoria dos serviços de saúde pública em nível de Angola.

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

Atenciosamente,


Aires Muecália Julião Caneca
Pesquisador responsável


Profa. Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta
Docente orientadora
Telefone 16-991657423

Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



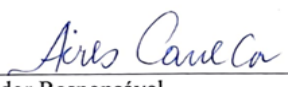
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

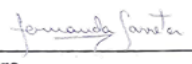
NOME DO PARTICIPANTE: _____
 DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____. IDADE: ____
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE: TIPO: ____ Nº ____ SEXO: M () F ()
 ENDEREÇO: _____
 BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____
 CEP: _____ FONE: _____.

Eu, _____
 declaro, para os devidos fins ter sido informado verbalmente e por escrito, de forma suficiente a respeito da pesquisa: **Política de Saúde de Angola e o trabalho do Assistente Social: competências e atribuições da sua prática profissional na saúde.** O projeto de pesquisa será conduzido por Aires Muecália Julião Caneca, do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, orientado pela Profa. Dra Fernanda de Oliveira Sarreta, pertencente ao quadro docente da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais/UNESP/C.Franca. Estou ciente de que este material será utilizado para apresentação de: Tese, 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, com o retorno aos sujeitos de pesquisa, proporcionando assim uma melhor prática interventiva nos seus espaços sociolaborais de atuação. 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, 19 de Setembro de 2023

 Assinatura do participante

 (assinatura)
 Pesquisador Responsável
 Nome: Aires Muecália Julião Caneca
 Endereço: Jardim Veneza Ademar Polo Filho
 Tel: +244932225229
 E-mail: airescaneca2013@gmail.com

 (assinatura)
 Orientadora
 Prof. (a) Dr. (a) Fernanda de Oliveira Sarreta
 Endereço: AV. EUFRAZIA MONTEIRO PETRAGLIA, 900, 14409160, Franca-São Paulo
 Tel: (16) 991657423
 E-mail: fersarreta2009@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
 Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - Unesp – Campus de Franca
 Av. Eufrásia Monteiro Petraglia, 900 - Jd. Dr. Antônio Petraglia – CP 211. CEP: 14409-160 – FRANCA – SP
 Telefone: (16) 3706-8723 - Fax: (16) 3706-8724 - E-mail: comiteetica@franca.unesp.br

Apêndice 3 - Formulário do Questionário da Pesquisa

06/09/24, 17:32

Serviço Social na saúde em Angola: Atribuições e Competências profissionais

Serviço Social na saúde em Angola: Atribuições e Competências profissionais

Caro Assistente Social,

Você está sendo convidado para participar da pesquisa do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UNESP -Franca- Brasil. A ser realizada pelo doutorando Aires Muecália Julião Caneca, orientado pela Profa. Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta.

O questionário enquadra-se na pesquisa sobre o tema Serviço Social na saúde em Angola: Atribuições e Competências profissionais. Visando captar o movimento do espaço profissional e do trabalho do Assistente Social na saúde de Angola, procura sobretudo obter respostas das seguintes variáveis: Perfil profissional, contexto sócio-histórico da

inserção do (a) Assistente Social na saúde e o trabalho profissional como referências de conhecimentos para a compreensão das atribuições e competências dos Assistentes Sociais nos espaços sócio-ocupacionais da saúde.

Os resultados obtidos serão utilizados para fins acadêmicos, e também poderá contribuir para uma maior e melhor atuação do Assistente Social na saúde de Angola.

A sua participação é de forma livre e voluntária.

O questionário é anônimo, não devendo por isso colocar seu nome em nenhuma das folhas, nem assinar no questionário. Responda de forma espontânea as questões, você terá apenas que assinalar com um X a sua opção de resposta, e comentar onde for preciso.

Estando de acordo com o que foi esclarecido, por favor preencha o formulário pelo seguinte link.

Agradecemos desde já a sua colaboração e participação!!!

** Indica uma pergunta obrigatória*

1. Podemos começar? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

Perfil Profissional dos Assistentes sociais que atuam na saúde

06/09/24, 17:32

Serviço Social na saúde em Angola: Atribuições e Competências profissionais

2. Sexo:*Marcar tudo o que for aplicável.*☐ Masculino☐ Feminino**3. Idade:**

4. Estado Civil:*Marcar tudo o que for aplicável.*☐ Solteiro☐ Casado☐ Viúvo☐ Divorciado☐ Separado☐ Outro**5. Você reside em qual província?**

6. Em qual Município?

7. Seu nível de formação:*Marcar apenas uma oval.*☐ Licenciado☐ Mestre☐ Doutor☐ Outro

06/09/24, 17:32

Serviço Social na saúde em Angola: Atribuições e Competências profissionais

8. Instituição de formação:*Marcar tudo o que for aplicável.*

- ☐ ISUP-JPII
☐ FSSL
☐ Outras

9. Onde é o seu local de trabalho?

10. Em que Província e Município?

11. O Serviço que trabalha é:*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Público
☐ Privado
☐ Outro

12. Como você ingressou na instituição em que trabalha?*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Concurso público
☐ Contrato
☐ Outro

06/09/24, 17:32

Serviço Social na saúde em Angola: Atribuições e Competências profissionais

13. Qual a função que desempenha?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Assistente Social
- ☐ Diretor administrativo
- ☐ Coordenador de programa
- ☐ Supervisor
- ☐ Chefe de Secção

14. Qual é o valor do seu salário, em média?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 252,00 kwanzas
- ☐ + de 252,00 kwanzas
- ☐ - de 252,00

15. Você recebe algum subsídio?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

16. Qual a sua carga horária semanal de trabalho?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 40h
- ☐ 24 h
- ☐ 12 h

06/09/24, 17:32

Serviço Social na saúde em Angola: Atribuições e Competências profissionais

17. Você possui sala própria para atendimento:

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Uso a sala com outro trabalhador

Contexto Socio-histórico da inserção do Serviço Social na saúde

18. Em que ano concluiu o curso?

19. Em que ano ingressou na instituição em que trabalha?

20. Há quanto tempo atua na saúde?

21. Antes da sua chegada, onde está colocado já existia o Serviço Social?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

06/09/24, 17:32

Serviço Social na saúde em Angola: Atribuições e Competências profissionais

22. Na sua opinião quais foram as razões da inserção do Assistente Social na saúde?

Atribuições e competências dos Assistentes sociais na saúde

23. Em que área da saúde atua?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Hospital
- ☐ Saúde pública
- ☐ Outros programas

24. Quais programas?

25. Estão definidas as suas principais atividades na área em que atua?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

06/09/24, 17:32

Serviço Social na saúde em Angola: Atribuições e Competências profissionais

26. Se respondeu sim quem as definiu?

27. O que lhe pedem para fazer com mais frequência na área em que atua?

28. O que lhe pedem para fazer, é o que a profissão lhe atribui?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

29. Concorda com o que lhe atribuem?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

30. Quais são as atividades que você desenvolve no seu trabalho em relação a Prevenção de doenças?

06/09/24, 17:32

Serviço Social na saúde em Angola: Atribuições e Competências profissionais

31. Quais são as atividades que você desenvolve no seu trabalho em relação a Promoção da saúde?

32. Quais são as atividades que você desenvolve no seu trabalho em relação a Humanização do atendimento?

33. Quais são as atividades que você desenvolve no seu trabalho em relação a Informação do funcionamento do serviço de saúde?

34. Quais são as atividades que você desenvolve no seu trabalho em relação a Reintegração social e familiar?

16/09/24, 17:32

Serviço Social na saúde em Angola: Atribuições e Competências profissionais

35. Quais são as atividades que você desenvolve no seu trabalho em relação a Seguimento dos doentes crónicos?

36. Quais outras atividades você desenvolve no seu trabalho?

Em relação as competências

37. Quais são os autores que têm lhe servido de referências para sua prática profissional na saúde?

38. Com estes autores que referenciou tem sido suficiente para elucidar sua prática profissional e encaminhar suas demandas?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

06/09/24, 17:32

Serviço Social na saúde em Angola: Atribuições e Competências profissionais

39. Qual teoria usa no seu quotidiano laboral para analisar a realidade?

40. Porquê optou ou não por uma teoria para o quotidiano laboral?

41. Quando foi requisitado como Assistente Social na saúde para atuação teve/tem dificuldades e que foi preciso/precisa uma formação complementar para sua melhor atuação e dar-se conta de suas demandas?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

42. Se responder sim diga quais foram estas formações complementares para sua melhor atuação e dar-se conta de suas demandas?

06/09/24, 17:32

Serviço Social na saúde em Angola: Atribuições e Competências profissionais

43. Em que demandas gostarias de melhorar as suas qualificações profissionais para a intervenção?

44. Durante o seu processo de formação como Assistente Social, sentiu preenchido o conteúdo sobre a atuação do Assistente Social na saúde?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

45. O que te leva a afirmar que sentiu ou não preenchido o conteúdo sobre a atuação do Assistente Social na saúde?

06/09/24, 17:32

Serviço Social na saúde em Angola: Atribuições e Competências profissionais

46. Quais são os princípios éticos que mais orientam a sua prática profissional?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Liberdade
- ☐ Respeito
- ☐ Escolha de decisão
- ☐ Confidencialidade
- ☐ Solidariedade
- ☐ Empatia
- ☐ Compromisso
- ☐ Justiça social
- ☐ Emancipação

47. O Serviço Social no seu espaço laboral defende qual perspectiva?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Emancipatória/histórico crítico
- ☐ Assistencialista/Positivista

48. Por que acha que a perspectiva que defende é emancipatória?

49. Por que acha que a perspectiva que defende é Assistencialista/Positivista?

06/09/24, 17:32

Serviço Social na saúde em Angola: Atribuições e Competências profissionais

50. Quais são os documentos que você usa para o registo do seu trabalho?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Diário de registo
- ☐ Livro de registo
- ☐ Ficha dos utentes
- ☐ Relatórios sociais
- ☐ Relatórios semanais, mensais, trimestrais, anual
- ☐ Registo na ficha do utente

51. Quais são outros documentos que você usa para o registo do seu trabalho?

52. Quem elaborou a documentação que você usa para o registo do seu trabalho?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Os/as Assistentes Sociais da Instituição
- ☐ Foi elaborada com outros Assistentes Sociais
- ☐ A instituição

53. Na instituição, o registo do seu trabalho profissional:

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Prioriza dados quantitativos e qualitativos
- ☐ Prioriza dados quantitativos
- ☐ Prioriza dados qualitativos

06/09/24, 17:32

Serviço Social na saúde em Angola: Atribuições e Competências profissionais

54. Que formações gostaria de ter para melhor atuação na saúde?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Política de saúde de Angola
- ☐ Humanização na atenção da saúde
- ☐ Atribuições e competências do Assistente social na saúde
- ☐ Determinantes sociais na saúde e as expressões da questão social
- ☐ Actores sociais na saúde e a atuação multidisciplinar do Assistente social na saúde
- ☐ Instrumentalidade para atuação do Assistente Social na saúde

55. Que outras formações gostaria de ter para melhor atuação na saúde?

Reflectir sobre o trabalho do Assistente Social e suas diretrizes na saúde

56. Acha que o conceito de saúde da OMS, tem execução prática e alcançável?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não, por que traz uma percepção muito generalista e não dimensional
- ☐ Sim, e oferece uma compreensão ampliada de saúde
- ☐ Não, é muito subjetiva
- ☐ Sim é a mais adequada ao nosso contexto
- ☐ Não, Precisa ser um conceito mais objetivo, concreto
- ☐ Não, precisamos de um conceito que se adequa a nossa realidade

06/09/24, 17:32

Serviço Social na saúde em Angola: Atribuições e Competências profissionais

57. Quais fatores que mais influenciam o aparecimento de doenças na população?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Falta de saneamento básico
- ☐ Desemprego
- ☐ Falta de residência
- ☐ Dificuldade de acesso aos serviços de saúde
- ☐ Condições económicas precárias
- ☐ Fraca promoção da saúde da população
- ☐ Baixa cobertura assistencial para a população
- ☐ Necessidade da melhoria da qualidade do atendimento
- ☐ Falta de humanização dos serviços
- ☐ Falta de educação para saúde Trabalho profissional

58. Para você o que significa saúde?

59. Quais são os maiores problemas enfrentados pelo Assistente Social na saúde?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Condições precárias de trabalho
- ☐ Falta de integração entre os profissionais
- ☐ Subalternização em relação as outras profissões
- ☐ Desconhecimento da figura e do trabalho do Assistente Social
- ☐ Falta de liberalização de recursos para encaminhamento das demandas
- ☐ Atenção centralizada para cura do que na prevenção, promoção e seguimento

06/09/24, 17:32

Serviço Social na saúde em Angola: Atribuições e Competências profissionais

60. Quais são os outros maiores problemas enfrentados pelo Assistente Social na saúde?

61. E quais são os principais problemas que o/a Assistente Social enfrenta no atendimento dos/as utentes?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Dificuldade no acompanhamento dos pacientes crônicos
- ☐ Seguimento dos utentes além-fronteiras hospitalares
- ☐ Preocupação com o tempo de espera nas consultas
- ☐ Abandono dos pacientes internados por parte dos familiares
- ☐ Negligência na assistência á saúde
- ☐ Condições precárias de vida dos utentes
- ☐ Desemprego e falta de rendimento

62. Quais necessidades de saúde você identifica no quotidiano dos utentes na unidade:

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Acolhimento e orientação hospitalar
- ☐ Apoio social
- ☐ Assistência Psicossocial
- ☐ O seguimento dos utentes para o cumprimento da terapia e gestão nas consultas
- ☐ Falta de instrumentos para execução das atividades específicas do Assistente social

63. Você realiza atendimento com:

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Médicos
- ☐ Enfermeiros
- ☐ Psicólogos
- ☐ Nutricionistas
- ☐ Auxiliares de limpeza
- ☐ Recepcionistas

64. Como tem sido a relação de integração nos serviços multidisciplinares?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Acontece de forma satisfatória e socializadora
- ☐ Para discussão de casos e acompanhamento
- ☐ Tem espaço para discussão de caso social
- ☐ Não tem integração
- ☐ Apenas em situações excepcionais
- ☐ Acontece para prestar melhor atendimento do utente
- ☐ A equipe procura para discutir questões relacionadas aos utentes
- ☐ Consideram relevantes seus pareceres
- ☐ Aceitam participar em equipas

65. Em relação ao seu trabalho na saúde:

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Está satisfeito e se identifica com o local e as atividades que realiza
- ☐ Está satisfeito, mas não se identifica com o local e as atividades que realiza
- ☐ Está insatisfeito e não se identifica com a área da saúde

06/09/24, 17:32

Serviço Social na saúde em Angola: Atribuições e Competências profissionais

66. No Seu entender o que poderiam ser as diretrizes do trabalho do Assistente Social na saúde?

67. Mencione algumas diretrizes do seu trabalho

68. Sente a necessidade de se criar uma rede entre os Assistentes Sociais que atuam na saúde de Angola e traçar as diretrizes do trabalho profissional para uma melhor atuação, afirmação e referência em Angola?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

69. Porque é que sente ou não a necessidade de se criar uma rede entre os Assistentes Sociais que atuam na saúde de Angola e traçar as diretrizes do trabalho profissional para uma melhor atuação, afirmação e referência em Angola?

06/09/24, 17:32

Serviço Social na saúde em Angola: Atribuições e Competências profissionais

Muito obrigado por aceitar participar da nossa pesquisa!

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

ANEXOS

Anexo 1 – Declaração de Autorização da Pesquisa



REPÚBLICA DE ANGOLA
Governo Provincial de Luanda
Gabinete Provincial da Saúde de Luanda

AO
SENHOR: AIRES MUECALIA JULIÃO
CANECA

LUANDA

NOTA Nº 104 /GPSL/2023

Assunto: Resposta da Solicitação de Pesquisa Científica.

Os nossos cumprimentos.

Servimos da presente para informar ao senhor acima mencionado, que está autorizada por este Gabinete, a realização de Pesquisa Científica nas nossas Unidades Hospitalares, no âmbito do Departamento Provincial de Assistência Hospital.

Sem outro assunto de momento, digne-se aceitar a nossa reiterada expressão de respeito e consideração.

GABINETE PROVINCIAL DE SAÚDE DE LUANDA, AOS 15 DE NOVEMBRO DE 2023.

O DIRECTOR
MANUEL DUARTE VARELA
/MÉDICO ASSISTENTE GRADUADO G.A./

Avenida Revolução de Outubro
Nº 126-128
Centro Urbano de Mucungo - Luanda
República de Angola
Telefone: 223371138
E-mail: gabineteprovincialsaude@ps.gov.ao
PS: 19/9/23



Anexo 2- Declaração de aprovação da pesquisa pelo comitê de Ética

FACULDADE DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNESP-CAMPUS FRANCA



Continuação do Parecer: 6.557.739

pela inserção do questionário semiestruturado de perguntas a serem feitas, como se dará o contato com 80 participantes da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram corretamente preenchidos e inseridos, a saber: Folha de Rosto, TCLE, brochura do projeto completo, autorização para realização das entrevistas em Luanda, Angola e o instrumento da pesquisa (questionário a ser aplicado).

Recomendações:

Não há recomendações a serem feitas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2238543.pdf	29/11/2023 12:40:24		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAODEINSTITUICAO.pdf	29/11/2023 12:39:27	Aires Muecália Julião Caneca	Aceito
Outros	FormularioQuestionario.docx	24/11/2023 13:13:48	Aires Muecália Julião Caneca	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodepesquisa.docx	21/11/2023 05:58:57	Aires Muecália Julião Caneca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/11/2023 05:58:21	Aires Muecália Julião Caneca	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTO.pdf	21/11/2023 05:57:58	Aires Muecália Julião Caneca	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900 bloco I sala 16
Bairro: Jd. Antonio Petraglia **CEP:** 14.409-160
UF: SP **Município:** FRANCA
Telefone: (16)3706-8723 **Fax:** (16)3706-8806 **E-mail:** comiteetica.franca@unesp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNESP-CAMPUS FRANCA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Serviço Social na saúde em Angola: Atribuições e competências profissionais

Pesquisador: Aires Muecália Julião Caneca

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 76131923.6.0000.5408

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.557.739

Apresentação do Projeto:

O projeto foi apresentado de forma clara e concisa, com todos os elementos suficientes e necessários para caracterizar como se dará a pesquisa de campo pretendida com aproximadamente 80 profissionais assistentes sociais de Angola.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo foi muito bem apresentado e o mesmo é o seguinte: "Analisar o Serviço Social na política de saúde de Angola identificando as atribuições e competências no trabalho profissional". O preenchimento dos demais campos do projeto na Plataforma Brasil e o arquivo completo do projeto suportam este objetivo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios foram muito bem caracterizados. Quanto aos riscos, era possível desenvolver mais quais os potenciais riscos que podem advir, especialmente na esfera do emprego público, da participação na pesquisa. Contudo, outros elementos apresentados pelo pesquisador dão subsídio para afirmar a segurança dos participantes da pesquisa, incluindo a experiência anterior do próprio pesquisador em investigação de mesma natureza e área de perfil dos entrevistados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Como toda pesquisa bem orientada, a mesma se sustenta e apresenta de forma clara, inclusive

Endereço: Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900 bloco I sala 16

Bairro: Jd. Antonio Petraglia

CEP: 14.409-160

UF: SP

Município: FRANCA

Telefone: (16)3706-8723

Fax: (16)3706-8806

E-mail: comiteetica.franca@unesp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNESP-CAMPUS FRANCA



Continuação do Parecer: 6.557.739

FRANCA, 06 de Dezembro de 2023

Assinado por:
José Fernando Siqueira da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900 bloco I sala 16
Bairro: Jd. Antonio Petraglia **CEP:** 14.409-160
UF: SP **Município:** FRANCA
Telefone: (16)3706-8723 **Fax:** (16)3706-8806 **E-mail:** comiteetica.franca@unesp.br