

3

Pensando a Humanização da Prática Profissional do Assistente Social na Assistência Hospitalar

"As pessoas sem imaginação podem ter tido as mais imprevistas aventuras, podem ter visitado as terras mais estranhas... Nada lhes ficou. Nada lhes sobrou. Uma vida não basta apenas ser vivida: também precisa ser sonhada".

(Mário Quintana)

"O homem deve ser inventado todos os dias" ¹⁸
(Sartre)

3.1

O Serviço Social no campo da assistência hospitalar

Antes de tudo, é preciso sinalizar a relativa escassez de reflexões na literatura especializada, sobre a questão das relações entre assistentes sociais e sujeitos que vivenciam o processo saúde-doença no âmbito da assistência hospitalar. Neste sentido, faz-se necessário expressar que, apesar de o Serviço Social ser uma profissão em que historicamente a maioria dos seus profissionais ocupa o campo da saúde (Bravo e Matos, 2004), ao recorrermos à pesquisa bibliográfica em busca de trabalhos que problematizem a dimensão simbólica da ação profissional e suas implicações ético-políticas, ainda nos deparamos com a carência de autores que se dediquem ao trato teórico de tal questão. Este fato, em parte, pode ser compreendido se levarmos em consideração, conforme observa Veloso (1995: 31), que:

(...) a produção literária pós década de 1980, ainda que inegavelmente rica e imprescindível à formação profissional, incorre numa perspectiva de incompletude, na medida em que trata de forma periférica e secundária o debate sobre o processo interventivo do Serviço Social.

Bravo e Matos (2004: 34) reiteram as palavras de Veloso quando observam que:

(...) Se o Serviço Social cresceu na busca de fundamentação e consolidação teórica, poucas mudanças consegue apresentar na intervenção. Sem dúvida, para se avançar hoje na profissão, se faz necessário recuperar as lacunas da década de 80. E a intervenção é uma prioridade (...) Este fato repercute na atuação do Serviço Social na área da saúde – o maior campo de trabalho.

Costa (2000)¹⁹ buscou identificar a forma como se dá a participação dos assistentes sociais nos processos de trabalho desenvolvidos no campo da saúde. Buscaremos aqui nos deter, com maior ênfase, nas observações da autora acerca da forma como se configura o trabalho dos assistentes sociais no campo específico da assistência hospitalar, já que esta área específica e a compreensão de suas particularidades é o foco do nosso interesse.

Segundo Costa (2000:46), o conjunto de atividades desenvolvidas pelo Serviço Social nos serviços de saúde é direcionado por meio dos seguintes núcleos de objetivação: 1) levantamento de dados para a caracterização e identificação das condições sócio-econômicas dos usuários; 2) interpretação de normas e rotinas; procedimentos de natureza educativa como orientação e encaminhamentos individuais e coletivos; 3) agenciamento de medidas e iniciativas de caráter emergencial²⁰; 4) desenvolvimento de atividades de apoio pedagógico e técnico político junto aos funcionários, aos representantes dos usuários no sistema e a comunidade de usuários.

Ao abordar a realização destas rotinas de trabalho empreendidas pelos assistentes sociais que atuam no contexto da saúde, Costa evidencia que o cotidiano destes profissionais é significativamente marcado pelo constante contato

¹⁸ Citação extraída de: PENHA, João da. O que é existencialismo. Coleção primeiros passos, 61. São Paulo: Brasiliense, 2004. p. 46.

¹⁹ COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais. In: Serviço Social & Sociedade. nº 62. São Paulo: Cortez, 2000.

No referido texto, a autora apresenta os resultados da pesquisa que realizou junto aos serviços públicos de saúde, em Natal (RN), e que foram trabalhados originalmente em sua dissertação de mestrado, intitulada: *“Os elos invisíveis do processo de trabalho no Sistema Único de Saúde: um estudo sobre as particularidades do trabalho dos assistentes sociais na área da saúde pública de Natal”*.

²⁰ A autora classifica como ações de caráter emergencial as que *“se expressam nas atividades voltadas para a agilização de internamentos, exames, consultas (extras), tratamentos, obtenção de transporte, medicamento, próteses, sangue, alimentos, roupa, abrigo etc.”* (2000: 45).

com a população, apesar de ser bastante mediado pela aplicação de tarefas disciplinares. No ambulatório, por exemplo, assim como observa a referida autora, o assistente social é o profissional que faz o primeiro contato/ atendimento com os pacientes encaminhados para as diversas clínicas especializadas.

Conforme destaca Costa, a primeira etapa do processo de atendimento realizado pelo Serviço Social nos serviços de saúde, refere-se à aplicação de instrumentos como: entrevista, ficha ou questionário para a obtenção de dados pessoais, constituindo esta ação um conjunto de procedimentos e normas relativos ao internamento do paciente. Segundo a autora, esta prática se dá a partir do encaminhamento dos médicos de plantão, quando da autorização de um internamento. Costa enfatiza que, geralmente, não só o médico, mas também os demais profissionais da equipe reiteram o encaminhamento da família e/ou responsável para o setor do Serviço Social.

O trabalho do Serviço Social no hospital acaba desempenhando um papel funcional para a instituição, na medida em que suas atividades relacionam-se, principalmente, com a necessidade de agilizar iniciativas e providências: realização de exames, aquisição de medicamentos, alta, liberação de leitos etc. De acordo com Costa (2000: 52): “a dinâmica de funcionamento dos serviços dentro do modelo estabelecido, e no ajustamento do usuário às normas estabelecidas, torna-se objeto da ação profissional”.

Costa observa que, o Serviço Social também desenvolve junto à equipe profissional, trabalhos de grupo, com o objetivo terapêutico e de mobilizar o grupo de referência familiar para colaborar no sucesso do tratamento. Os cumprimentos de tarefas disciplinares de interpretação de normas e rotinas, também fazem parte do cotidiano de trabalho dos assistentes sociais: cumprimento de horários e duração das visitas; o número de visitantes permitidos para cada paciente internado; os comportamentos a serem adotados durante as visitas e, até mesmo, atitudes e comportamentos do paciente e da família pós alta médica etc. Costa assinala que, além de interpretar normas, o assistente social também é convocado para a sua elaboração a partir das exigências institucionais. Neste sentido, a autora (2000: 52) destaca que:

Esse conjunto de atividades origina-se, de um lado, da rigidez das normas e da própria natureza do sistema de saúde, ao requisitar comportamentos, cuidados e precauções especiais para a circulação do paciente e dos seus familiares e visitantes

no interior das unidades, por outro lado, de um conjunto de situações que se relacionam com o grave quadro de exclusão social, cultural e educacional a que está submetida a população usuária do SUS, a ponto de comprometer a própria capacidade da população de decodificar normas e rotinas que poderiam ser repassadas por outros meios.

Costa aponta que os assistentes sociais, em todos os tipos de fases de atendimento e acompanhamento (individual ou coletivo) nos serviços de saúde, realizam ações voltadas para a “educação em saúde”, por meio de orientação e encaminhamento. Geralmente os profissionais voltam-se para a orientação sobre os cuidados a serem tomados durante a visita, prevenindo comportamentos que possam comprometer o estado de saúde do paciente, bem como conduta pós-alta: orientação em relação ao uso de medicamentos, higiene e precauções para evitar o contágio ou reincidência da doença. Os assistentes sociais também costumam orientar os pacientes acerca dos prazos e a importância de retorno para avaliação e esclarecimento sobre as unidades de referência que devem ser procuradas para continuar o tratamento. O Serviço Social providencia também requisições emergenciais, como, por exemplo, a liberação de transporte para os pacientes.

Vasconcelos (2006) em seu estudo sobre a prática do Serviço Social na saúde²¹, considera que três demandas de trabalho historicamente dirigidas, principalmente, aos assistentes sociais, devem ser destacadas: demanda por alta, remoção de paciente e por participação na comunicação ou comunicação de óbito. De acordo com a autora, essas demandas dirigidas ao Serviço Social sempre causaram controvérsias no interior da categoria profissional em função de seu componente burocrático.

O estudo realizado por Vasconcelos evidencia que na maior parte das instituições pesquisadas, após a liberação do paciente pelo médico, o processo de alta é todo encaminhado pelo Serviço Social. Neste processo, o assistente social entra em contato e prepara a família para receber o paciente em casa; realiza orientação sobre a continuação do tratamento; toma providências relacionadas ao transporte do paciente para casa. Segundo aponta a autora, são raros os casos em que o Serviço Social só localiza a família para que esta venha a ser informada da alta de seu paciente pelo o médico.

²¹ VASCONCELOS, A. M. de. A prática do Serviço Social. Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2006.

Vasconcelos (2006: 174) observa que, segundo a resolução nº 49/ 96 de 10. 05. 1996, do Conselho Regional de Assistentes Sociais, 7ª Região - relativamente recente e ainda pouco conhecida pelos assistentes sociais - a comunicação do óbito não é competência do Serviço Social, sendo esta atribuição dada ao médico em decorrência de complementação das ações prestadas. Contudo, a autora chama a atenção para o fato de que, diante desta resolução - conforme enfatizaram muitos dos assistentes sociais que participaram de sua pesquisa – a família do sujeito falecido acaba não tendo acesso a um atendimento de qualidade no momento da comunicação do óbito, visto que a participação do assistente social neste momento pode fazer diferença em termo de apoio e orientação. Vasconcelos esclarece que, conforme prevê a resolução, o assistente social não tem o dever de participar da comunicação de óbito de sujeitos que não tenham sido atendidos pelo Serviço Social. Segundo a opinião de vários profissionais entrevistados pela autora, a não participação do Serviço Social no momento da comunicação do óbito pode resultar em prejuízo para a família, que enfrenta várias dificuldades e abusos, não só no tocante a forma de recebimento da notícia do falecimento, mas principalmente, no que se refere ao sepultamento, seguro acidente etc.

Sobre a atribuição do Serviço Social na saúde, Vasconcelos (2006: 75) destaca também outra resolução do Conselho Regional de Assistentes Sociais, 7ª Região, sob o nº 68/ 97, promulgada em 05. 11. 97. Esta resolução define as competências do Serviço Social no processo de alta e remoção das unidades de saúde. Segundo tal resolução, a participação do Serviço Social na remoção, deve se dar somente como consequência da alta hospitalar. A remoção diz respeito à ida do paciente para casa ou para asilamento a partir de uma solicitação do Serviço Social, não considerando a participação deste profissional na remoção do paciente para outra unidade de saúde.

3.2

Para além da rotina burocrática: buscando fundamentação para a humanização das ações dos assistentes sociais na assistência hospitalar

Consideramos importante mapear, de forma breve, as atividades e rotinas historicamente desenvolvidas pelos assistentes sociais inseridos no campo da assistência hospitalar, como forma de compreender a própria dinâmica de suas ações e os seus possíveis significados. Contudo, devemos observar que, na nossa ótica, o que define a qualidade da ação profissional e a sua humanização, não é, de forma algum, a sua organização burocrática por si só, mas os princípios ético-políticos e os valores humanos que a orientam, definindo o modo como o profissional, no cotidiano de seu trabalho, constrói suas relações. À ação profissional que se quer humanizada, impõe-se a autenticidade da competência ético-política.

A postura ético-política nos coloca frente ao desafio de construção de um processo reflexivo acerca dos princípios, valores, direitos e deveres que devem nortear as práticas sociais, tendo em vista a ampliação das relações humanizadas. Assim, a humanização é antes de tudo uma atitude reflexiva que é tomada diante do mundo, da realidade, da existência. A atitude de humanização é, deste modo, um desafio histórico.

Assim, pensamos que é, sobretudo, o posicionamento ético-político que define a humanização e a qualidade da relação entre os sujeitos no processo de co-produção da saúde. Nesta leitura, reside a compreensão de que: “a experiência com o mundo social ocorre como a orientação em direção ao outro, a relação que se constrói entre o eu e o tu, o que compreende a relação do nós” (Kern, 2003: 48). Ou seja, a relação estabelecida entre assistentes sociais e os sujeitos que vivenciam o processo saúde-doença deve estar alicerçada por atitudes de reciprocidade, isto quer dizer, uma relação que só ganha sentido num permanente “ser-com-os-outros” orientado pela consideração, respeito, afetividade, paciência e esperança. Deste modo, a humanização da ação profissional, para além da objetivação de tarefas, envolve a reflexão crítica acerca do modo como o assistente social percebe e se relaciona com os sujeitos com os quais e para os quais trabalha, permitindo, neste movimento, a compreensão de sua singularidade através do desvelamento dos significados da sua vivência intencional,

favorecendo, deste modo, a sua valorização como pessoa-sujeito e, por conseguinte, o seu fortalecimento humano-social.

Neste sentido, a construção de relações mais humanizadas, reclama, inexoravelmente, a opção por princípios e valores que concebam o “Outro” como um semelhante, ou seja, um sujeito social capaz de engajar-se de forma livre e consciente - um igual em orgulho e dignidade (Caponi, 2000). Dentre os valores que privilegiam esta compreensão, pautada no princípio da autonomia e da construção do fortalecimento humano-social, destacam-se: a solidariedade; a compreensão; a horizontalidade; a valorização da autodeterminação; a reciprocidade; o acolhimento; a valorização dos vínculos afetivos; o posicionamento em favor da pluralidade humana e da igualdade de direitos etc.

Deste modo, concordamos com Sodré (2005: 145) quando entende que (...) “fazer saúde é muito mais que objetivar relações sociais, pois as mesmas relações são também subjetivas”. Nesta direção, acreditamos que, a compreensão das relações entre profissionais do Serviço Social e os sujeitos que vivenciam o processo de adoecimento no contexto da assistência hospitalar e seus familiares precisa ser ampliada, de modo a envolver o aprimoramento do processo intersubjetivo. Para tanto, mostra-se relevante tomarmos consciência de que:

A relação entre os cidadãos trabalhadores de saúde e os cidadãos que buscam atendimento não é uma interação mecânica entre “usuários” (utilizadores) e agentes (utilizados). É um relacionamento de troca, participação, co-produção. Os cidadãos que buscam atendimento são parte integrante das ações de saúde, às quais têm direito constitucional e humano (Mariotti, 2002: 22).

Assim, entendemos que a humanização da ação profissional exige do assistente social a abertura às demandas dos outros, no sentido de valorização de sua condição de sujeito na relação de construção de uma saúde co-participativa.

3.3

Construindo algumas categorias para problematizar a humanização da ação profissional

É preciso levar em conta que o conceito de humanização, conforme já apontado por diversos autores (Deslandes, 2004; Boaretto, 2004; Barembliitt, 2006; Cembranelli, 2006), é caracterizado por ser amplamente polissêmico. O

significado atribuído a este conceito pode ser comumente justificado das mais diversas maneiras. Pode estar relacionado desde o “ser bom com o outro”, - representação esta, profundamente enraizada no senso comum - passando por valores de ordem religiosa, ações filantrópicas motivadas pela compaixão, até a legitimidade de ações de cunho paternalista. O caráter polissêmico do conceito torna-se problemático ao assumir interpretações de diversos matizes e influências ideológicas. Desta forma, tendo em vista a problemática da plasticidade e polissemia do conceito de humanização, consideramos que apresenta-se como uma tarefa imprescindível ao nosso estudo, fundamentar a compreensão acerca das ações que estamos concebendo como “humanizadas”. Com este intuito, empreenderemos um esforço crítico-reflexivo no sentido de apresentar e problematizar algumas categorias que pensamos ser importantes para a construção de “ações humanizadas” dos assistentes sociais no contexto da assistência hospitalar.

Ao trazer à luz da reflexão o conteúdo epistemológico de tais categorias, temos como propósito traçar um horizonte ético-político direcionado por uma visão de homem e de mundo do assistente social, que priorize a liberdade como valor ético central (Código de Ética Profissional, 1993), bem como, atitudes referentes à reciprocidade; ao respeito à singularidade e à pluralidade humana; à valorização da autodeterminação e da sensibilidade no lidar com o outro, tendo em vista a promoção do processo de fortalecimento humano-social e a conquista da autonomia.

As categorias que apresentaremos não se esgotam em si, quer dizer, não se encerram no seu caráter meramente abstrato, mas sinalizam para o desafio ético-político de construção de uma práxis engajada e comprometida com a promoção da autonomia dos sujeitos concretos que vivenciam a essencialidade do processo saúde-doença. Tais categorias, aqui abordadas, têm por intenção expressar a humanização como uma atitude ética que se traduz na idéia da capacidade de construção de um espaço profissional intersubjetivo permeado pela abertura à sensibilidade frente às demandas dos sujeitos. Implica desta forma, um agir reflexivo solícito ao ponto de vista do outro.

Neste sentido, as categorias que elegemos para a reflexão, apresentam como eixo central de preocupação uma compreensão do exercício profissional no cotidiano da assistência hospitalar que transcende o seu caráter objetivante e

normativo. Desta forma, buscamos realizar um movimento crítico-reflexivo da ação profissional que a contemple como uma atividade ético-político-pedagógica que carrega como marca essencial e condição de sua criticidade e criatividade, o seu *inacabado*. Noutras palavras: a prática profissional do assistente social não está dada, pronta, acabada, mas se estabelece num permanente movimento de construção intersubjetiva entre o assistente social e os sujeitos para os quais e com os quais atua cotidianamente. Conforme sintetiza a Professora Ilda Lopes Rodrigues da Silva em um artigo seu: “O espaço de trabalho do Serviço Social na Saúde é um espaço a ser conquistado”²².

Freire (2004) nos ensina que, o inacabamento do ser ou sua inconclusão é próprio da experiência humana. O inacabamento é assim porque o homem é o único ser que tem a capacidade de entender e de se comunicar, num permanente estar-sendo. A condição de estar-sendo do homem no mundo lhe permite não ser apenas objeto, mas sujeito de sua própria história, rompendo, desta forma, com quaisquer determinismos. Segundo Freire (2004: 55): (...) “a inconclusão que se reconhece a si mesma implica necessariamente a inserção do sujeito inacabado num permanente processo social de busca”.

Neste sentido, a relação Homem-Mundo é sempre uma relação histórica, situada numa determinada realidade cultural impregnada por um movimento contínuo de “estar-sendo” e de “vir-a-ser”.

Com o intuito de refletir sobre a humanização da prática do assistente social na assistência hospitalar, abordaremos a seguir quatro categoriais que consideramos essenciais para a construção de uma ação profissional que se quer humanizada, são elas: Diálogo, Acolhimento, Encontro e Cuidado. Consideramos que estas categorias não existem na ação profissional de forma dissociada, pois estão estreitamente entrelaçadas no movimento da ação compreensiva. Na verdade, elas integram a própria visão compreensiva. No entanto, aqui, por efeito de organização e para facilitar uma melhor apreensão da nossa exposição, as apresentaremos de maneira separada, em tópicos.

²² SILVA, Ilda L. R. da. Serviço Social e Saúde: um espaço a ser conquistado. Debates Sociais, RJ, Nº 32, ANO XVII, 1º Semestre de 1981.

3.3.1

O Diálogo como valorização da palavra

(...) "Existir humanamente é pronunciar o mundo, é modificá-lo. O mundo pronunciado, por sua vez, se volta problematizado aos sujeitos pronunciantes, a exigir deles novo pronunciar" (Freire, 1978: 92).

"A efêmera grandeza da palavra pode durar sobre o mundo na medida em que se lhe confere beleza. Sem a beleza, isto é, a radiante glória na qual a imortalidade potencial é manifestada no mundo humano, toda a vida humana seria fútil e nenhuma grandeza poderia perdurar" (Arendt, 2005: 272).

A prática do assistente social no espaço da assistência hospitalar não é uma prática isolada. O exercício profissional neste âmbito se dá num co-existir de pessoas. Pessoas que dividem um mesmo setor do tempo e do espaço e que estão em permanente processo de intercâmbio intersubjetivo através do estabelecimento de relações face a face (Schutz, 1979), cada qual com a sua singularidade e, ao mesmo tempo, fazendo parte de uma pluralidade humana (Arendt, 2001).

O diálogo é, assim, a base de toda experiência intersubjetiva do ser-no-mundo. Esta co-existência exige o ato de comunicar-se, o que faz de nós, seres humanos, seres do diálogo. É a partir do diálogo, mediatizado pela expressão da linguagem, que podemos dar sentido a nossa experiência, revelando o nosso modo de existir na relação com o mundo e com os outros.

A noção de que a existência humana só faz sentido quando é compartilhada intersubjetivamente nos remete, desta forma, a compreensão ontológica fundamental de que o homem é um ser de relações (Buber, 1974).

Deste modo, não poderíamos pensar numa prática humanizada que não envolva minimamente uma compreensão do diálogo, como exigência fundamental de abertura ao mundo e aos outros. O diálogo é uma exigência existencial humanizante e humanizadora (Gomes, 1987). Conforme corrobora Arendt (2001), as coisas no mundo só se tornam humanas quando podem ser dialogadas com os nossos semelhantes.

Privilegiar o diálogo na ação profissional significa reconhecer que:

(...) Ao contrário do passado, em que decisões sobre o tratamento eram exclusivas da equipe de saúde, hoje, estimula-se que os usuários do sistema de saúde participem da tomada de decisões, especialmente daquelas consideradas centrais à existência humana (...) (Diniz e Costa, 2004:122).

Resgatar a dimensão do diálogo na relação profissional implica assumir a postura ética de enxergar no outro um sujeito capaz de comunicar-se de forma horizontal. Significa reconhecer que a prática profissional não pode preceder este sujeito, mas é construída com ele (Kern, 2003). O diálogo é, então, uma abertura recíproca que possibilita a capacidade dos sujeitos de entender no ato da comunicação, visando produzir a compreensão do que é comunicado. Freire (2004: 38) sustenta que: “não há inteligibilidade que não seja comunicação e intercomunicação que não se funde na dialogicidade”.

Silva (1981: 52) defende que o diálogo na saúde “contrapõe-se como provocação de presença, colaboração, questionamento. Provoca o desenvolvimento da ‘capacitação social’, ou seja, de uma coragem de ser participante, tanto para o sujeito quanto para qualquer membro da equipe”.

Nesta perspectiva, a dialogicidade nos possibilita a compreensão da existência do outro e da sua valorização como pessoa-sujeito, na medida em que é direcionada pela apreensão do seu próprio vivido, ou seja, da sua própria presença no mundo. Este esforço de compreensão do outro, que deve dar-se na intercomunicação, é o que Freire chama de “leitura do mundo”. De acordo com o referido autor, a leitura do mundo precede sempre a leitura da palavra. Este movimento deve sempre ser guiado pelo clima de respeito que nasce das relações justas, sérias, humildes e generosas. Nesta relação espaço-tempo, o profissional deve também estar sempre atento às leituras que os outros fazem de suas atividades com ele, bem como estar atento para compreender os significados de seus gestos: um silêncio, um sorriso...

Na medida em que o diálogo valoriza a expressão da linguagem, ele possibilita o exercício privilegiado da capacidade reflexiva, evidenciando sempre uma dimensão nova, de descoberta. Conforme observa Chauí (2003: 155):

A linguagem tem a capacidade especial de nos fazer pensar enquanto falamos e ouvimos, de nos levar a compreender nossos próprios pensamentos tanto quanto os dos outros que falam conosco. As palavras nos fazem pensar e nos dão o que pensar porque se referem a significados, tanto os já conhecidos por outros, bem como os que não conhecíamos e que descobrimos por estarmos conversando.

Saber dialogar é também saber escutar. Freire (2004) nos lembra que é escutando que aprendemos a falar com os outros. Neste sentido, a escuta atenta e crítica é a condição do falar com o outro. O autor nos esclarece que “*falar a*” é

diferente de “*falar com*” (Grifos nossos). No primeiro caso, trata-se de uma fala de cima para baixo, onde se está apenas comunicando o enunciado de uma fala para outrem. No segundo caso, impõe-se a quem comunica a disponibilidade de escutar o que o outro tem a dizer, assumindo-se aí uma relação horizontal.

Vejamos o que nos diz o autor sobre o ato de escutar (2004: 119):

Escutar é obviamente algo que vai além da capacidade auditiva de cada um. Escutar, no sentido aqui discutido, significa a disponibilidade permanente por parte do sujeito que escuta para a abertura a fala do outro, ao gesto do outro, às diferenças do outro. Isso não quer dizer, evidentemente, que a escuta exija de quem realmente escuta sua redução ao outro que fala. Isso não seria escuta, mas auto-anulação.

Deste modo, saber escutar é uma atitude fundamental àquele que se predispõe a dialogar, num clima empático e de respeito pelo outro que fala, que conta a sua história de vida, suas dificuldades e comunica os significados de sua existência. Neste sentido, o diálogo é uma ação profundamente democrática, pois envolve um posicionamento pluralista e, nos dizeres de Arendt (2001) é um pensar sempre ligado ao pensamento do que o outro pensa. Para esta autora, “o diálogo verdadeiramente humano difere da mera conversa ou até da discussão por ser totalmente permeado pelo prazer com a outra pessoa e com o que ela diz” (Arendt, apud Bauman, 2004: 177). Assim o diálogo é uma permanente abertura aos outros, envolvendo virtudes, tais como: a amorosidade, o respeito, a tolerância, a humildade, a abertura ao diferente, ao novo...

Segundo Freire (2004), na dialogicidade verdadeira os sujeitos dialógicos aprendem e crescem na diferença, sobretudo no respeito a ela, revelando-se radicalmente éticos.

A opção ética pelo diálogo na prática do assistente social na assistência hospitalar é uma experiência democrática e humanizante, no sentido em que aponta para a compreensão de que os sujeitos não podem ser reduzidos a unidimensionalidade conformada por uma leitura tecnocientífica construtora de objetos. O outro não é um objeto sobre o qual intervém o profissional - acreditando ser o detentor da verdade - numa relação assimétrica, monológica e impessoal. Ou seja, na relação o profissional não se coloca na posição de

reprodutor do discurso competente (Chauí, 1981)²³. Ao contrário, reconhece que o outro é uma pessoa que possui uma identidade, um referencial cultural, é um ser histórico, como diz Freire (1978: 43) inserido no tempo e não imerso nele (Freire, 1978), portanto capaz de comunicar-se, refletir, valorar, fazer escolhas e tomar decisões. No diálogo “é importante que os homens se sintam sujeitos do seu próprio pensar, discutindo o seu pensar, sua própria visão de mundo” (Freire, 1978: 141).

É a partir desta compreensão que se alarga o espaço intersubjetivo da pluralidade entre os homens. Nesta direção, os sujeitos com os quais lida o assistente social não são concebidos sob a tradicional ótica da passividade, onde a palavra do profissional se dá pela lógica prescritiva - para usar a expressão de Foucault (1979) não são “corpos dóceis”. O diálogo implica, assim, reconhecer a experiência existencial do outro, implica perceber a experiência do adoecimento de uma outra forma, não como algo que incapacita o sujeito para comunicar-se, mas como uma experiência que pode ser comunicada se lhe é possibilitada a expressão. É a valorização da expressividade, manifestada na presentificação da consciência, que possibilitará ao assistente social problematizar com o sujeito as situações que este último apresenta. Trata-se de problematizar a palavra assim como ela se mostra à consciência. Segundo Freire (1978) problematizar a palavra significa problematizar a temática a ela referida, o que envolve necessariamente a análise da realidade, da maneira de existir do sujeito no mundo. A temática revelada ao assistente social pode ser, por exemplo: a dificuldade de lidar com os preconceitos relacionados à doença que o sujeito encarna; o rompimento dos vínculos afetivos na experiência do adoecimento; as dificuldades para retornar ao trabalho; as dificuldades que enfrenta para ter acesso a um tratamento de saúde digno etc.

²³ De acordo com Chauí (1981: 07) “o discurso competente é o discurso instituído. É aquele no qual a linguagem sofre uma restrição que poderia ser assim resumida: não é qualquer um que pode dizer a qualquer outro qualquer coisa em qualquer lugar em qualquer circunstância. O discurso competente confunde-se, pois, com a linguagem institucionalmente permitida ou autorizada, isto é, com um discurso no qual os interlocutores já foram previamente reconhecidos como tendo o direito de falar e ouvir, no qual os lugares e as circunstâncias já foram predeterminados para que seja permitido falar e ouvir e, enfim, no qual o conteúdo e a forma já foram autorizados segundo os cânones da esfera de sua própria competência”.

O diálogo estabelece um clima de confiança e neste momento o assistente social pode ajudar o sujeito a tomar decisões, realizar projetos por meio de um engajamento livre e consciente.

Nesta perspectiva, dialogar é provocar reflexão e motivação intencional, supondo como qualidade essencial do homem o seu “vir-a-ser”. Conforme ressalta Pavão (1981: 36): “O homem para agir, livre e conscientemente, necessita de uma atitude reflexiva que, a partir de situações vividas, poderá levar a novos modos de ser”. É nesta qualidade essencial de ser sujeito, que o diálogo faz emergir o fenômeno da natalidade (Arendt, 2001), ou seja, a possibilidade de começar algo novo.

3.3.2

O Acolhimento como valorização dos vínculos afetivos

“Amor é responsabilidade de um Eu para com um Tu: nisto consiste a igualdade daqueles que amam” (Buber, 1977: 17).

“O milagre da reciprocidade é que as pessoas são reconhecidas como insubstituíveis umas às outras na própria troca. Essa reciprocidade dos insubstituíveis é o segredo da solicitude” (Ricoeur, 1995: 163).

“É exatamente isso que faz o amor: destaca um outro de ‘todo o mundo’, e por meio desse ato remodela “um” outro transformando-o num “alguém bem definido”, dotado de uma boca que se pode ouvir e com quem é possível conversar de modo a que alguma coisa seja capaz de acontecer” (Bauman, 2004: 36).

De acordo o Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, a palavra acolhimento significa: “ato ou efeito de acolher; recepção; atenção consideração, refúgio; abrigo agasalho”. E acolher significa: “dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber: atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir, aceitar; tomar em consideração; atender a”. A partir daí, já temos algumas pistas do que pode significar uma prática acolhedora.

O acolhimento é uma atitude humanizada no sentido em que reclama, para acontecer, um co-existir de pessoas orientado por relações profundamente recíprocas e afetivas. É um modo de ser orientado pelo “deixar-se afetar pelo outro”.

Segundo Mariotti (2002: 14), o acolhimento é um processo pedagógico e requer compreender e dividir as relações entre as pessoas. Para o autor, o acolhimento é:

A arte de interagir, construir algo em comum, descobrir nossa humanidade mais profunda na relação com os outros e com o mundo natural. É deixar que os outros descubram em nós sua humanidade e o mundo nos mostre sua amplitude.

Os sujeitos com os quais atua o assistente social no cotidiano da assistência hospitalar vivenciam um processo de fragilização causado pelo impacto do adoecimento. Estes sujeitos, em não raros casos, têm uma trajetória de vida profundamente marcada pela discriminação, pela desqualificação e pela exclusão. Neste sentido, acolher estes sujeitos significa compreender a essencialidade da condição de estar doente, dando centralidade ao sujeito e não a doença. Nesta perspectiva, acolher demanda, conforme nos adverte Silva (1981: 49) a opção por um novo estilo de trabalho, pensando a saúde a partir da interpretação de homem, ser existencial, pessoa, e não admitido apenas como um feixe de funções.

Portanto, faz-se necessário que o profissional construa relações mais próximas, empáticas e solidárias, livre de quaisquer pré-julgamentos e preconceitos²⁴. Assim, acolher é também se desafiar todo instante a se imaginar no lugar do outro, para poder avaliar suas angústias, suas dificuldades, suas perdas, seu sofrimento, bem como, suas expectativas, suas escolhas e seus projetos de vida. Este movimento exige o reconhecimento da petição ética fundamental da reciprocidade, que institui o outro como meu semelhante e eu mesmo como semelhante do outro (Ricoeur, 1996). A idéia da reciprocidade é, assim, uma idéia central para a construção e efetivação de práticas humanizadas, pois, conforme evidencia Ricoeur (1996): “sem reciprocidade, sem reconhecimento, a alteridade não seria a de um outro diferente de si mesmo, mas a expressão de uma distância indiscernível da ausência”. Neste sentido, ganha lugar de destaque nas práticas humanizadas, o emprego da expressão “*com os outros*”, também designada por Ricoeur como solicitude, que traduz o movimento do si na direção do outro, que responde com a interpelação do si pelo outro. Neste sentido, a expressão “com” significa participação, engajamento, agir em conjunto, pois o homem não só experiencia o mundo, mas nele compartilha suas ações com os outros.

²⁴ É pertinente observar que o Código de Ética Profissional (1993: 15-16) estabelece como Princípios Fundamentais: “Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito” e “Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar”.

Veloso (s/d: 01) observa que quando não se realiza o acolhimento e a escuta, desconsidera-se a dimensão subjetiva do sofrimento humano, e o profissional deixa de oferecer suporte emocional nos processos de exclusão social, de segregação e de culpabilização dos sujeitos. Perde-se, assim, a possibilidade de se trabalhar com ações educativas, com conversações reflexivas e que se colocam como possibilidades efetivas de ajuda.

Ao acolher constroem-se vínculos afetivos. Kern (2002) nos faz entender que a afetividade é a condição essencial para se construir relações sociais. Nas palavras deste autor (2002: 44): “(...) a afetividade é a condição fundamental que coloca o ser humano frente a frente com o outro, na possibilidade de construir relações sociais. Construir suas relações porque o homem é um ser afetivo”.

Compreendemos, deste modo, que a construção de vínculos de afetividade entre o profissional e os sujeitos com os quais trabalha é um imperativo ético, é a base das relações fraternas e solidárias fundadas na intercomunicação. Freire (1979: 29) nos lembra que “ama-se na medida em que busca-se comunicação, integração a partir da comunicação com os demais (...) Quem não ama, não compreende o seu próximo, não o respeita”. Neste sentido, quando exercitamos o afeto, estamos na verdade estimulando a aproximação entre as pessoas. Portanto, a construção de relações solidárias envolve sempre a ética do afeto, a ética do sentido de “dar-se a conhecer o outro”, de “deixar-se afetar pela presença do outro”. Constroem-se vínculos de afeto quando reconhecemos no outro um valor singular, um ser insubstituível e não-descartável. Nesta relação, o que o outro pensa e diz é importante para mim, independente das nossas diferenças, pois amar o próximo tal como define Bauman (2004: 1001) significa: “respeitar a singularidade de cada um – o valor de nossas diferenças, que enriquecem o mundo que habitamos em conjunto e assim o torna um lugar mais fascinante e agradável, aumentando a cornucópia de suas promessas”.

Desta maneira, privilegiar a criação de vínculos afetivos na reação profissional é valorizar a compreensão do outro como um sujeito, entendendo que a valorização dos sentimentos deste outro é elemento essencial do agir ético. Nesta compreensão, o Tu da relação assistente social-sujeito é um outro que merece respeito e não um isto ou aquilo, mero objeto da intervenção profissional. Buber (1974) nos ajuda a compreender que uma relação Eu-Tu é diferente de uma relação Eu-Isso. A relação Eu-Tu é evidenciada por Buber como um ato essencial

do homem, atitude de encontro entre dois parceiros na reciprocidade e na confiança mútua. A relação Eu-Tu é uma relação dia-logal. Já a relação Eu-Isso é uma relação objetivante, diz respeito à experiência da utilização, não havendo referência a uma pessoa. Em síntese, Eu-Isso é uma relação despersonalizante e coisificante. Confira-se em Buber (1974: 47) a essencialidade da relação Eu-Tu:

O homem não é uma coisa entre coisas ou formado por coisas quando, estando em presença diante dele, que já é meu Tu, endereço-lhe a palavra princípio (...) Ele não é um simples ELE ou ELA limitado por outros ELES ou ELAS, um ponto inscrito na rede do universo de espaço e tempo (...) Ele não é uma qualidade, um modo de ser, experienciável, descritível, um feixe flácido de qualidades definidas. Ele é TU, sem limites, sem costuras, preenchendo todo o horizonte. Isso não significa que nada mais existe a não ser ele, mas o que tudo mais vive em sua luz.

Acolher significa humanizar, no sentido em que o assistente social quando acolhe, se dispõe a construir junto com os sujeitos relações respeitadas, gentis, delicadas e amorosas. Esta postura profissional requer lançar mão de gestos e atitudes de empatia, que se traduz: “num esforço autêntico de compreensão e de valorização, na atenção extrema, delicada e amorosa para com o outro” (Pagès, 1976, 97: 98 apud Veloso s/d: 02).

No acolhimento há uma abertura do assistente social a um compromisso ético-solidário que o torna, para além de um mero executor de tarefas, um profissional sensível e co-responsável pela realidade do outro. Isto significa que o profissional não está alheio ao sofrimento e as necessidades do outro. Percebendo a incompletude de sua ação neste processo, não apenas orienta e encaminha as demandas, mas se soma ao sujeito que solicita a sua ajuda na busca por um atendimento de qualidade. Neste sentido, acolher é incluir, compartilhar.

Neste sentido, a atitude de acolhimento estabelece uma postura que ultrapassa o individualismo, pois possibilita compartilhar sentimentos entre pessoas na comunidade hospitalar. Para tanto, requer que o assistente social – profissional que está numa posição de constante contato com os sujeitos – seja nas situações de atendimentos individuais ou coletivos – potencialize sua capacidade de se deixar sensibilizar pela demanda do outro, abrindo-se num movimento constante de reflexão para receber, através da expressão comunicativa, o ponto de vista do outro.

É importante esclarecer que a compreensão do acolhimento na ação profissional aqui expressa não se confunde com piedade, pena ou compaixão. O

acolhimento exige, na nossa ótica, a construção de laços de solidariedade capazes de estabelecer uma igualdade entre os diferentes. Conforme nos ensina Caponi (2002: 95), a solidariedade:

(...) precisa para poder existir, do respeito, da admiração, do reconhecimento do outro como alguém capaz de reclamar, aceitar ou negar assistência. A pessoa sujeita a uma necessidade não reclama ser protegida. Não quer nem o olhar piedoso, nem o isolamento: ela exige poder inserir-se numa rede de vínculos em que seja reconhecida como um igual em orgulho e dignidade.

Pensamos, deste modo, que o acolhimento deve ser uma atitude de afirmação da horizontalidade na prática do assistente social, onde o sujeito possa gozar de total autonomia para decidir sobre a sua saúde, compreendendo-se esta prerrogativa como um direito humano fundamental.

3.3.3

O Encontro como espaço de intercomunicação

(...) *“Se alguém não é capaz de sentir-se e saber-se tão homem quanto os outros, é que lhe falta ainda muito o que caminhar, para chegar ao lugar de encontro com eles. Neste lugar de encontro, não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos: há homens que, em comunhão, buscam saber mais”* (Freire, 1978: 95).

“Presença não é algo fugaz e passageiro, mas o que aguarda e permanece diante de nós” (Buber, 1977: 14).

A comunicação ou a não comunicação das pessoas depende de que haja ou não encontro real entre elas (Asti Vera, 1978: 80). A existência do ser-no-mundo com-os-outros é uma experiência que pressupõe que eu divida com o meu semelhante um espaço comum de relacionamento, ou seja, um ambiente comum de comunicação. Schutz nos mostra que: “estar relacionado a um ambiente comum e estar unido com os outros numa comunidade de pessoas são duas posições inseparáveis” (1970: 161).

Assim, o que faz com que possamos nos reconhecer como sujeitos é o fato de que podemos nos encontrar com os outros num ambiente comum, evidenciando-se, deste modo, a conexão intencional de nossas vidas conscientes. Arendt (2001: 60) corrobora esta idéia, quando considera que, é a presença de outros que vêm o que vemos e ouvem o que ouvimos que nos garante a realidade do mundo e de nós mesmos.

Para Schutz (1970) viver no mundo da vida²⁵ significa viver em movimento interativo com muitas pessoas, em complexas redes de relacionamentos sociais. A interação social pressupõe a existência de uma simultaneidade vivida.

O encontro face-a-face com os outros é a principal forma de encontros sociais (Schutz, 1970). A relação face-a-face ocorre quando percebo a presença viva e consciente do outro, voltando-me intencionalmente para a sua compreensão. Na relação face-a-face as pessoas estão ao alcance da experiência direta uma das outras, suas experiências fluem lado a lado, podendo ser reciprocamente captadas pelo pensamento e pelos movimentos corporais. Nos dizeres de Berger e Luckman (1974: 47): “(...) nenhuma outra forma de relacionamento social pode reproduzir a plenitude de sintomas da subjetividade presentes na situação face a face. Somente aqui a subjetividade do outro é expressivamente ‘próxima’”.

Schutz (1970: 35) considera que quando, na situação do encontro, há uma orientação recíproca, ou seja, “a orientação do Tu de uma pessoa é correspondida por outra”, então, é construído um relacionamento do tipo “Nós”. Neste sentido, o relacionamento do tipo “Nós” “se expressa na consciência mútua da outra pessoa através de cada pessoa e constitui uma participação geralmente simpática nas vidas umas das outras, mesmo que só por um determinado período de tempo” (Wagner, 1970:35).

A abertura ao outro dá-se sempre num encontro e a possibilidade do encontro é sempre algo novo que funda-se sobre a presença do homem (Pavão, 1981).

Segundo corrobora Kineipp (1987: 02):

Nos encontros, as pessoas intercambiam conhecimentos, sentimentos e ações. Há um ‘existir com’, podendo acontecer um confronto, um ‘existir contra’, mas é sempre o se fazer presente à consciência do outro, numa atitude de respeito do ser, uma aceitação da condição de intersubjetividade das pessoas.

Trazer à luz da reflexão a dimensão do encontro na prática do assistente social no âmbito da assistência hospitalar significa, em primeiro lugar, ter claro

²⁵ Schutz (1970) emprega o termo “mundo da vida” para designar a esfera das experiências cotidianas, direções e ações através das quais os indivíduos lidam com seus interesses e negócios, manipulando objetos, tratando com pessoas, concebendo e realizando planos. O mundo da vida não é apenas mundo natural, mas um mundo social, histórico e cultural.

que valorizar a presença do outro como um sujeito autônomo e responsável, que tem direito à palavra (Freire, 1978) é aspecto essencial para uma prática que se quer humanizada. Conforme nos ensina Freire (1978), a manifestação da palavra é a condição da existência humana, é através da palavra que “pronunciamos o mundo” e o transformamos. Arendt (2001: 189) reforça esta compreensão quando afirma que: é com palavras e atos que nos inserimos no mundo humano. Para a referida autora (2001: 191): “os atos só se tornam relevantes através da palavra falada na qual o autor se identifica, anuncia o que fez, faz e pretende fazer”.

Desta forma, por meio das palavras estamos em permanente comunicação com os outros, argumentamos, persuadimos, relatamos, discutimos, amamos e odiamos, ensinamos e aprendemos etc., é o que nos diz Chauí (2003: 151).

Fiori (1978: 15) considera que a palavra é também ação. O referido autor salienta que:

A palavra viva é diálogo existencial. Expressa e elabora o mundo, em comunicação e colaboração. O diálogo autêntico – reconhecimento do outro e reconhecimento de si, no outro – é decisão e compromisso de colaborar na construção do mundo comum. Não há consciências vazias; por isso os homens não se humanizam, senão humanizando o mundo.

Neste sentido, é no encontro - onde todos são presença viva e consciente, num permanente processo de intercomunicação - que os sujeitos podem manifestar a sua visão de mundo e isto se faz através do direito de dizer a palavra. Na perspectiva ética do encontro, o profissional compreende que os saberes do sujeito com o qual trabalha “são elaborados pela experiência concreta, a partir das suas vivências, que são vividas de forma distinta daquela vivida pelo profissional” (Valla, 2000: 15). Assim, o saber do outro com o qual travo um encontro não é nunca inferior ou insuficiente, apenas diferente. Este saber é a própria expressão da pluralidade humana.

É no encontro que pode manifestar-se a dimensão essencial da liberdade, pois, assim como nos ensina Arendt (2005: 194) “tomamos inicialmente consciência da liberdade ou do seu contrário em nosso relacionamento com os outros, e não no relacionamento com nós mesmos”. Arendt, com sua reflexão política, nos faz compreender que a liberdade, em sua essência, pressupõe encontrar com os outros em palavras e ações para compartilhar-o-mundo.

Sendo o encontro fundado na atitude ética de se fazer presente à presença viva do outro, este apresenta-se como uma grande possibilidade de se dialogar democraticamente sobre as diferenças sociais/políticas/culturais/religiosas, passando-se do estranhamento/indiferença/ negação do outro para a compreensão de seu modo de vivenciar o mundo. Quando me disponibilizo ir ao encontro do outro, estou exercitando a capacidade de descentrar de mim mesmo para construir uma relação onde o outro também ocupa um lugar importante, compreendo, assim, que aqueles com os quais travo este encontro são seres do mundo e não apenas seres que estão no mundo (Arendt, 2000).

Capalbo²⁶ diz que o encontro é um fenômeno que se apresenta sempre de maneira imprevisível, é um acontecimento com o qual me defronto e que vai exigir de mim um novo posicionamento. Sobre esta questão, enfatiza a autora (1991: 07-08):

O encontro apresenta a alteridade radical do outro com o qual me deparo, me defronto e que me obriga a reconhecer que é uma realidade estranha a mim, que tem a sua identidade própria, fazendo-me, pois, apelo ao meu descentramento de mim mesmo, indo, intencionalmente, a compreensão empática deste outro que aí está diante de mim. São duas ou mais pessoas que, por assim dizer, são iguais em sua pessoalidade e que se chocam, se defrontam, se confrontam e se encontram.

O encontro, nesta perspectiva, exige o reconhecimento do estatuto político de pessoa e de sujeito. A definição de “*pessoa*” nos leva à compreensão da pluralidade humana, pelo reconhecimento de que o “outro” possui um referencial cultural, é membro de uma determinada comunidade, possui um sentimento de pertencimento a um ethos, está lidado a um grupo ou a uma experiência que definem os próprios significados do “eu” (Deslandes, 2005) sendo capaz de tomar atitudes (Ricoeur, 1996). Já a noção de “*sujeito*” envolve a compreensão de uma identidade, a partir de uma biografia singular, articulada a uma cultura capaz de dotar de legitimidade a autonomia de cada um (Deslandes, 2005). Deslandes observa que a noção de sujeito nos lança ao discurso ético da autonomia, das escolhas e decisões à luz das condições de gênero, posição social, raça/etnia etc.

²⁶ CAPALBO, Creusa. Prefácio. In: CARVALHO, A. S. Metodologia da entrevista. Rio de Janeiro: Agir, 1991.

O encontro compreende, desta forma, a existência de uma “pluralidade humana”. A noção de “pluralidade humana” tal como aparece no pensamento de Hannah Arendt (2001: 188) têm o duplo aspecto da igualdade e da diferença:

(...) Se não fossem iguais, os homens seriam incapazes de compreender-se entre si e aos seus ancestrais, ou de fazer planos para o futuro e prever as necessidades das gerações vindouras. Se não fossem diferentes, se cada ser humano não diferisse de todos os que existiram, existem ou virão a existir, os homens não precisariam do discurso ou da ação para fazer entender. Com simples sinais e sons, poderiam comunicar suas necessidades imediatas e idênticas.

Neste sentido, para Arendt (2001: 16):

A pluralidade humana é a condição da ação humana pelo fato de sermos todos os mesmos, isto é, humanos, sem que ninguém seja exatamente igual a qualquer pessoa que tenha existido, exista ou venha a existir.

Ao assumir o encontro como um espaço privilegiado de “aparecimento” da pluralidade humana, onde todos têm o direito de igualmente serem vistos e ouvidos (Arendt, 2001), o profissional afasta-se da perspectiva equivocada de assumir a postura de “porta voz da verdade”, onde concentra de forma autoritária a atitude de dizer/decidir o que é melhor para o sujeito e para a sua família, não havendo lugar para a singularidade e alteridade, tão pouco para o reconhecimento da pluralidade inerente a condição humana.

Caponi (2000) reforça a importância da compreensão da idéia de pluralidade humana, como a “paradoxal pluralidade de seres singulares” nas práticas de saúde, quando observa que:

(...) é fundamental reconhecer que, na condição de sofredores, quando nos enfrentamos com o limite da dor, sempre nos assumimos como ‘diferentes’, nos reconhecemos participando de uma pluralidade humana que rejeita as homogeneizações. Através da experiência individual do sofrimento, nos reconhecemos como únicos e insubstituíveis, como diferentes; mas, ao mesmo tempo, essa experiência nos torna partícipes da condição humana, como condição universal.

Deste modo, o encontro, encarado pelo assistente social como espaço de criação, funda-se como uma possibilidade de o profissional conhecer não só a objetividade em que as pessoas com as quais trabalha se encontram, mas a consciência que estas têm desta objetividade, de que forma percebem a situação de adoecimento que vivenciam, para, deste modo, forjar maneiras para melhor

lidar com tal situação. Nesta perspectiva, o encontro é ação, implica participar do movimento do diálogo, que leva a uma atitude reflexiva sobre a realidade concreta (Pavão, 1981).

3.3.4

O Cuidado como presença solidária

“Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (Boff, 1999: 33).

“A presença é um ente que sendo, está em jogo o seu próprio ser” (Heidegger, 1989: 256).

Em seu clássico “Saber Cuidar” (1999)²⁷, o teólogo Leonardo Boff nos provoca uma oportuna reflexão sobre a importância do cuidado nas relações humanas em tempos de crescente individualização, indiferença e isolamento, no contraditório contexto de valorização da tecnologia moderna em detrimento dos valores afetivos e solidários. Boff evidencia que as novas tecnologias produzidas pela sociedade contemporânea, estão criando o que ele chama de “anti-realidade”. Esta anti-realidade é caracterização pela facilidade de comunicação com o mundo via internet, mas que, entretanto, dá-se num mundo virtual, um mundo privado, destituído da possibilidade do toque, do tato e do contato humano. De acordo com o autor, esta questão expressa uma crise civilizacional que aparece sob o fenômeno do descuido, da falta de cuidado.

Com esta observação, o autor traz para o cerne da reflexão o cuidado como uma categoria essencial da existência humana. Ele sustenta, deste modo, que o cuidado representa uma dimensão ontológica na constituição do ser humano, na medida em que a sua condição de existir no mundo depende do cuidado recebido. O cuidado, nas palavras do autor (1999: 89): “É um modo-de-ser singular do homem e da mulher. Sem cuidado deixaríamos de ser humanos”.

Boff mostra que na contemporaneidade o descuido pode ser percebido em vários setores da vida humana e que este fato traz sérias ameaças a sua existência: o descuido pela vida das crianças; o descuido pelo destino dos pobres e marginalizados da humanidade; o descuido no que diz respeito aos sonhos de

²⁷ BOFF, Leonardo. Saber cuidar. Ética do humano e compaixão pela terra. 8ª ed. Editora Vozes: Petrópolis, 2000.

generosidade, agravado pela hegemonia neoliberal com o individualismo e a exaltação da propriedade privada que comporta; o descuido em relação ao próprio planeta; entre outros. Poderíamos também incluir nesta lista o descuido com a saúde da população, não só na forma do difícil acesso desta aos serviços públicos, mas também na carência de uma relação mais humanizada com os profissionais de saúde.

Compreendemos, assim, que o cuidado na prática do assistente social na assistência hospitalar aparece como algo fundamental para a sua humanização. Isto porque, conforme ressalta Boff, cuidado significa atenção, desvelo, solicitude, diligência, bom trato, zelo. Significa que nas relações não vemos a existência dos outros como meros objetos, mas sim como sujeitos. Como diz o autor (1999: 95): “experimentamos os seres como sujeitos, como valores, como símbolos que remetem a uma realidade fontal”.

Martin Heidegger, em sua importante obra *Ser e Tempo*²⁸, sustenta que o cuidado (cura) é um modo-de-ser essencial. Isto porque, o cuidado é uma atitude original que se acha a priori de toda a atitude e situação do ser-no-mundo. Neste sentido, o cuidado não é algo independente de nós, ele é a estrutura do nosso próprio ser.

Na leitura de Heidegger o cuidado identifica-se com fenômenos como a vontade e o desejo, traduzindo-se sempre em ocupação e preocupação. Para o filósofo, em sua essência o ser-no-mundo é cura (cuidado). A cura compreende o ser como co-pre-sença dos outros dentro do mundo como preocupação. A preocupação é uma relação de respeito, onde considera-se a originalidade do outro na relação.

Segundo Heidegger a pre-sença está na constituição ontológica do próprio homem. É na pre-sença que o homem constrói o seu modo de ser, a sua existência a sua história (p. 309). Assim, o cuidado não é uma atitude isolada. O cuidado dá-se nas realizações concretas do exercício da pre-sença. Segundo Heidegger a presença é o próprio cuidado. Nas palavras do autor: “Enquanto modificação de todo ser-no-mundo, a presença já é sempre cura” (1989: 261).

Para Heidegger o cuidado como solicitude pode ser vivido tanto de modo deficiente como autêntico. No modo autêntico, o cuidado é orientado por atitudes

de respeito, consideração, paciência, esperança e tolerância. Nesta forma a solicitude volta-se para a existência do outro e não para “o que” ele cuida. Já no modo deficiente o cuidado mostra-se em atitudes de indiferença, como a desconsideração, a impaciência, a intolerância ou a negligência (Szymanski, 2002: 12).

Deste modo, o cuidado na sua forma autêntica, é “uma atitude fundamental, de um modo-de-ser mediante o qual a pessoa sai de si e centra-se no outro com desvelo e solicitude” (Boff, 1999: 91). O cuidado envolve a convivialidade, a cordialidade e a inter-ação. Boff observa que o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim e então passo a participar de sua vida. É precisamente nessa situação que o cuidado provoca uma preocupação, uma inquietação e um sentido de responsabilidade.

Ayres (2004: 16) concebe o cuidado como uma categoria reconstrutiva, isto é, como um constructo filosófico que busca refletir de modo simultaneamente crítico e propositivo, acerca da possibilidade de reorganização das práticas de saúde. Na ótica deste autor, o cuidado implica uma prática orientada por valores éticos de uma emancipação solidária dos sujeitos em sua diversidade, singularidade e interdependência.

Neste sentido o, cuidado na ação do assistente social que lida com o processo saúde-doença, é uma atitude que representa a aproximação compreensiva com a realidade do sujeito que experiencia a condição de “estar doente”. Esta atitude compreensiva traduz-se numa co-responsabilidade. Ao realizar esta co-presença, o sujeito com o qual trabalha o assistente social, não é concebido como “mais um” que é internado na instituição hospitalar. Porque isto seria tratá-lo sob a ótica do descuido. Ele é uma pessoa que tem uma história, um modo de ver o mundo a partir de sua própria situação vivenciada. O cuidado, nesta relação, significa o reconhecimento do outro como um sujeito a quem dedico a minha atenção profissional, fazendo-me presença solidária e dando valor de significação as suas palavras. Na atitude do cuidado, o profissional preenche a sua ação de sentido ético e político, pois, percebendo o outro como um sujeito de consciência, possibilita o seu livre agir, o seu poder de decisão, a sua autonomia. Desta forma, o cuidado é mais do que um procedimento técnico, é uma atitude que provoca a

²⁸ HEIDEGGER, M. Ser e Tempo. Parte I. 3ª ed. Petrópolis: Vozes 1989.

legitimidade e a valorização da existência do outro, assim como ela se apresenta em sua singularidade.

Assim, quando o profissional lança mão de atitudes de cuidado na sua ação, não se limita a perceber o outro apenas como um “doente”. Não se restringe ao entendimento de que o sujeito alcançou a saúde porque teve a sua doença controlada e recebeu alta hospitalar. A atitude do cuidado vai muito além e exige uma co-responsabilidade, uma compreensão das necessidades do outro para alcançar uma melhor saúde.