

2

O Assistente Social na Assistência Hospitalar e o Desafio da Humanização: dimensões éticas

“A perda do respeito nos tempos modernos, ou melhor, a convicção de que só se deve respeitar o que se admira ou se preza, constitui claro sintoma da crescente despersonalização da vida pública e social” (Arendt, 2001: 255).

2.1

O debate sobre a humanização: primeiras reflexões

De uma forma geral, fala-se e reclama-se muito nos dias atuais da desumanização das instituições sociais e, por conseguinte, das relações humanas que as permeiam. Tendo como ponto de partida para a reflexão esta observação, poder-se-ia levantar a seguinte provocação: mas o que significa “humanizar”? Será que alguma coisa feita pelo homem pode ser considerada como “desumana”? Contudo, uma coisa é certa, conforme diz Henri Atlan (2002 apud Minayo, 2004: 18): “*só os seres humanos podem ser desumanos ou confrontados com a desumanidade*”.

As reflexões acerca da humanização encontram lugar de significativa relevância ética no atual contexto sócio-histórico das transformações trazidas à tona por um rápido processo tecnológico de grande impacto em diversos âmbitos da vida social: economia, política, meio ambiente, saúde, família, deveres e direitos de cidadania de grupos e indivíduos, entre outros. No entanto, este processo é marcado por grandes ambigüidades e contradições. Conforme analisa Boff⁴ (1999: 01):

A sociedade contemporânea, chamada sociedade do conhecimento e da comunicação, está criando, contraditoriamente, cada vez mais incomunicação e solidão entre as pessoas. A internet pode conectar-nos com milhões de pessoas sem precisarmos encontrar alguém (...) a relação com a realidade concreta, com seus cheiros, cores, frios, calores, pesos, resistências e contradições é mediada pela imagem virtual que é somente imagem (...) o mundo virtual criou um novo habitat

⁴ BOFF, Leonardo. Saber cuidar: ética do ser humano – compaixão pela terra. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

para o ser humano, caracterizado pelo encapsulamento sobre si mesmo e pela falta do toque, do tato e do contato humano.

Nota-se, neste sentido, que as conquistas tecnológicas vêm ocorrendo de forma bastante dissociada das percepções afetivas. Isto se dá na medida em que falta incluir no debate acerca do processo de desenvolvimento tecnológico, inerente a chamada sociedade do conhecimento e da comunicação, questões de valor ético, dentre as quais ressaltam-se: a idéia de solidariedade/ reciprocidade; o respeito pelo outro; a valorização dos vínculos afetivos; a defesa da pluralidade humana; o posicionamento político em favor da justiça e da equidade e o compromisso por valores democráticos.

Russ (1999) observa que a técnica de nosso tempo exprime um vazio ontológico. A referida autora sustenta, apoiando-se na compreensão heideggeriana, que a técnica converteu-se em um simples instrumento, um prolongamento (empírico) da mão humana, afastando-se do ser. Para Russ (1999: 18) “a técnica de nosso tempo nos questiona; opaco e enigmático destino, ela faz apelo à transparência da reflexão, a uma reformulação da ética em torno de novos princípios”.

Deste modo, no marco do processo de modernização tecnológica, é preciso que estejamos mais atentos para perceber o “outro”, considerando que este gesto requer uma atitude profundamente humana (Backes et alli, 2006). Tal atitude faz-nos reconhecer que é preciso, nos dias de hoje, trazer à reflexão a exigência de nos deixar afetar pela presença dos outros. Faz-nos questionar: por que estamos perdendo cada vez mais a capacidade de sonhar, imaginar, e de nos deixar sensibilizar pelas demandas do outro? Esta indagação situa-se na exigência ética de busca e afirmação de uma cultura da solidariedade em contraposição à cultura da competitividade que descarta e anula o outro. A cultura da solidariedade mostra-se, desta forma, como alternativa ao individualismo e ao egoísmo característico de nosso tempo, exigindo um olhar comprometido para com a situação do Outro. Isto porque só podemos ser solidários na medida em que somos capazes de nos sensibilizar pela realidade do Outro. Conforme elucida Abagnano (2006:60): “a existência é movimento que me leva continuamente para além de mim mesmo: não só no mundo, mas também entre os outros”.

Bauman (1999)⁵ nos fornece importantes pistas sobre as formas de relações humanas que vêm sendo engendradas com o advento do desenvolvimento tecnológico e informacional. O autor evidencia que, as transformações tecnológicas, se por um lado anularam as distâncias espaciais e temporais, favorecendo a rapidez e eficiência do processo de comunicação em massa, por outro, de modo bastante contraditório, vêm provocando um gradativo afastamento entre as pessoas. Bauman enfatiza que com o avanço do capital globalizado, os espaços urbanos onde as pessoas podiam se encontrar face a face, abordar e estreitar uns aos outros, conversar, discutir, concordar ou discordar, levando seus problemas particulares ao nível das questões públicas, estão se reduzindo e se extinguindo rapidamente: “com o tempo de comunicação implodindo e encolhendo para a insignificância do instante, o espaço e os delimitadores de espaço deixam de importar, pelo menos para aquele cujas ações podem se mover na velocidade da mensagem eletrônica” (1999: 20). Bauman torna claro que a criação de um “espaço cibernético do mundo humano” traduz-se em isolamento e indiferença, na medida em que (1999:25):

(...) em vez de homogeneizar a condição humana, a anulação tecnológica das distâncias temporais/espaciais tende a polarizá-la. Ela emancipa certos seres humanos das restrições territoriais e torna extra territoriais certos significados geradores de comunidade – ao mesmo tempo que desnuda o território no qual outras pessoas continuam confinadas, do seu significado e da sua capacidade de doar identidade. Para algumas pessoas ela augura uma liberdade sem precedentes face aos obstáculos físicos e uma capacidade inaudita de se mover e agir a distância. Para outras pressagia a impossibilidade de domesticar e se apropriar da localidade da qual tem pouca chance de se libertar para mudar-se para outro lugar.

Compreende-se, a partir do estudo de Bauman, que apesar da facilidade conquistada com o progresso tecnológico informacional, “grande parte continua separada por obstáculos físicos e distâncias temporais, separação que agora é mais impiedosa e tem efeitos psicológicos mais profundos do que nunca” (1999: 25). Para entender melhor o significado das conseqüências trazidas pelo uso desumano da tecnologia informacional, basta atentar para uma única frase do trabalho de Bauman, que diz o seguinte: “no ciberespaço, os corpos não interessam” (1999: 27). Neste sentido, percebe-se que o avanço tecnológico, apropriado pela lógica

⁵ BAUMAN, Zygmunt. Globalização: as conseqüências humanas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

do capital financeiro globalizado, ao invés de equalizar a condição humana, vem provocando cada vez mais distanciamento e disparidades sociais e culturais entre os cidadãos.

Faz-se importante frisar que, assim como observa Capra (2002)⁶, o problema principal do “sistema globalizado” não é a tecnologia, mas a política e os valores humanos que definem o uso de tal tecnologia. Capra esclarece que o sistema globalizado vem sendo realizado segundo um valor único – ganhar dinheiro por ganhar dinheiro – à exclusão de todos os outros. Assim, as máquinas vêm sendo programadas para agir segundo a “ética do lucro” em detrimento da ética solidária e humana.

Diante dessas evidências, mostra-se urgente que se instaure a *ética do debate* (Morin, 1998)⁷. Segundo Edgar Morin a regra do debate é inerente às instituições filosófica, científica e democrática. O referido autor sustenta que a ética do debate exige a primazia da argumentação e a rejeição da anatematização. A ética do debate não descarta a polêmica, mas ao contrário ela a utiliza, rejeitando todos os meios vis, todos os julgamentos de autoridade, assim como qualquer tipo de rejeição e desprezo, quaisquer insultos sobre as pessoas. Assim, a ética do debate de Morin, nos leva a refletir sobre a questão da humanização pela via do questionamento acerca de atitudes que perpassam as relações sociais no mundo contemporâneo e que revelam uma face desumana, como por exemplo: a coisificação das pessoas através de um processo de individuação e numeração burocrática (Santos, 1999) e a banalização do sofrimento humano, no atual contexto de propagação da cultura do descartável (Bauman, 1999) e do crescente contingente de seres humanos transformados em supérfluos (Arendt, 2001).

Ao entrar no debate da humanização, é preciso colocar no cerne dos nossos questionamentos a percepção sobre as diversas formas de violência que permeiam as relações na sociedade contemporânea - inclusive aquelas que por envolverem um significativo grau de dissimulação e por já estarem, de tal maneira, enraizadas e naturalizadas no nosso cotidiano, dificilmente são identificadas, ameaçando,

⁶ CAPRA, F. As conexões ocultas. Ciência para uma vida sustentável. São Paulo, Cultrix, 2002.

⁷ MORIN, Edgar. A ética do sujeito responsável. In: CARVALHO, Edgar de Assis *et alli*. “Ética, solidariedade e complexidade”. São Paulo: Palas Athena, 1998.

sobremaneira, a dignidade humana. Exemplo desta violência - infelizmente muito presente nos dias atuais - é o alheamento em relação ao outro, ou seja, a incapacidade de perceber o outro como um semelhante, um igual em orgulho e dignidade. O alheamento é uma forma de violência que leva à desqualificação do outro como ser moral (Costa, 1997). O alheamento deve ser considerado uma perigosa forma de violência, pois, despercebidamente, se instala no cotidiano, naturalizando-se e fazendo com que os sujeitos vivenciem uma situação dramática de anulação de sua existência. Sua manifestação principal é o isolamento, que se traduz na “perda de um espaço que articula os homens num mundo compartilhado de significados” (Telles, 1990: 34). A questão do alheamento nos abre uma discussão sobre a compreensão que temos do “próximo”. Quem poderíamos considerar como o nosso próximo? Para Ricoeur (1982)⁸ o próximo não é um objeto social, sobre uma eventual categoria sociológica, suscetível de definição, observação e explicação. O autor sustenta que o próximo é a própria conduta de se tornar presente. Podemos compreender assim, que o reconhecimento do outro como um próximo depende da maneira pessoal pela qual eu encontro outrem para além de toda mediação social, fazendo-me, através de atitude de reciprocidade e solidariedade o seu próximo.

É relevante levarmos em consideração que, assim como bem evidenciou Alfred Schutz ⁹ (1970), nascemos em um mundo de outros, ou seja, um mundo que não é de forma alguma o meu mundo privado, mas um mundo social e cultural intersubjetivo, compartilhado com os meus semelhantes, em síntese, um mundo comum a todos nós. É através das experiências da vida diária tecidas neste mundo – que é “pré-fabricado”, ou seja, que já existe antes da nossa entrada nele e é vivido, desde o início, como típico – que os homens constroem os significados que dão sentido a sua vida cotidiana e orientam as suas atitudes ao recorrerem à constructos do senso comum que formam o seu “estoque de conhecimentos à mão”. Neste sentido, nossas experiências são sempre compartilhadas com nossos semelhantes através do estabelecimento de relações face a face. O meu semelhante pode ser um amigo, uma pessoa da família, aquele com o qual lido

⁸ RICOEUR, Paul. História e Verdade. Rio de Janeiro: Companhia Editora Florense, 1982.

⁹ SCHUTZ, Alfred. Fenomenologia e Relações Sociais. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 1970.

cotidianamente no meu trabalho, aquele que vivencia um drama do qual eu também posso fazer parte.

Hannah Arendt (2001)¹⁰ também reforça a compreensão de que o mundo é vivido de forma intersubjetiva, quando observa que: “nenhuma vida humana, nem mesmo a vida do eremita em meio à natureza selvagem, é possível sem um mundo que direta ou indiretamente, testemunhe a presença de outros seres” (p.31). Para Arendt, viver uma vida inteiramente privada anula a condição humana, pois viver uma vida privada significa ser privado da realidade que advém do fato de ser visto e ouvido por outros.

O debate da humanização faz emergir a necessidade de garantir à palavra a sua dignidade ética (Betts, 2006). De acordo com Betts o fato de sermos dotados de linguagem torna possível para nós a construção de redes de significados, que compartilhamos em maior ou menor medida com nossos semelhantes e que nos dão certa identidade cultural. O autor ressalta que os sofrimentos humanos, as percepções de dor ou de prazer no corpo, para serem humanizadas, precisam tanto que as palavras com que o sujeito as expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro palavras de seu reconhecimento. Para Betts, sem comunicação não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e ouvir, pois as coisas no mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os nossos semelhantes. Neste sentido, ganha centralidade ético-política quando se discute o tema da humanização, a relevância de recuperar o diálogo entre as pessoas. Pegoraro (2002) nos lembra que o diálogo é a condição fundamental do agir ético. O autor observa que sem diálogo não existe ética, visto que a ética não é solipsista, não se passa diante do espelho; somos éticos em relação aos outros, face ao interlocutor.

Conforme enfatiza Arendt (1974: 34-35, apud Telles, 1990):

O diálogo (diferentemente das conversações íntimas nas quais almas individuais falam de si mesmas)... se preocupa com o mundo comum que permanece inumano num sentido muito literal, enquanto os homens não fazem dele um objeto permanente de debate. Pois o mundo não é humano por ter sido feito pelos homens e ele não se torna humano porque a voz humana aí ressoa, mas somente quando se torna objeto de diálogo. Por mais intensamente que as coisas no mundo nos afetem,

¹⁰ ARENDT, H. A Condição Humana. Rio de Janeiro: Florense Universitária, 10ª Ed., 2001.

por mais profundamente que elas possam nos emocionar e nos estimular, elas só se tornam humanas para nós quando podemos debatê-las com nossos semelhantes.

O desafio da humanização envolve, então, a sensibilização para reconhecer no “outro” um semelhante com o qual seja possível estabelecer relações mais solidárias através do diálogo compreensivo, percebendo, deste modo, que uma relação humana deve ser travada entre dois sujeitos e, não, entre um sujeito e um objeto (Ribeiro, 2006). Isto poderia nos levar a vislumbrar uma ampliação da melhor qualidade do processo comunicacional e, por conseguinte, da humanização das relações entre os sujeitos nos dias atuais.

2.2

Humanização, Serviço Social e Saúde: a ética como horizonte

“A ética está no rosto do outro que me interpela pedindo respeito”.
E. Levinas

“Não existe o eu em si (...) mas apenas o eu-tu”.
Martin Buber

A humanização não é algo que está dado na realidade dos homens. Assim, ela nunca é uma tarefa acabada, posto que os homens são seres que carregam a marca da incompletude, porquanto estão permanentemente construindo e vivendo suas relações como experiências de possibilidade. O homem não é uma essência dada pela natureza, mas uma existência temporal, relacional e potencial que é construída ao longo da vida (Pegoraro, 2002: 108). Embora condicionados, os homens são capazes, pelo exercício da consciência, de tornarem-se presença no mundo. A presença dos homens no mundo significa que estes não são partes do mundo como objetos inanimados - não apenas adaptam-se ao mundo – mas são seres potencialmente criativos, capazes de transgredir a condição de objeto da história para se tornarem sujeitos da história (Freire, 2004). As palavras de Demo (2003: 20) sustentam esta compreensão quando afirmam:

(...) em sentido específico, a vida clama por sujeito, à medida que este comparece como capaz de história própria (...) somos marcadamente limitados, mas detemos enorme potencialidade de conhecimento e aprendizagem, o que nos permite passar pela vida em parte fazendo-a, não apenas sofrendo-a.

Nesta perspectiva, a tarefa da humanização nos coloca diante do desafio de refletir sobre o nosso modo de ser e de agir na relação conosco, com os outros e com o mundo, a fim de questionarmos: “o que está acontecendo ao nosso redor?”. No campo da saúde esta reflexão parece se justificar frente à percepção da fragmentação das relações humanas, agudizadas atualmente pela crescente gravidade de fenômenos como: a violência (em suas múltiplas manifestações); a valorização da técnica e dos avanços científicos dissociados do respeito à dignidade da pessoa humana; violação do direito humano fundamental a uma assistência à saúde de qualidade, entre outros de não menor gravidade. Questões que têm origem no enraizamento de comportamentos de alheamento e indiferença em relação ao outro e as suas demandas. Cotidianamente acompanhamos pelos diversos veículos da mídia noticiários que confirmam esta situação de descaso para com a saúde da pessoa humana, sempre relegada à condição de coisa e destituída da condição de sujeito de cuidados. Conforme corroboram as palavras de Fortes (1998):

A observação diária dos meios de comunicação parece confirmar o que afirmam ser os serviços de saúde, principalmente os hospitais, instituições onde mais prevalecem infrações ao direito do cidadão. Cidadãos que, em virtude de necessidades de assistência à saúde, requerem o atendimento de instituições e profissionais, aos quais a sociedade delegou o papel de “cuidar da saúde” da pessoa humana, e que, muitas vezes, perdendo a condição de cidadania e requeridos como seres passivos, dependentes, submissos a condutas paternalistas ou autoritárias.

Neste sentido, a reflexão que se faz premente no atual contexto da saúde diz respeito, sobretudo, à necessidade de garantir o direito humano fundamental de todos os sujeitos a uma assistência à saúde orientada pela dimensão humana das relações profissionais balizadas pela promoção da autonomia, justiça e respeito à dignidade da pessoa humana. Este processo reflexivo, sobre o “dever ser” e o “poder ser” para atingir a humanização da assistência à saúde, expressa-se e fundamenta-se na ética.

A ética mostra-se, assim, como possibilidade de reflexão sobre os valores e princípios que direcionam a prática do assistente social na saúde, inserindo-se aí a dimensão da humanização como um processo de construção para a qualificação da ação profissional.

A ética como a capacidade de reflexão sobre o comportamento prático-moral dos homens em sociedade (Vásquez, 2002), nos indica a compreensão de

que não só elaboramos normas morais, mas, na possibilidade da comunicação intersubjetiva e na reciprocidade com os nossos semelhantes, somos capazes de reavaliar tais normas, a fim de reorientá-las conforme valores e princípios construtores da convivência humana justa e solidária.

A ética acena para o entendimento de que temos a capacidade não só de praticar atos, mas de refletir sobre estes, com a intenção de compreender o mundo que nos cerca e nosso modo de ser neste mundo. É por meio deste movimento reflexivo que podemos dar sentido a vida. Deste modo, o agir ético só nos é possível porque somos seres de reflexão. Não só obedecemos à normas, mas pensamos sobre estas, imprimindo, pelo movimento da consciência, uma nova dimensão as coisas e as relações humanas. Esta ação de pensar é possibilitada ao ser humano pela capacidade significativa da compreensão. Assim, a ética pode ser considerada uma questão de indagação e não do que é certo ou errado (Fortes, 1998). Na direção, a ética nos leva a compreender que a liberdade e a capacidade de questionar são estruturas ontológicas do “ser que nós sempre somos”, visto que “a existência humana se caracteriza pela capacidade de interrogação sobre o sentido da existência própria e das existências que nos cercam” (Heidegger, 1988, apud Pegoraro, 2002: 109).

A ética em seu movimento reflexivo tem sempre como norte as relações humanas. Assim como elucida Pegoraro (2005: 26) “somos éticos em relação a alguém e não porque obedecemos à normas. Não são as normas que tornam a ética objetiva, mas a pessoa e o rosto do outro”.

A primeira compreensão que nos é provocada pela reflexão ética no que tange a humanização da ação profissional do assistente social na saúde, é a de que somos seres relacionais. O sentido da existência humana se realiza não apenas na relação consigo mesmo, mas, sobretudo, na relação com os outros. Noutras palavras: é na convivência plural que se pode construir um sentido para a existência. Nenhum de nós é um ser isolado. Ao contrário, somos sempre seres de relações (Buber, 1974). Conforme escreveu Saint-Exupéry, em *Pilote de Guerre*¹¹, “o ser humano não passa de um nó de relacionamentos”. Esta compreensão é ampliada por Demo (2003: 21), quando observa que, o homem precisa comunicar-se, “para continuar vivendo precisa colaborar e receber colaboração, para

¹¹ SAINT-EXUPÉRY, Antoine de. *Pilote de Guerre*. Editions Gallimard, 1942.

desenvolver-se e amadurecer, carece deixar-se influenciar e resistir à influência, e para firmar-se como sujeito requer companhia e confronto com os outros sujeitos”.

Tecemos cotidianamente nossas relações e construímos vínculos de reciprocidades com os nossos semelhantes, seja na família, na escola, no trabalho etc. Isto nos remete a compreensão heideggeriana (1989) do ser humano como *ser-aí*, quer dizer, um ser existencialmente relacional ao revelar-se como um ser com-os-outros que convive e partilha a vida com eles. Nesta compreensão, o ser humano é um ser temporal, pois está permanentemente construindo suas relações como possibilidade de vir-a-ser. Esta temporalidade o situa como um ser histórico.

A compreensão do ser humano como um ser de relações que se cria e se re-cria num esforço cotidiano de vir-a-ser sinaliza para o assistente social a construção de um trabalho em saúde que tenha como horizonte ético a valorização das atitudes de cuidado e das relações recíprocas no diálogo com os sujeitos que buscam o direito humano fundamental a uma assistência à saúde de qualidade ética justa e solidária.

A compreensão do ser humano como um ser relacional evidencia-nos que a saúde para além de seu enfoque meramente biológico é uma questão que diz respeito ao modo como os sujeitos se relacionam consigo e com o mundo social a que pertencem (grupos, família, comunidade, sociedade mais ampla). A saúde é, assim, uma questão sócio-histórica e eminentemente ética (Sawaia, 2003). É no âmbito relacional que a saúde se concretiza e ganha sentido. Faz-se importante compreender, assim como observam Alves e Rabelo (1995: 218) que “a enfermidade também se constitui em uma experiência de caráter sociocultural que reflete um complexo interativo entre indivíduos, grupos e instituições”.

A ética como uma reflexão que se constrói tendo por referência a relação com os outros, aponta para a necessidade de compreensão por parte dos assistentes sociais de que o direito a uma saúde humanizada só pode ser alcançado através de uma atitude de reciprocidade e compromisso para com os outros. Enquanto profissional, só posso estar comprometido com a promoção da saúde do outro na medida em que me preocupo com este outro, em síntese, quando este outro me interessa, independente de quem seja e das condições em que se encontre. A ética situa-se sempre no outro, no compromisso com a sua saúde.

Deve-se observar que, embora a Constituição Federal de 1988 (*Seção II, Art. 196*) estabeleça que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado” – o que sem dúvida expressa grande conquista do avanço democrático na sociedade brasileira nos últimos tempos - isto não significa que todos os sujeitos, na concretude da realidade cotidiana, tenham, de fato, acesso a uma saúde que valorize o respeito à dignidade humana. O respeito à dignidade humana na saúde, e em qualquer outro âmbito da vida social, só pode ser alcançado através de uma permanente reflexão ética que leve em consideração o valor das pessoas como sujeitos capazes de diálogo e decisão. Pegoraro (2005) nos lembra que só podemos ser éticos na situação de reciprocidade, pois a ética não se reduz àquilo que satisfaz um interesse individual sem levar em consideração o ponto de vista dos outros. O referido autor sustenta que a fonte originária da ética é a comunicação intersubjetiva que nasce da reciprocidade da relação eu-tu-nós.

Compreendemos assim, que a ética fundamenta-se na capacidade de afetação pela presença dos outros com os quais se constroem relações. Nesta direção, Pegoraro (2005) elucida-nos que a ética não pode ser reduzida a uma questão meramente individual, sendo incorreto dizer que cada um tem a sua ética. Sobre este ponto de vista, afirma o autor (2005: 29): “Não sou ético para mim, face ao espelho; sou ético face ao rosto do outro”. Assim, a ética na ótica de Pegoraro é uma reflexão que tem como horizonte a compreensão do ser humano como um ser relacional que está sempre aberto ao mundo e aos outros, como condição da garantia de sua personalidade e convivência num corpo político como sujeito de direitos.

O horizonte ético para a humanização da prática do assistente social na saúde, emerge da reflexão acerca das experiências cotidianas com os sujeitos que demandam cuidados de saúde. Deste modo, a prática profissional torna-se ética quando, afirmando-se no princípio da sensibilidade, reconhece o direito de todos à liberdade, rumo à construção de relações mais justas e solidárias. É nesta compreensão que a humanização da ação do assistente social na saúde pode se concretizar. Neste sentido, poderíamos levantar a seguinte indagação que nos remete à ética na prática do assistente social: como pode o profissional pretender promover o direito dos sujeitos à saúde se não for capaz de, na relação com estes, afetar-se pelas suas demandas? A ética reclama uma atitude de preocupação para com o mundo e para com os outros. Neste sentido, para promover o acesso dos

sujeitos à saúde, o assistente social precisa ter como horizonte em sua prática a sensibilidade. Tê-la como norte significa que o profissional reconhece o outro como um ser capaz de sentimentos, e, portanto, o respeita, comprometendo-se com a realização de sua saúde. Este comprometimento pode dar-se tanto no âmbito dos atendimentos cotidianos que o assistente social realiza nas relações diretas com os sujeitos, como na formulação de políticas públicas de saúde.

O agir ético na saúde implica ver o sujeito não como meio, mas como fim. Isto significa que a pessoa não pode ser tratada como um mero objeto da ação profissional. Os sujeitos devem ter em qualquer atendimento profissional na assistência a saúde, a sua autonomia preservada. Conforme ressalta Fortes (1998: 40), o princípio da autonomia pressupõe:

A aceitação do pluralismo ético-social, característico do nosso tempo, é reconhecer que cada pessoa possui pontos de vista e expectativas próprias quanto ao seu destino, e que é ela que deve deliberar e tomar decisões seguindo seu próprio plano de vida e ação (...) mesmo quando estes diverjam dos valores dos profissionais e dos dominantes na sociedade.

A ética como expressão da ação do assistente social na saúde implica um permanente desalienar-se do profissional em relação aos sujeitos destituídos do direito fundamental de cuidado para com a saúde. Neste sentido, o profissional é ético quando, na relação com os sujeitos é capaz de tornar-se, pelo exercício da reflexão, comprometido com a promoção da saúde como um bem humano essencial.

A ética profissional não deve ser confundida com o cumprimento de prescrições morais. Mais do que isso, a ética na ação do assistente social na perspectiva da humanização significa uma experiência de questionamento frente à realidade. Nesta direção, a ética situa-se no confronto com aquilo que já está posto. É neste aspecto que a opção pela ética exige do assistente social um espírito indagativo, ou seja, exige que o profissional aguace a sua capacidade de perceber a realidade que o cerca com novos olhos, desvelando nela novas possibilidades em potencial. Isto significa um esforço para romper com o conformismo característico da burocracia institucional, imprimindo à ação profissional a capacidade de começar algo novo. Aqui fazem grande sentido as palavras de Arendt (2001: 191), quando sustenta: “o fato de que o homem é capaz de agir significa que se pode esperar dele o inesperado, que ele é capaz de realizar o infinitamente improvável”.

O posicionamento ético profissional como questionamento e diálogo com o mundo e com os outros, significa que o assistente social não perdeu a capacidade de sonhar com outra realidade, diferente e melhor. É preciso perceber que quando deixamos de sonhar e compartilhar nossos sonhos, os horizontes da realidade se tornam estreitos. Assim, perdemos de vista o valor de projetar, visto que só temos a possibilidade de criar projetos quando investimos na capacidade de sonhar. A valorização da utopia é, desta maneira, um aspecto essencial nas práticas humanizadas. Conforme diz Cecília Meireles em um de seus poemas “a vida só é possível reinventada”.

Neste sentido, uma prática profissional ética jamais pode acontecer na passividade, envolve o engajamento do assistente social na realidade e com a realidade, dando sentido de responsabilidade aos projetos que forja. Freire (2004: 77) nos lembra que:

Ninguém pode estar no mundo, com o mundo e com os outros de forma neutra. Não posso estar no mundo de luvas nas mãos constatando apenas. A acomodação em mim é apenas caminho para a inserção, escolha, intervenção na realidade.

O horizonte ético é sempre construído pela opção por determinados princípios e valores. Deve-se lembrar que na atualidade a profissão de Serviço Social tem como horizonte de sua ação princípios éticos – presentes no Código de Ética Profissional de 1993 - que se fazem essenciais para a construção de relações sociais mais justas e solidárias¹². Os princípios que devem nortear a prática são os seguintes:

- Reconhecimento da liberdade como valor ético central;
- Defesa intransigente dos direitos humanos;
- Defesa do aprofundamento da democracia;
- Posicionamento em favor da equidade e justiça social;
- Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito;
- Garantia do pluralismo;
- Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária;

¹² Ver: Código de Ética Profissional do Serviço Social (1993). In: Assistente Social, Ética e Direitos. Coletânea de leis e resoluções. CRESS/ RJ, 2002.

- Articulação com os movimentos de outras categorias;
- Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população;
- Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar.

É importante, no entanto, observar que a ética vai muito além do código de ética profissional. Os códigos são frutos da expressão de valores morais assumidos por um grupo profissional numa determinada temporalidade sócio-histórica. É a reflexão ética que possibilita que os códigos profissionais não se constituam em normatividades fechadas ao tempo e às mudanças sócio-históricas. Os códigos profissionais como objetos de reflexão estão permanentemente sendo reavaliados.

Deve-se ressaltar que a ética na prática profissional não se justifica pela aplicação de verdades absolutas, mas orienta-se por uma reflexão que reconhece a co-existência de uma pluralidade de sujeitos, que devem ser respeitados em seus diferentes modos de pensar, de agir e de sentir. Assim, a ética não é privilégio de um grupo, de uma profissão ou de uma instituição, mas abrange a todos os seres humanos em sua pluralidade. Além de envolver o respeito à pluralidade, a ética encontra-se sempre situada historicamente, o que torna os valores não-estáticos ao estarem inseridos num permanente movimento de vir-a-ser. Pegoraro (2005, 23-24) enriquece esta compreensão da ética quando, para diferenciá-la da moral, utiliza a metáfora do horizonte:

(...) podemos entender a ética como um horizonte, um rumo existencial que o ser humano adota para realizar sua vida. A imagem do horizonte serve muito bem como indicativo do que seja a ética: o horizonte é indefinido, ele está sempre lá adiante mas sempre nos escapa e nunca se alcança definitivamente. Sua função é apontar-nos a direção a seguir. Ele não se modifica; modificam-se os caminhos que o homem deve seguir para realizar o sentido de sua existência. Melhor ainda, não há caminhos traçados, asfaltados para chegar lá.

Entendemos, assim, que a ética é sempre um movimento de construção, aberto a novas possibilidades, realizáveis no plano da vida histórica e social. Portanto a ética é orientação da liberdade (Pegoraro, 2005).

Sendo a saúde uma questão eminentemente ética, é ela também um horizonte. A saúde na perspectiva ética não se reduz a um estado. A saúde como algo que os homens estão permanentemente buscando, é sempre um dever. Ayres (2005) reitera esta compreensão, quando clarifica que a busca pela saúde está

sempre inscrita numa condição de incompletude, pois as normas socialmente associadas à saúde, ao se deslocarem os horizontes históricos, precisarão ser reconstruídas constantemente. Entendemos deste modo, que a saúde é sempre um projeto em curso. Acreditamos que tal projeto na prática do assistente social pode ganhar grandes dimensões, quando lançando mão de seu conhecimento socialmente acumulado sobre a realidade e sensibilizando-se pelas demandas dos sujeitos, investe na abertura de espaços de encontros intersubjetivos, onde os sujeitos possam, através do diálogo democrático, projetar a sua saúde. Na perspectiva da saúde como projeto, compreende-se que, tal como sustenta Pegoraro, apoiando-se em Heidegger (2005: 52):

A pessoa aberta nunca esgota as suas possibilidades, nunca se realiza plenamente. Por tudo isso a pessoa longe de ser uma substância dada, é um pro-jeto, voltado para frente e ontologicamente finito na realização de suas possibilidades.

A dimensão ética da saúde como um projeto estabelece um novo estilo de ação dos assistentes sociais, criado pela compreensão do outro como sujeito de possibilidades. Esta compreensão pauta-se pela perspectiva de que o assistente social, como um profissional reflexivo, concebe aqueles com os quais trabalha como sujeitos que estão sempre se descobrindo, e neste descobrimento são capazes de projetar a sua saúde. Esta dimensão do “projetar a saúde”, só é possível quando o assistente social reconhece o que o outro tem a dizer. É preciso criar um vínculo com o outro através da comunicação, possibilitando que este tenha a liberdade de expressar seus sentimentos e visões de mundo. É no compartilhar do diálogo com o outro que a dimensão do “projetar a saúde” se efetiva. Assim é fundamental que, o assistente social orientado por uma atitude ética de valorização da saúde dos sujeitos, amplie os espaços de diálogo, extensivos também a relação com os demais profissionais de saúde. O diálogo como dimensão essencial da ética implica no pensamento de Pegoraro (2002: 113): “a argumentação ou a reflexão conjunta sobre o sentido e conteúdo ético de um fato (...) a argumentação não é um frio raciocínio de dedução silogista, mas é uma ampla análise existencial, passada e futura, de um fato presente”.

Nesta perspectiva, o diálogo experimentado pelo assistente social na relação com os sujeitos é um diálogo que deve levar em consideração também os sentimentos. O espaço do diálogo faz emergir um “texto”, representado pelo

contexto das relações na assistência hospitalar, que deve ser constantemente lido e interpretado pelo assistente social. Deste modo, é importante que o profissional esteja sempre atento para perceber o significado dos gestos do outro: um sorriso, um silêncio, um aperto de mão...

A valorização da ética como horizonte para a humanização da prática do assistente social na saúde aponta para a permanente construção de vínculos de reciprocidade, imprimindo à instituição saúde o sentido de comunidade. Tal como define Bauman (1999:15) comunidade remete a “‘um sentimento recíproco e vinculante’ – ‘a vontade real e própria daqueles que se unem’; é graças a esse entendimento, e somente a esse entendimento, que na comunidade as pessoas ‘permanecem essencialmente unidas a despeito de todos os fatores que as separam’”.

Pensamos então que, a reflexão ética apresenta-se como um imperativo para a qualificação da prática profissional dos assistentes sociais na saúde. Ela constitui-se num horizonte para a fundamentação da humanização da ação profissional, indicando um compromisso e uma co-responsabilidade para com as relações recíprocas e solidárias pautadas na construção da promoção da saúde como um processo relacional, que, por conseguinte, desdobra-se sempre num projeto.

2.3

Significados da instituição hospitalar: “o afastamento do outro”

“O fato é que muitas vezes nossos hospitais são desumanos, lugares onde as pessoas se sentem diminuídas, despersonalizadas, isoladas” (Martin, 2004: 32).

“Os hospitais converteram-se em amplas instituições profissionais, enfatizando mais a tecnologia e competência científicas do que o contato com o paciente” (Capra, 2002:141).

“(...) em resumo, toda instituição tem tendência de ‘fechamento’” (Goffman, 1987:16).

Problematizar o tema da humanização da assistência hospitalar demanda um esforço no sentido de compreender os principais significados que constituem a dinâmica do espaço hospitalar e as dimensões que assumem tais significados para o sujeito que o vivencia.

O hospital pode ser culturalmente representado de diversas formas. Pessini (2004: 13), por exemplo, compara os hospitais às catedrais da Idade Média:

Dentro de um hospital, como nas antigas catedrais, recapitulam-se todas as fases da vida do ser humano. O nascimento com suas festas e esperanças, as doenças, a restauração da saúde, a cura, as pesquisas na busca de novos medicamentos, as cruzadas das campanhas preventivas, as vigílias nas UTIs – as corporações ou as equipes profissionais combatendo o “inimigo” infecção, orações e meditações nos oratórios e/ou capelas, sem esquecer do silêncio e da inquietude em momentos de despedida de vida.

Historicamente, o hospital é caracterizado por constituir-se numa instituição social de isolamento, segregação e vigilância. Foucault, mostra em seus estudos sobre o nascimento do hospital (1979, 2004), que esta instituição não surge historicamente para cumprir o objetivo de instrumento terapêutico, ou seja, não se destina a curar as doenças da população. O autor evidencia, através de minuciosa análise histórica, que o hospital, antes do século XVIII, cumpria apenas o papel de prestar assistência aos pobres, com a finalidade de proteger o restante da população das possíveis ameaças de contágio.

O hospital é, nesta época, não só uma instituição de assistência, mas, principalmente, nas palavras de Foucault “uma instituição de separação e exclusão” (1979: 101). As observações de Foucault (1979: 101-102) sobre esta dinâmica hospitalar - que combina assistência e exclusão - são contundentes:

O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital. Dizia-se corretamente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer.

A instituição hospitalar era vista como necessária apenas para os doentes sem família, já que, compreendia-se nesta época, que: “o lugar natural da doença é o lugar natural da vida – a família: doçura dos cuidados espontâneos, testemunho do afeto, desejo comum da cura” (2004: 18).

Segundo a análise histórica de Foucault, a medicalização do hospital a partir do século XVIII, dá-se com o propósito de conter os perigos que esta instituição representava para a população em termos de contágio de doenças perigosas e

conseqüente desordem econômico-social. Neste sentido, destaca Foucault (2004: 19): “O hospital criador de doença, pelo domínio fechado e pestilento que representa, também o é no espaço social em que está situado. Essa separação, destinada a proteger, comunica a doença e a multiplica infinitamente”.

Desta forma, o saber médico ingressa no âmbito do hospital. E isto se faz, conforme assinala Foucault, a partir da reorganização do campo hospitalar, através da lógica do poder disciplinar. Com o objetivo de um controle maior e uma intervenção eficaz sobre a doença, foi preciso situar o doente em um espaço coletivo e homogêneo. Assim, o hospital é um novo campo de saberes orientado pela disciplina da tecnologia do poder disciplinar médico. Foucault analisa que é no hospital terapêutico que são forjadas formas de controle que têm por objetivo a “docilização” dos corpos, através de mecanismos vinculados à organização do tempo e do espaço, na forma de individualização, classificação e controle. Ao analisar o nascimento da medicina moderna e a constituição do espaço hospitalar como um espaço de produção de vigilância e poder, observa Foucault (1979: 111):

Pela disciplinarização do espaço médico, pelo fato de se poder isolar cada indivíduo, colocá-lo em um leito, prescrever-lhe um regime, etc., pretende-se chegar a uma medicina individualizante. Efetivamente, é o indivíduo que será observado, seguido, conhecido e curado. O indivíduo emerge como objeto do saber e da prática médicos. Mas, ao mesmo tempo, pelo mesmo sistema do espaço hospitalar disciplinado se pode observar grande quantidade de indivíduos. Os registros obtidos quotidianamente, quando confrontados entre os hospitais e nas diversas regiões, permitem constatar os fenômenos patológicos comuns a toda a população. O indivíduo e a população são dados simultaneamente como objetos de saber e alvos de intervenção da medicina, graças à tecnologia hospitalar.

Poderíamos considerar, nos termos de Goffman (1987), que o hospital é uma instituição total. Goffman classifica como instituições totais aquelas caracterizadas pelo “controle de muitas necessidades humanas pela organização burocrática de grupos completos de pessoas” (1987: 18)¹³. As instituições totais, assim como conceitua Goffman, envolvem o aspecto do “fechamento”, simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo. Algumas marcas

¹³ Um dos exemplos de “instituição total” citado por Goffman (1987:17), são os estabelecimentos destinados a cuidar de pessoas que são consideradas incapazes para cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça à comunidade, embora de maneira não intencional: sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais e leprosários.

deste tipo de instituição destacadas por Goffman, nos auxiliam a realizar analogias com a instituição hospitalar. Segundo o referido autor (1987: 18):

(...) nas instituições totais todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade (...) Cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto (...) Todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários (...) e toda a seqüência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários (...) As várias atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender os objetivos oficiais da instituição.

Estas características institucionais assinaladas por Goffman, revelam uma tendência à vigilância, padronização e despersonalização dos sujeitos. Segundo o autor, na experiência da internação nas instituições totais, o “eu” do sujeito é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado. A mortificação do eu, de que fala Goffman, é assinalada, entre outros aspectos, pelo afastamento do sujeito internado em relação ao mundo exterior e a perda de sua identidade pessoal, a começar pela perda do nome¹⁴, por exemplo.

No hospital, os sujeitos adoecidos, no ato da internação, tendem a vivenciar um doloroso processo de ruptura com o mundo doméstico e ingressam numa estrutura técnico-burocrática de padronização e despersonalização. Assim, a experiência de adoecimento na instituição hospitalar é marcada por envolver a destituição dos referenciais culturais e da história de vida do sujeito no momento em que este passa a integrar uma rígida rotina de alienação em relação ao próprio corpo, tornando-se objeto de controle e medicalização.

Internado, o paciente sofre uma ruptura com o seu cotidiano, desencadeadora de ‘falta de existência’, como se ele ficasse subitamente em déficit com o mundo (...) deixa de ter direitos sobre o próprio corpo e se vê separado, de modo abrupto, da vida que, dia a dia, construía e reconstruía a sua identidade (Sant’Anna, 2000 Apud Toralles et al, 2004: 01).

¹⁴ Nos hospitais, por exemplo, é comum a identificação do sujeito adoecido apenas por referência a uma numeração. Geralmente o número usado para identificar o sujeito é a junção do número do leito e o da enfermaria na qual este encontra-se internado. Em muitos casos diz-se: “como está passando o paciente 13-4”? “O estado do 13-4 piorou”.

Helman (2006) nos ajuda a compreender melhor esta dinâmica da instituição hospitalar ao descrevê-la com riqueza de detalhes. O autor observa que diferente do que ocorre no setor informal e popular, na instituição hospitalar a pessoa é separada de sua família, de seus amigos e de sua comunidade em um momento de crise pessoal. A experiência da despersonalização é vivenciada no momento em que o sujeito é submetido a um ritual padronizado, sendo transformado num “caso”, cuja referência é uma numeração. O sujeito é colocado em uma ala repleta de estranhos, onde o foco da atenção é direcionado para a sua doença, em detrimento de suas referências pessoais: ambiente doméstico, religião, relações sociais, status moral e os significados atribuídos à experiência vivenciada pelo adoecimento. Helman (2006: 87) prossegue descrevendo:

Os pacientes do mesmo sexo, mesma faixa etária e com enfermidades semelhantes muitas vezes dividem a mesma ala hospitalar. Todos são destituídos de seus suportes de identidade social e individualidade e uniformizados em pijamas, camisolas ou roupões de banho. Há perda de controle sobre o próprio corpo e sobre o próprio espaço, privacidade, comportamento e dieta pessoais, assim como o uso do próprio tempo. Os pacientes são afastados do constante apoio emocional da família e da comunidade, ficando aos cuidados de profissionais que talvez nunca tenham visto antes. Nos hospitais o relacionamento com os profissionais de saúde é caracterizado em geral por distância, formalidade, conversas rápidas e, freqüentemente, pelo emprego de jargão profissional.

Para uma melhor compreensão da dinâmica de despersonalização e isolamento que caracteriza a instituição hospitalar, deve-se atentar para o fato de que o hospital representa a principal estrutura da moderna medicina científica. O hospital é, portanto, a instituição da biomedicina por excelência. A biomedicina é uma disciplina representada pela racionalidade científica que é sustentada por uma visão objetiva e uma lógica causal, orientada pela dicotomia mente-corpo. O modelo biomédico é fruto do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico que constitui o alicerce conceptual da moderna medicina científica (Capra, 2004). Este modelo parte de uma visão reducionista e mecanicista sobre o corpo humano, negando seus aspectos subjetivos e simbólicos. Conforme nos esclarece Capra (2002:116), na visão biomédica:

O corpo humano é considerado uma máquina, que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir química ou fisicamente, para consertar o defeito de um específico mecanismo enguiçado.

O modelo biomédico, ainda hoje de grande influência na saúde hospitalar, provoca um processo de desumanização, na medida em que seus objetivos voltam-se primordialmente para a doença, desprezando, deste modo, os significados da doença vivenciados pelos sujeitos. Noutras palavras: ao se focar no funcionamento biológico do corpo, concebendo este como uma “engrenagem”, perde de vista outras dimensões essenciais que fazem parte da condição humana: as dimensões social, cultural, psicológica etc.

Apesar de ser fortemente representado pela racionalidade biomédica, o hospital é também representado por outros paradigmas. Martin (2004) aponta três paradigmas concorrentes de profissionalização da instituição hospitalar na atualidade. Para o referido autor, a consciência destes paradigmas, pode levar a compreender melhor o processo de despersonalização que ocorre em muitos hospitais e a necessidade que está se sentindo de uma renovada humanização hospitalar. O primeiro paradigma assinalado por Martin é o denominado técnico-científico e tem como valores fundamentais a aplicação do conhecimento científico e a eficiência da técnica, tendo como foco de sua intervenção a doença e sua cura. De acordo com o autor, o contexto hospitalar marcado por este paradigma tende a enfatizar e valorizar instrumentos de alta tecnologia e seus profissionais são cada vez mais especializados, o que por um lado traz benefícios no controle e tratamento das patologias, mas por outro, leva à fragmentação do saber médico e do próprio paciente. Conforme observa Martin (2004: 35):

O hospital acompanhando esta maneira de praticar a medicina, também começa a se especializar. O acidente vascular cerebral está internado em uma unidade específica do hospital, o infarto do miocárdio em outra, a fratura do fêmur em outra, e assim vai. Os pacientes são identificados por patologia e número do leito, seus nomes em desuso. Em nome de uma medicina mais científica e eficiente, o corpo e o saber sobre o corpo são fragmentados, o paciente, despersonalizado.

O segundo paradigma destacado por Martin é o paradigma comercial-empresarial do hospital. De acordo com o autor, este paradigma, que teve significativa expansão nas últimas décadas no Brasil, prioriza a doença em nome da geração de lucro. Martin chama a atenção para o fato de que este modelo empresarial de administração hospitalar começa a se implantar mesmo no sistema estatal de assistência à saúde. Isto é caracterizado pela precarização dos hospitais públicos e a expansão desenfreada dos planos de saúde. Martin analisa que neste

paradigma hospitalar, o fator determinante não é a enfermidade da pessoa e a sua necessidade de ser tratada, mais sim a importância dos valores econômicos para o seu tratamento: “se possui os recursos financeiros adequados, o tratamento pode até ser de primeira qualidade, mas se não o possui, nem entra no estabelecimento” (p. 36).

O terceiro e último paradigma apontado por Martin é o benigno-humanitário do hospital. Este paradigma hospitalar é definido por envolver como valor fundacional a dignidade do ser humano e o respeito pelos direitos humanos. Para este paradigma, a pessoa humana deve ser considerada em primeiro lugar, sua dignidade, sua liberdade e seu bem estar são todos valores ponderados na relação entre o doente e o profissional de saúde. Deste modo, os interesses científicos devem ser subordinados sempre aos interesses da pessoa. As questões científicas e econômicas devem estar a serviço do ser humano e não o contrário. Para Martin este paradigma hospitalar é o que melhor acolhe a definição de saúde como bem estar, enquanto os outros dois favorecem a definição da saúde como ausência de doença.

2.4

A Humanização como Política Pública de Saúde

Atualmente o tema da humanização vem se publicizando e sendo amplamente debatido no campo da saúde. A questão da humanização desponta, assim, como aspecto fundamental nas Políticas Públicas de Saúde. Este fato é percebido, principalmente, a partir do advento da Política Nacional de Humanização dos Serviços de Saúde (MS, 2004)¹⁵, que traz à baila a importância de uma maior sensibilização dos profissionais e autoridades da saúde, a nível nacional, para o tema da humanização. Reforça-se, desta maneira, a priorização do tema da humanização como aspecto fundamental a ser contemplado nas políticas de saúde. Conforme salienta Ayres (2005), o conceito de humanização passa a

¹⁵ Deve-se observar que a Política Nacional de Humanização foi precedida pela criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar criado em 2000. Assim, no ano de 2004, o Programa é substituído por uma perspectiva transversal, constituindo uma política de assistência e não mais um programa específico, intitulada “Humaniza SUS”.

ocupar um lugar de destaque nas propostas de reconstrução das práticas de saúde no Brasil, no sentido de sua maior integralidade, efetividade e acesso.

Sob o polissêmico conceito de humanização, vêm sendo discutidas questões que dizem respeito à democratização e qualidade da atenção à saúde prestada no Sistema Único de Saúde (SUS), dentre as quais ganha destaque a sensibilização nas relações entre os profissionais e os usuários. Deste modo, almeja-se - com o reconhecimento de uma maior sensibilidade diante do sofrimento provocado pelo processo saúde-doença - que os sujeitos e seus familiares tenham o direito a um atendimento profissional acolhedor, respeitando-se a relevância da dimensão afetiva nos encontros realizados no âmbito da atenção à saúde.

Neste sentido, muito se tem discutido acerca da possibilidade de os profissionais construírem estratégias que favoreçam a realização de um trabalho mais “humanizado” na assistência hospitalar, já que a emergência da Política Nacional de Humanização propõe o repensar sobre as relações entre profissionais e os sujeitos participantes dos programas de saúde. Busca-se, deste modo, incentivar nas relações construídas entre profissionais e sujeitos participantes dos programas de saúde atitudes recíprocas de respeito dos valores subjetivos e promoção da autonomia.

Vários autores que vêm se dedicando à contribuir com o debate da humanização da assistência à saúde (Minayo, 2004; Ayres, 2004; Deslandes, 2004; Caprara & Rodrigues, 2004) têm apontado para a necessidade de que os profissionais revejam suas atitudes e concepções ainda muito centradas em um enfoque biomédico, fruto da racionalização da medicina moderna. Com isso, busca-se conceber o processo de humanização da atenção à saúde como um processo de ampliação do diálogo – entre profissionais, sujeitos participantes dos programas de saúde e equipe - que estimule uma crescente integração entre as finalidades técnicas do trabalho e a valorização da construção de vínculos de afetividade, responsabilidade e solidariedade.

É importante ressaltar que a Política Nacional de Humanização surge como resposta à insatisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no que diz respeito, sobretudo, aos aspectos de relacionamento com os profissionais da saúde.

O objetivo fundamental da Política de Humanização é o de aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários e profissionais (*campo das interações*

face-a-face) e entre hospital e comunidade, visando a melhoria da qualidade e a eficácia dos serviços prestados por estas instituições (Deslandes, 2004).

Segundo pesquisas do Ministério da Saúde junto aos usuários do SUS, o avanço científico, a utilização de sofisticados aparelhos de diagnóstico, técnicas cirúrgicas avançadas e desenvolvimento de ações preventivas não estavam sendo acompanhados de um atendimento humanizado (Pessini e Bertachini, 2004).

Deslandes (2004: 09) ao analisar o documento oficial do Programa de Humanização (MS, 2000) observa que este inicia a sua argumentação a partir de um diagnóstico de insatisfação dos usuários do SUS, que diz respeito, sobretudo, aos aspectos de relacionamento com os profissionais de saúde. A autora sustenta que esta avaliação ratifica o imaginário social e a opinião pública, ao confirmar que, em “número significativo”, não só seriam precárias, mas desrespeitosas e mesmo violentos os cuidados dispensados nos serviços públicos de saúde. Vejamos um trecho do documento do Ministério da Saúde analisado por Deslandes (2004: 09):

(...) Na avaliação do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegaram a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaços nos hospitais, a falta de medicamentos.

A Política de Humanização visa atravessar as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, tendo como um de seus principais princípios norteadores, a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção à saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos dos cidadãos.

A Política Nacional de Humanização dos Serviços de Saúde tem como proposta reduzir as dificuldades encontradas durante o tratamento, favorecendo a recuperação da comunicação entre a equipe de profissionais de saúde e os usuários, incluindo a família, diante do momento de fragilidade emocional do usuário.

A Política Nacional de Humanização entende a humanização como: “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde”. Os valores que norteiam esta política são: “a autonomia e o protagonismo dos sujeitos; a co-responsabilidade entre eles; o estabelecimento de vínculos solidários; a participação coletiva nos processos de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão” (MS, 2004).

Deve-se considerar como um marco importante para a introdução do tema da humanização nas discussões acerca da qualidade da assistência à saúde, a 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000, sob o título: “*acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social*”. É importante observar que a partir deste evento e da regulamentação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar pelo Ministério da Saúde em 2000, a questão da humanização ganha um novo status, contribuindo de forma imprescindível para legitimidade pública da questão, dando origem em 2004 à Política Nacional de Humanização dos Serviços de Saúde.

Segundo Deslandes (2004: 13) a proposta de humanização constitui-se numa política bastante singular se comparada a outras do setor, pois se destina promover uma nova cultura de atendimento à saúde. A autora defende que apesar da polissemia do conceito de humanização da assistência e da amplitude possível das práticas que se auto-intitulam como humanizadas, a Política de Humanização pode propiciar uma contribuição para a melhoria da qualidade da atenção prestada, podendo significar um novo modelo de comunicação entre profissionais e pacientes, levando a vislumbrar-se novas práticas cuidadoras.

Atualmente surgem, com o movimento de humanização, diversas propostas específicas de humanização no campo da assistência hospitalar, tais como, por exemplo, o Programa de Humanização do Parto; O Método Canguru; Maternidade Segura; Saúde da Família e algumas iniciativas no campo dos Cuidados Paliativos¹⁶.

Um outro exemplo significativo de iniciativa na área da saúde que faz referência à humanização da assistência é a criação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (MS, 2006), que foi elaborada pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Comissão Intergestora Tripartite, e lançada recentemente (30/ 06/ 2006). A Carta dos Direitos dos Usuários da saúde se baseia em seis princípios básicos de cidadania, dentre os quais o que diz que:

¹⁶ Segundo a Organização Mundial da Saúde: “Cuidados Paliativos consistem na abordagem para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, no enfrentamento de doenças que oferecem risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Isto significa a identificação precoce e o tratamento da dor e outros sintomas de ordem física, psicossocial e espiritual” (In: site do Instituto Nacional do Câncer: www.inca.org.br). Capturado em: 05/ 10/ 2005.

“todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação”¹⁷.

A implementação da Política Nacional de Humanização dos Serviços de Saúde aponta para a necessidade de reflexão sobre a prática dos profissionais da saúde, evidenciando que a eficácia de um sistema tão avançado como é o do SUS, depende também da qualificação dos recursos humanos e da valorização dos usuários como sujeitos participativos e que devem ser respeitados nas suas diferenças através de um atendimento acolhedor, compreensivo e de qualidade. Segundo Benevides e Passos (2005), colocar na agenda da saúde o tema da humanização é reativar o movimento constituinte do SUS.

Neste sentido, podemos afirmar que o debate acerca da “humanização” trata-se de uma questão social pública, que vem reivindicar uma maior visibilidade dos sujeitos e, conseqüentemente, de suas queixas, anseios e necessidades - que já não podem mais ser tratados como meros objetos da intervenção disciplinar, mas sim com respeito e dignidade inerentes a sua condição de cidadão de direitos e deveres e, por que não dizer, à sua própria condição humana. Neste sentido, a humanização como Política de Saúde aponta para abertura de um diálogo reflexivo que contemple a importância do aprimoramento das relações que são tecidas cotidianamente no cenário da assistência hospitalar, com o propósito de ultrapassar as concepções tradicionais de saúde apenas centradas na doença e no seu processo bioquímico, para incorporar e investir na relação entre profissionais e sujeitos adoecidos, buscando-se, neste processo relacional de construção de vínculos solidários, a compreensão dos significados que o processo saúde-doença assume para estes últimos e seus familiares.

¹⁷ Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Brasil: Ministério da Saúde, 2006. In: www.saude.gov.br . Capturado em: 22/07/2006.