

5

Procurando compreender a fala dos assistentes sociais sobre a humanização

“As línguas não falam, só as pessoas”.
Paul Ricouer

“Parte da nossa compreensão do que está sendo dito decorre da nossa capacidade de entender quem está falando”

Victor Vicent Valla

5.1

Análise compreensiva a partir da fala dos assistentes sociais sobre a humanização da ação profissional no contexto da assistência hospitalar

Tendo como aporte metodológico a fenomenologia social de Alfred Schutz, – que prioriza as relações sociais intersubjetivas e a compreensão do vivido a partir da análise da ação social em relação aos motivos e finalidades - esforçamo-nos para apreender as principais questões que expressam uma estrutura de relevância a partir do sentido atribuído pelos assistentes sociais ao tema da humanização. As respostas, contudo, foram surgindo na fala dos assistentes sociais entrevistados, por vezes, de modo obscuro, numa dinâmica complexa que ora tendia ao velamento e ora ao desvelamento. Apesar das questões abordadas nas entrevistas terem sido direcionadas para a humanização da ação do assistente social, por diversas vezes o tema foi redirecionado pelos entrevistados para o contexto da ação dos outros profissionais de saúde. Entretanto, mesmo nestes casos, o conteúdo das falas nos ajudou a compreender um pouco a percepção dos assistentes sociais acerca do ambiente situacional no qual agem e se relacionam com os outros e o significado que atribuem a esse “mundo da vida” que o cerca cotidianamente.

5.1.1

Percepções sobre a humanização

A humanização segundo a ótica dos assistentes sociais

No momento inicial da investigação, buscamos compreender de que maneira o tema da humanização era percebido pelos assistentes sociais. Nossa intenção foi apreender de que forma estes profissionais interpretavam sua conduta em relação ao tema em questão.

Chamou-nos a atenção o fato de o tema da humanização ter suscitado, inicialmente, certo “estranhamento” nos entrevistados, no sentido em que reforçaram a idéia de “humanização” como algo naturalmente dado à profissão de Serviço Social, ou à ação individual, e não como um esforço de construção:

“...A nossa profissão, pela sua história já é uma profissão humanizada. Nós sempre nos preocupamos com a humanização”(Zélia)³⁷.

“... Para mim é difícil falar de humanização, porque eu já vejo a minha prática como humanizada” (Cora).

“... Não deveríamos nem estar discutindo essa questão de humanização, porque já se pressupõe que os assistentes sociais tenham um trabalho humanizado” (Adélia).

“... Eu acho que o assistente social já é um profissional humanizado, porque é um profissional que conhece os direitos, as políticas sociais... Eu acho que o assistente social é um profissional que tem na sua cultura a humanização” (Cecília).

“... Porque quem escolhe uma profissão na área da saúde, escolhe uma profissão para trabalhar com o ser humano, então já se pressupõe daí que a nossa prática é uma prática humanizada” (Clarice).

Observa-se assim, que a “humanização” é interpretada pelos assistentes sociais, na “atitude natural”, como um “modo a priori”, um pressuposto evidente, seja no que tange a profissão de Serviço Social, seja no que se refere às profissões de saúde em geral, conforme ficou bem evidente na fala da última assistente social. Desta forma, o deparar-se com o tema da “humanização” provoca certo “estranhamento” nos profissionais, no sentido em que estes, ao confrontarem-se com a questão, deparam-se com a tipificação que construíram acerca da própria

³⁷ Os nomes utilizados para identificar os assistentes sociais são fictícios.

profissão e do trabalho em saúde como intrinsecamente “humanizados”. A “humanização” é, assim, percebida pelos assistentes sociais como um truísmo.

Tal questão mostra a grande necessidade de compreender que a humanização - enquanto um comprometimento com a experiência singular dos homens em contínuo processo (Benevides e Passos, 2005) – não é algo que se realiza simplesmente porque uma determinada profissão diz-se “humanizada”, ou porque uma instituição assume a função de “humanizar”. Muito para além de um mero “ideal”, humanizar as relações compreende um posicionamento, um engajamento ético e político frente às experiências concretas vividas na convivência das práticas engendradas na assistência hospitalar. Assim, a humanização diz respeito à qualificação das ações em saúde através de um processo de permanente construção e reconstrução. Portanto, a humanização é sempre uma experiência incompleta, é sempre um projeto em curso (Ayres, 2005), posto que estar sendo é a condição, entre nós, para ser (Freire, 2004). Percebemos que a não compreensão da humanização como uma construção pode levar a sua banalização. É o que fica claro na fala de uma das assistentes social entrevistada:

“Porque eu vejo que no cotidiano aqui do hospital essa coisa de humanização acaba virando um modismo. O pessoal fala muito de humanização, mas na verdade acaba não trabalhando o conteúdo desse conceito nas relações com os pacientes” (Lygia).

Percebemos que a humanização, quando não envolve uma reflexão crítica sobre a ação, acaba se tornando um conceito vazio e trivial. Sem dúvida, quanto mais a humanização deixa de ser uma ação refletida na relação com os outros, mais se distancia da realização de valores alicerçados no respeito nas situações concretas. Por isso, humanizar as relações exige a virtude da coerência (Freire, 2004).

A humanização como orientação ética e política, pauta-se na criação de espaços de permanentes encontros intersubjetivos mediados pela palavra (Deslandes, 2004) e pela escuta das múltiplas vozes (Oliveira et al, 2005). O investimento nesta direção demanda, inextricavelmente, o esforço de abertura de espaços de efetivo diálogo. É pertinente ressaltar, assim como nos lembra Arendt (1974 apud Telles, 1990: 31), que “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”. Desta forma, a humanização jamais pode ser

vivida na passividade, como se esta fosse algo naturalmente dado nas relações cotidianas do profissional. A humanização como projeto ético-político envolve como diz Deslandes (2004: 27), uma razão comunicativa que não se constrói apenas logicamente, mas na processualidade da concretude das ações cotidianas na saúde. Isto envolve decisões existenciais, um agir no mundo e uma ética da solidariedade contra o sofrimento e a opressão. Assim entendemos que a humanização das ações dos assistentes sociais na assistência hospitalar implica um movimento consciente de reconhecimento da necessidade de permanente construção de estratégias que favoreçam a promoção de encontros intersubjetivos mediados pela palavra. Noutras palavras, é tarefa essencial que o assistente social valorize na sua prática cotidiana a abertura à interação dialógica com o outro, como forma de construção da humanização das práticas assistenciais.

Percepções sobre o ambiente situacional da assistência hospitalar

A percepção dos assistentes sociais sobre o ambiente situacional onde atuam cotidianamente mostra traços da existência de relações tipificadas pelo trato dos sujeitos como meros objetos do fazer científico:

“Eu percebo que pelo fato de aqui ser um hospital escola o paciente é muito invadido, em todos os aspectos. Muitos profissionais, muitos alunos ficam em volta do paciente, e ele acaba se sentindo invadido. Porque ele acaba sendo tratado apenas como um diagnóstico. E isso é algo velado, o paciente não é esclarecido sobre isso no momento da sua internação, ele só descobre depois que já está internado” (Zélia).

“Os profissionais acham que pelo fato de aqui ser um hospital escola, o paciente tem que saber de antemão que já vão ter várias pessoas para examiná-lo... vários alunos. O paciente tem que saber que se ele quiser ele tem o direito de negar que aquele grupo de alunos participem da sua consulta, ele tem o direito, a lei precisa ser esclarecida. Porque ninguém chega perto desse paciente para dizer que ele tem esse direito! Não é uma rotina, nem do Serviço Social. Os pacientes acham que para serem atendidos aqui eles precisam se submeter, acham que se ele não se submeter ele pode ser punido, e ser negado o atendimento a ele. E eu acho que o Serviço Social acaba sendo também conivente com isso, na medida em que não sinalizamos isso, e nem faz parte da nossa rotina” (Cecília).

“Porque aqui é um hospital escola e por isso tem muito a questão da busca pelo saber, da pesquisa, mas nesse processo nem sempre se respeita o paciente” (Lygia).

Deste modo, observa-se a conformação de uma cultura da violência institucional caracterizada por uma leitura tecnocientífica construtora de objetos (Ayres, 2005), onde a busca pelo saber não se orienta pelo respeito à autonomia do outro. Nesta leitura, os sujeitos como “objetos” do saber científico, estão submetidos, para falar com Foucault, a condição de “corpos dóceis”, ou seja, são alienados em relação à autonomia sobre o seu próprio corpo, tornando-se objetos de controle e normatização. A fala dos assistentes sociais enfatiza que este modo de lidar com os sujeitos tipifica-se como uma conduta velada, na medida em que não é esclarecido aos sujeitos, no momento da internação, o direito à preservação de sua intimidade, o que por sua vez causa constrangimento e submissão frente as ações invasivas. Neste contexto, os sujeitos acreditam que se não agirem de tal modo estarão correndo o risco de serem punidos ou deixarem de ser tratados. Pensamos que tal questão fere profundamente o direito a uma assistência humanizada, demandando uma reflexão ética sobre o respeito ao princípio da autonomia nas práticas de saúde³⁸. Lolas (2001) nos auxilia na reflexão sobre esta questão. O referido autor nos informa que a autonomia diz respeito à capacidade da pessoa de atuar segundo a uma escolha própria de forma independente a valores externos. Contudo, ele observa que a autonomia torna-se limitada quando uma informação insuficiente ou inadequada impede a tomada de decisão. Assim, para Lolas (2001: 61): “o que se julga ao considerar a autonomia é o grau de intencionalidade dos atos, a compreensão que o agente tem deles e a ausência de coerções e limitações”. O autor destaca que o princípio da autonomia encontra aplicação em situações como “respeitar a privacidade do outro”, “fornecer informações fidedignas”, “pedir permissão para intervir no corpo das pessoas”, entre outras. Nesta direção, pensamos que sendo o assistente social um profissional que tem como um dos princípios ético fundamental do seu Código de Ética Profissional (1993) a defesa intransigente dos direitos humanos e a recusa do arbítrio e do autoritarismo, precisa estar mais atento para estas situações, de modo a provocar um diálogo junto a equipe de profissionais, norteados pela compreensão fundamental de que “o valor das pessoas é incondicional, o que

³⁸ É importante ressaltar que, assim como prevê a Carta dos Direitos dos usuários da saúde (Ministério da Saúde, 2006), no seu quarto princípio: “o atendimento prestado ao cidadão deve respeitar a sua pessoa, seus valores e seus direitos”. In: www.saude.gov.br. Capturado em: 22/07/2006.

obriga à considerá-las fins, não meios, com a liberdade de viver e a de decidir livres de interferência (Lolas, 2001: 63). Acreditamos que esta compreensão não pode se resumir apenas a criação de cartilhas e informes - embora estes recursos possam ser, sem dúvida, necessários – mas deve envolver uma constante reflexão sobre o agir profissional, no sentido da revisão e construção de práticas que conciliem a busca pela produção do saber com o respeito a autonomia do outro, que deve estar sempre inserido num contexto de abertura a interação dialógica. Noutras palavras, a construção do saber numa perspectiva de humanização das relações na assistência hospitalar não pode orientar-se por práticas que tornam o outro invisível, mas exige a necessidade de interagir com este outro de modo a valorizar a sua condição de pessoa e não de coisa.

Percebe-se que neste cotidiano das práticas de saúde, onde o outro se torna um mero objeto de intervenção do saber científico, há uma forte tendência à naturalização do uso de um código lingüístico tipificado pelo sentido de coisificação e despersonalização dos sujeitos na relação:

“No hospital você tem muito isso, aqui, por exemplo, os profissionais acabam tratando os sujeitos por andar, posto, enfermaria e leito. Ao invés de dizerem: ‘a paciente ‘Maria’ que está internada na enfermaria X, no leito X’, dizem: ‘o 10-A-43-1’... Eu percebo que os profissionais têm que ser mais trabalhados para perceber isso, que aquela pessoa não é um leito ou uma patologia, ela é um ser humano, e isso a gente ainda tem dificuldade” (Lygia).

“Tem que se ter a clareza de que o paciente não pode ser tratado como um número, e também não pode ser tratado como uma doença. Porque a gente ainda vê muito no nosso cotidiano que os profissionais se referem assim ao paciente. Então esse cuidado a gente tem que ter, porque às vezes a gente acaba indo no embalo, reproduzindo” (Ana Maria).

“Eu penso que a gente tem que ter muito cuidado para não transformar o sujeito numa doença, para que não se seja endurecido por causa do cotidiano, para que as pessoas não virem um número de leito e de enfermaria, eu acho que essa é uma das grandes tarefas e uma das grandes dificuldades... Porque a gente sempre fala isso, mas na verdade não adianta só falar, você tem que ter um fazer coerente com aquilo que você fala... Porque esse modo de se referir ao paciente acaba virando uma rotina, acaba virando um endurecimento diante do cotidiano, entendeu! É tão cotidiano que para as pessoas isso não tem importância de estar acontecendo, é assim mesmo, é normal, é natural” (Clarice).

O depoimento das profissionais aponta para a premente necessidade de reflexão acerca do código lingüístico que, conforme é evidenciado por estas, é utilizado e reproduzido no cotidiano das práticas de saúde, assumindo um caráter rotineiro. Segundo Schutz (1970), a linguagem é um meio tipificador por

excelência. Este autor nos diz que qualquer grupo social, por menor que seja, tem o seu próprio código lingüístico privado que tipifica o modo como os sujeitos lidam uns com os outros. Desta forma, as objetivações comuns da vida cotidiana são mantidas pela significação lingüística. É a linguagem como meio tipificador que garante aos sujeitos o sentido da realidade da vida cotidiana.

Berger e Luckmann (1974) mostram que a linguagem apresenta-se na vida cotidiana como um facticidade que nos é externa, exercendo um efeito coercitivo sobre os sujeitos. Conforme elucidam os autores (1974: 59): “a realidade força-me a entrar em seus padrões (...) tenho que levar em consideração os padrões dominantes da fala corrente nas várias ocasiões, mesmo se preferisse meus padrões ‘impróprios’ privados”. Compreendemos assim que, a linguagem coisificante e despersonalizante recorrente no âmbito da assistência hospitalar para se referir aos sujeitos, é na verdade um código lingüístico enraizado na realidade da vida cotidiana construído por um padrão de racionalidade cientificista que reduz o sujeito à condição de “coisa”.

Schutz (1970) sustenta que a linguagem pode possuir tanto uma qualidade inerente de reciprocidade, quanto um caráter de anonimato. Na situação face a face à linguagem torna-se um meio de reciprocidade, na medida em que podemos compreender o outro como uma presença viva e consciente. Para o autor, quanto mais nos distanciamos da relação face a face, mais o outro torna-se um anônimo para nós, geralmente tipificado por um número.

Observamos nos depoimentos das assistentes sociais que, as relações tornam-se cada vez mais coisificantes na medida em que se distanciam da compreensão dos sujeitos como seres vivos e conscientes, sendo estes reduzidos a um número de leito, a um número de enfermaria ou mesmo a uma determinada doença. O distanciamento provoca a indiferença em relação ao outro o transformando em apenas “mais um”. Desta forma, é tarefa fundamental para a humanização das relações na assistência hospitalar uma profunda reflexão sobre o conteúdo da fala do assistente social e dos demais profissionais, compreendendo que os sujeitos devem ter por referência o seu próprio nome. O nosso nome é parte fundamental da nossa identidade. O assistente social como um profissional da linguagem deve recusar qualquer forma de comunicação em que as palavras se apresentem sob a forma violenta da indiferença, do preconceito e do alheamento.

Para tanto, assim como ressalta Capalbo (1979: 95-96), é necessário compreender que:

A reflexão se realiza voltando-se, intimamente, para o sentido das palavras (...) Falar é então um meio de concretizar e apreender uma idéia. Falar não é só um meio de comunicação social. Falar é uma obra social que produz efeitos sobre os outros em virtude do conteúdo daquilo que é expresso. Nossa expressão, nossa fala nunca é neutra, pois não deixa os nossos ouvintes indiferentes (...) A linguagem não é um ato exclusivo de um sujeito, e nisto reside a sua força de objetivação. Falar supõe viver com os outros e, neste contato, deixa-se impregnar pela fala para depois entrar em comunicação ativa com eles. Pela fala o que se visa é o outro pela expressão usada. A intenção é de atingir o outro pela linguagem.

5.1.2

Questões significativas sobre a humanização no cotidiano da ação profissional

A ação da escuta como aspecto significativo para a humanização

Os assistentes sociais por nós entrevistados, destacaram a escuta como sendo uma ação fundamental no que tange à humanização da sua prática profissional. A ação da escuta mostrou-se, então, como uma zona de relevância cuja tipificação é construída a partir de três aspectos centrais: a valorização dos sujeitos na relação; a possibilidade de identificação das demandas que os sujeitos colocam; o sentido da escuta como “ação transformadora”. Os dois primeiros aspectos podem ser compreendidos, a partir do referencial de Schutz, como sendo “motivos porque” da valorização da escuta como ação humanizada, enquanto o último aspecto destacado pode ser identificado como sendo um motivo “a fim de” desta mesma ação.

A seguir, podemos ler alguns depoimentos em que os assistentes sociais concebem a escuta como algo que significa a construção de uma relação de respeito, onde o reconhecimento do sujeito precede qualquer outra ação:

“Eu acho que a escuta é a questão fundamental do respeito. A gente tem, antes de tudo, que estar mais atento para escutar o paciente. Porque têm muitos profissionais que negam essa escuta ao paciente. Dizem que isso não faz parte da profissão” (Zélia).

“Em primeiro lugar eu considero que para você estabelecer uma relação boa, de respeito, então você tem que ter uma boa escuta... Porque você lida com pessoas que estão doentes, que estão num momento frágil da vida. Então tem que ter uma boa escuta... A humanização para mim é quando o sujeito chega com a dificuldade

que seja, e eu me coloco disponível para ouvi-lo. Porque não adianta você ter o protocolo de atendimento se você, antes, não ouvir a história do outro” (Lygia).

“Eu acho que a escuta faz você priorizar a questão do respeito, permitir que o outro fale, de ouvir mais do que falar mais, de não impor conceitos e preconceitos, sabe... De não impor ao outro o que você acha que é certo... Muitas vezes a nossa prática deixa de ser mais humanizada porque a gente deixa de escutar mais” (Ana Maria).

“Eu vejo que a prática humanizada dá o direito, antes de tudo, do outro ter acesso a você. Porque através da escuta você compreende e aceita os limites do outro. Em muitas entrevistas nós percebemos que o paciente tem dificuldade de verbalização, fala muito baixinho... Aí, na escuta você entende o paciente como uma pessoa que está num momento difícil da vida, e você procura fazer todo o esforço, esgotar todas as possibilidades para dar as respostas de que ele necessita” (Clarice).

Nota-se, assim, que a ação da escuta é situada pelos assistentes sociais num contexto de reciprocidade. Neste sentido, escutar o outro corresponde à abertura a uma interação comunicativa, o que supõe a existência de uma simultaneidade vivida (Schutz, 1970). Freire (2004) defende que saber escutar significa a disponibilidade permanente por parte do sujeito que escuta para a abertura a fala do outro, aos gestos do outro, as diferenças do outro. O referido autor sustenta que o saber escutar é condição para uma prática que se quer democrática e solidária. Na perspectiva de Freire, é escutando que aprendemos *a falar com* o outro. Para o autor a disciplina do falar e escutar é condição “sine qua” da comunicação dialógica. De acordo com as suas palavras (2004:117): “É preciso que quem tem o que dizer saiba, sem dúvida nenhuma, que, sem escutar o que quem escuta tem igualmente a dizer, termina por esgotar a sua capacidade de dizer por muito ter dito sem nada ou quase nada ter escutado”. Neste sentido é que o diálogo mostra-se como atitude fundamental para a humanização da prática do assistente social, possibilitando que os sujeitos expressem livremente o seu pensar num intercâmbio intersubjetivo, onde todos possam igualmente dizer a sua palavra e, ao mesmo tempo, ouvir o que o outro tem a dizer. Esta orientação revela-se sempre na perspectiva do encontro, compreendido como abertura ao outro. Nesta dimensão de reciprocidade que é o encontro, a prática profissional assume o sentido de “existir com”, ou seja, orienta-se pela intencionalidade de estabelecer uma comunicação empática, horizontal e comprometida como os sujeitos.

Podemos perceber também que nos depoimentos dos profissionais, a ação da escuta, como uma zona de relevância, é tipificada como uma estratégia para

identificar as demandas dos sujeitos. É o que evidencia a fala dos assistentes sociais a seguir:

“A gente precisa antes de tudo ouvir, até para saber onde agente vai atuar. Porque se não ouvir, a gente vai tirar conclusões errôneas. E se a gente vai tirar as nossas próprias conclusões não têm nem porque ter o outro. Eu já sei o que eu vou fazer e o outro fica só ali na minha frente me olhando. Se ele não diz para você o que precisa, como é que você vai atuar?” (Lygia).

“A escuta é importante porque através dela eu vou tentar encaminhar a demanda que ele me traz, dentro da minha área, se ele tiver trazendo uma questão de âmbito social eu vou tentar encaminhar, dar resposta a essa demanda. E se essa demanda não for minha eu tenho a preocupação de ouvir para identificar, para tentar direcionar para onde ele pode buscar essa resposta... Eu acho que isso diferencia um profissional do outro dentro da instituição” (Cecília).

Percebe-se, deste modo que a ação da escuta é marcada pela possibilidade de reconhecer as demandas sociais através do conhecimento do outro, o que só ganha sentido na medida em que há uma disponibilidade do profissional para uma abertura à interação dialógica com este outro. Deste modo, acreditamos que a ação da escuta pode representar um aspecto fundamental para a humanização da ação profissional na medida em que signifique uma disponibilidade por parte do assistente social para acolher a palavra dos sujeitos, num gesto de construção de uma relação recíproca e solidária onde *o falar com* vá substituindo *o falar a* (Freire 2004). No tocante a esta questão é imprescindível o exercício cotidiano da atitude do acolhimento, a parti da qual o assistente social pode dar centralidade aos sujeitos, alargando, nesta perspectiva, os espaços das co-existências respeitadas e afetivas. O acolhimento é uma atitude que preenche de sentido a atitude do “falar com”, pois exige a compreensão dos sentimentos do outro e isto só é possível quando o profissional se predispõe a estabelecer com os sujeitos relações profundamente horizontais.

A ação da escuta é também concebida pelos assistentes sociais como algo difícil, na medida em que exige que estes rompam com um modo de agir que o tipifica como o profissional que se dirige aos sujeitos para repassar um conteúdo de informações pré-estabelecidas e padronizadas, desconsiderando, nesta relação, o modo de ser singular de cada um. Neste sentido, observa-se que o interesse dos assistentes sociais é motivado pelo sentido de ‘orientar’ os sujeitos, mas, contudo, tal interesse acaba por sobrepor-se a consciência da própria presença deste sujeito na relação. Vejamos como esta questão é colocada pelos assistentes sociais:

“Às vezes a escuta é difícil porque a gente, antes de escutar já está pensando em outras coisas, sabe... E aí, sem a escuta você é capaz de cometer erros terríveis. Não sei se você me entende, mas às vezes é difícil para o assistente social escutar, porque a sua própria fala não permite... Porque parece que todas as pessoas que o Serviço Social vai abordar, elas são todas lineares, todas iguais, e não é assim... Por isso a gente, sem se dar conta, já vai com uma penca de informações. Escutar é difícil, porque as pessoas antes de qualquer coisa são diferentes umas das outras, e às vezes elas são tão singulares que de uma interação para a outra elas se modificam. As experiências que essa pessoa passou nesse intervalo, a transformou. E às vezes, sem perceber, a gente acaba desconsiderando isso” (Clarice).

“A escuta não é uma coisa fácil. Muitas vezes a gente vai com uma resposta pronta para o usuário e ele coloca outras questões, e aí muda tudo. Às vezes vai se pensando que o usuário precisa de orientação, porque ele é idoso, e na verdade ele acaba trazendo coisas novas. E às vezes esse idoso não está demandando nenhuma informação e orientação, ele só quer que a gente pare para ouvi-lo, e a gente não consegue perceber isso” (Cora).

“É complicado, porque às vezes tem-se muita orientação pra dar. E aí, na nossa preocupação, a gente acaba não permitindo que o outro coloque as suas dúvidas, não abre espaço para que ele se expresse” (Adélia).

Neste caso, esta ação profissional acaba por não possibilitar que se estabeleça uma relação do tipo face a face, conforme definida por Schutz: aquela relação que ocorre numa simultaneidade vivida, onde se compartilha o mesmo espaço e o mesmo tempo e por isso se realiza uma interação mais efetiva e recíproca na medida em que há uma orientação intencional para o Tu da pessoa com a qual me relaciono, podendo resultar daí um “relacionamento do Nós”. Assim, a ação do assistente social que expressa uma maior preocupação em repassar orientações e informações do que abrir-se a ouvir o que o outro tem a dizer, constitui-se num tipo de relação indireta, onde, ainda que não de modo intencional, o profissional desconsidera o outro como presença viva. Nesta situação, o outro é apenas mais um a quem tenho que orientar. Embora, sem dúvida, a orientação e a informação sejam imprescindíveis a uma prática que se quer humanizada, elas perdem o seu significado quando o sujeito não tem um lugar ativo no processo intercomunicativo, ou seja, ele é apenas um depósito de orientações e informações. Por conseguinte, nesta situação, conforme nos mostra o pensamento de Schutz (1970), transformo o outro em anônimo, pois, distancio-me de uma relação face a face com ele. Deste modo, ao invés construir-se uma relação onde ocorre uma compreensão genuína do outro, via o ato intencional de consciência da presença deste outro, há uma orientação para o tu que carece de interesse, envolvimento e trocas. A relação entre assistente social e os sujeitos no

espaço da assistência hospitalar torna-se, assim, uma relação indireta, que se burocratiza em detrimento da valorização da comunicação. Deste modo, é preciso que o profissional perceba que um atendimento humanizado depende, imprescindivelmente, do valor que se atribui às demandas do outro. É a partir da atitude do cuidado, compreendida como “ser como co-presença dos outros dentro do mundo como preocupação” (Heidegger, 1989), que o assistente social pode tornar-se comprometido com a saúde dos sujeitos. Na atitude do cuidado, o profissional é sempre provocado por uma preocupação, uma inquietação, um sentido de responsabilidade para com a pessoa do outro. Assim, antes de qualquer pré-julgamento e qualquer orientação que o assistente social julgue necessário realizar nas relações cotidianas na assistência hospitalar, é importante que este, orientado-se pela atitude do cuidado, esteja interessado, antes de qualquer coisa, em conhecer o outro, suas dificuldades, suas necessidades, seus projetos, em síntese, a sua história de vida. A atitude do cuidado na prática do assistente social revela-se como atitude de solidariedade, lembrando-se que o profissional só pode ser solidário na medida em que é capaz de reconhecer e se comprometer com as questões do outro.

Duas das assistentes sociais entrevistadas atribuíram à ação da escuta não só o significado de leitura das palavras, mas também de leitura do contexto simbólico em que ela se inscreve:

“Quando eu falo de escuta, eu percebo que a escuta não é só de sons, mas envolve a leitura do que significa estar dentro de um hospital, ter uma doença crônica... como se dá esse confinamento... você tira a pessoa do seu ambiente, coloca dentro de uma instituição... como lidar com isso sem essa escuta?” (Zélia).

“Porque o paciente se queixa para você de uma dor específica, mas na verdade ele está ali sinalizando um outro problema. Às vezes a dor de que ele fala não é na barriga, é dor da alma, do espírito da falta de atenção. A gente precisa estar mais sensível para essa escuta, porque ela não depende só de procedimentos técnicos” (Clarice).

Comprendemos, deste modo, que a “escuta”, assim como expressa na fala das profissionais, assume uma dimensão simbólica que evidencia uma capacidade de percepção sobre a situação do outro, sinalizando que, ‘escutar’, também significa ‘ler’ o vivido deste outro, é, em síntese, um gesto de atenção para com ele. Esta possibilidade inscrita na ação da escuta pode tornar-se mais próxima quando - assim como sustenta Schutz – o outro (1970:188):

Compartilha comigo um espaço comum [...] está presente pessoalmente, e estou consciente dela como essa pessoa, ela própria [...] do seu corpo como o campo no qual estão em jogo os sintomas de sua consciência [...] ela compartilha comigo um tempo comum quando sua experiência flui lado a lado com a minha, quando posso a qualquer momento captar os seus pensamentos conforme eles passam a existir.

A ação da escuta é também tipificada pelos assistentes sociais como uma ação humanizada na medida em que atribuem a esta o sentido de “transformação”, o que expressa o “motivo a fim de” desta ação. Vejamos como este aspecto aparece nos trechos dos depoimentos a seguir:

“Uma coisa que eu valorizo muito na minha ação é o poder da escuta. Eu acredito que uma escuta pode ser transformadora. Quando eu falo transformadora, é porque possibilitou ao outro se reconhecer em quanto valor. Eu acho que é nessa possibilidade da escuta que se dá o momento de transformação. Às vezes você não tem a possibilidade de resolver aquela questão, mas o fato de você ouvir o outro e de reconhecê-lo como valor, isso já é uma transformação” (Cecília).

“Dependendo do valor que eu dou a escuta, essa escuta pode ou não ser transformadora. É claro, ela não vai mudar o mundo, mas eu acredito que ela vai dar a possibilidade de atenção do outro. Porque nada está acabado, tudo está sempre acontecendo... E quando a gente valoriza essa escuta, trabalha essa escuta e devolve, aí você faz dessa escuta uma escuta diferenciada que pode mudar muita coisa. Por isso é que eu acho que uma coisa que o Serviço Social traz de original é a escuta” (Ana Maria).

“É claro que essa escuta vai variar de profissional para profissional, mas de modo geral é através dessa escuta que a gente vai democratizar as informações. As pessoas estão carentes de escuta, e na verdade quem é que vai ouvir isso? É mais do que isso, quem é que vai ouvir e colocar uma possibilidade de mudança? É o Serviço Social... Porque é o profissional que fala mais de transformação... Eu vejo a escuta como algo que pode transformar sim, porque muitas vezes você não tem até muita coisa para fazer diante daquilo que foi colocado, mas que a escuta é algo que pode transformar na hora que o outro se sente acolhido” (Zélia).

“Porque a escuta acontece quando você realmente está atento para o problema do outro, não está preocupado em criticá-lo, e aí você, escutando, entende que a doença está ligada a sua história de vida. E aí, você olha para o outro com a possibilidade de fazer uma relação do seu conhecimento com o conhecimento que esse outro traz, e daí resulta sempre alguma transformação” (Clarice).

Compreendemos que o sentido de transformação atribuído à ação da escuta pelos profissionais, refere-se ao reconhecimento da presença dos sujeitos no mundo. Podemos situar deste modo, esta “transformação” como algo que está mais inclinado ao nível das consciências, significando um modo de ser *com os outros* onde há a valorização do sujeito como uma presença na relação. Neste sentido, tal “transformação” insere-se no contexto do que Schutz (1970) classifica

como reciprocidade de motivos, ou seja, uma compreensão que só pode ser alcançada quando uma pessoa se coloca imaginariamente no lugar de outra e conseqüentemente o tu da relação se torna o “outro eu”. Podemos considerar que tal “reciprocidade de motivos” de que trata Schutz, é um aspecto essencial para a construção do acolhimento na prática profissional do assistente social, na medida em que requer o aprimoramento da sensibilidade para perceber e compreender a situação vivenciada pelo outro, construindo, deste modo, com ele, relações mais próximas, empáticas e solidárias.

A ação da escuta na prática profissional do assistente social na assistência hospitalar evidencia que há uma grande possibilidade de se construir uma prática diferenciada, na medida em que, através desta atitude, pode-se passar de tipificações anônimas, em que o sujeito é visto como apenas “mais um”, para tipificações que se caracterizam pelo reconhecimento do outro como um sujeito concreto, que é percebido pelo profissional no “aqui e agora” da relação face a face, e pelo qual se tem interesse. Isto é o que podemos observar no relato de uma profissional a seguir:

“Eu vou te dar um exemplo que mostra para a gente a dimensão da nossa escuta. Eu atendi um senhor aqui, e sete anos depois que eu o atendi ele me procurou. Ele pediu para falar comigo e eu o atendi. Então ele me disse: ‘a senhora me atendeu há sete anos atrás, mas eu acho que a senhora não lembra mais de mim’. Esse senhor tinha um problema renal e na época já tinha procurado vários hospitais. Na época ele passou pela triagem aqui do hospital, mas não conseguiu ser atendido. Então, na época, ele pediu para falar com a assistente social, e quem o atendeu fui eu. Ele me disse: ‘na época a senhora me atendeu, se fosse outro iria dizer que não tinha vaga no hospital, repetir o que já tinham me falado lá na entrada’. E ele continuou falando: ‘a senhora me disse realmente que não tinha vaga no hospital, mas mandou eu esperar e foi lá na emergência conversar com o médico de plantão para ver se conseguia uma vaga para mim. A senhora percebeu que eu não estava bem. Aí eu consegui ser avaliado e ficar na emergência’. Então esse senhor me disse que tinha voltado para me agradecer, porque nenhum outro profissional até então tinha parado para escutá-lo, dar a possibilidade de ele falar o que estava sentindo, de ver como ele estava mal. Ele me disse que depois daquele dia ele foi internado e ficou muito mal no CTI. Depois se recuperou e passou por um transplante e hoje já está bem. Ele voltou depois de sete anos para dizer o quanto foi importante para ele o meu atendimento. Hoje, quando eu falo isso, eu fico muito emocionada, não por orgulho não, mas porque eu acho que os profissionais têm que ter a exata noção do quanto a nossa escuta pode ser decisiva para o usuário” (Clarice).

A partir da situação relatada pela profissional, podemos perceber que a ação da escuta assume um significado de “sensibilidade pela situação do outro”, de atenção pela demanda que este outro apresenta e que, assim como fica claro no

depoimento, ainda não tinha sido “escutada” pelos demais profissionais. Neste sentido, ao “escutar” a demanda colocada por aquele sujeito, a assistente social pode vivenciar concretamente o drama que este estava vivenciando. O voltar-se intencional para aquela demanda, através da ação da escuta, motivou a ação da assistente social para mobilizar-se na busca por respostas. Voltando-nos para o referencial de Schutz, compreendemos que a ação da assistente social só foi possível, pois houve uma orientação desta para o tu daquele sujeito, de modo a se estabelecer uma relação de reciprocidade. Schutz (1970: 181) nos esclarece que:

(...) a orientação para o tu é o modo puro de eu estar consciente de outro ser humano como uma pessoa. Já estou ‘orientado para o tu’ a partir do momento que reconheço uma atitude a qual vivencio diretamente com um semelhante, a ela atribuindo vida e consciência.

Neste sentido, compreendemos que a ação da escuta, quando orientada pelo sentido do “falar com” (Freire, 2004), revela-se na prática do assistente social como acolhimento, na medida em que o outro passa a “existir” diante do profissional. Noutras palavras, as demandas dos sujeitos são percebidas e compreendidas pelo assistente social, despertando neste uma intencionalidade impulsionada pelo sentido de compromisso para com a promoção da saúde dos sujeitos.

Dificuldades de lidar com a dor e o sofrimento humano

O lidar com as situações de dor e sofrimento humano que atravessam o cotidiano da assistência hospitalar constitui-se, na fala dos assistentes sociais, como uma zona de relevância cuja tipificação expressa um “motivo porque” da dificuldade de humanização da prática profissional, no que tange o seu aspecto de aproximação na relação interpessoal com os sujeitos adoecidos. Sobre esta questão, alguns assistentes sociais enfatizaram a dificuldade de lidar com os sentimentos que permeiam a situação de adoecimento vivenciada pelos sujeitos com os quais lidam no dia-a-dia. Este dado, na ótica dos profissionais, pode levar a um distanciamento na relação com os sujeitos:

“Às vezes a gente acaba agindo com uma certa objetividade e isso incomoda, porque na verdade você não consegue sair daqui ileso, as situações de sofrimento que você vê no seu cotidiano acabam te causando muita dor. Você ver o outro sofrendo é muito complicado. Esta é uma questão muito difícil pra gente lidar” (Lygia).

“Eu percebo que trabalhar neste cotidiano hospitalar provoca muitos sentimentos ruins, sentimentos de frustração, de angústia e de muito medo. Estes sentimentos não são vividos só por parte daquela pessoa que está sofrendo o problema, mas também por parte dos próprios profissionais... Isso não nos coloca do outro lado, estamos do mesmo lado, nós vivemos todos esses sentimentos. E nós temos muita dificuldade de lidar com a tristeza, de lidar com esses sentimentos, aí a gente vai endurecendo, a gente endurece também...” (Clarice).

“Temos que lidar com muitos sentimentos complexos. É muito sofrimento... Eu, por exemplo, acho difícil quando você tem que passar esperança, mas todas as possibilidades estão esgotadas. Nestes casos, eu nem consigo olhar no olho do paciente e isso me faz muito mal. Quando você sabe que o sujeito não vai poder ter mais uma qualidade de vida... e ele espera que você diga uma coisa diferente para ele, e você vai dizer o quê? Muitos sofrem porque tinham uma esperança de possibilidade de cura, contudo, com o tempo a doença se cronicou. No hospital a gente acaba lidando muito com esse lado da desesperança, entendeu? A gente sempre tá lidando com situações limítrofes, difíceis de lidar” (Zélia).

“... O paciente vem fragilizado, ele espera acolhimento, é um momento difícil... e eu percebo que nós não estamos preparados pra isso. Os profissionais não querem se envolver, dizem que não podem levar o problema do outro para casa. Acho que a gente deveria se colocar mais no lugar do outro, porque todo mundo pode ficar doente, todo mundo é humano... Eu acho que esse afastamento tem vários fatores, é um pouco da cultura, são os modelos, os preconceitos, é muitas vezes a visão do que é o meu papel, a minha profissão. Mas o fato é que ele existe, e nós temos dificuldades de encarar isso” (Cecília).

O depoimento dos profissionais os situa num contexto do vivido em que precisam lidar cotidianamente com as situações de dor e sofrimento, contudo a situação biográfica destes revela que não estão habilitados para lidar com tais expressões, tipificadas por provocarem sentimentos de “medo”, “tristeza”, “dor”, “frustração”, “angústia”, “desesperança”. A dificuldade para lidar com esses sentimentos, por sua vez, leva o profissional a adotar uma atitude de afastamento em relação ao sofrimento do outro, o que pode representar uma defesa pessoal frente aos sentimentos que não consegue administrar. Diante desta situação, conforme disse uma das assistentes sociais, o profissional “vai endurecendo”.

Menezes (2004: 2004) referenciando Castra (2003), observa que, geralmente, os profissionais de saúde formulam estratégias auto-defensivas em seu trabalho, como a preeminência dada às tarefas técnicas, à hiperatividade ou à

indiferença afetiva, propiciadas por um distanciamento excessivo do drama vivido pelo doente.

Neste sentido, as dificuldades que enfrentam os assistentes sociais para lidar com as emoções imanentes do cotidiano de sofrimento onde atuam, demanda uma reflexão no sentido de criar estratégias que possibilitem a estes profissionais compreender e melhor gerir seus sentimentos. Faz-se necessário compreender que as relações na assistência hospitalar só poderão ser humanizadas se os profissionais também forem objeto desta humanização. Assim como enfatizou uma das assistentes sociais, o profissional não está do outro lado, ou seja, os profissionais também vivenciam a situação de dor e sofrimento vivenciado pelos sujeitos com os quais trabalha. Embora os profissionais estejam na instituição hospitalar para cuidar, também precisam ser cuidados. Precisam de um suporte humano para lidar com emoções tão delicadas que enfrentam. Pensamos que uma das estratégias para ajudar não só o assistente social, mas também todos os profissionais de saúde, a lidar melhor com tal situação, seria investir na criação de espaços de encontro onde estes pudessem expressar suas demandas emocionais (cursos, oficinas, grupos de reflexão etc.) de modo a aprender melhor gerir seus sentimentos, através do diálogo solidário com a equipe de saúde. Nesta perspectiva, todos teriam a oportunidade de estar mais atentos aos seus próprios sentimentos e aos sentimentos de seu próximo, não precisando recorrer à indiferença como meio de defesa pessoal. Neste sentido, o encontro e o diálogo apresentam-se como dimensões essenciais para problematizar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais. O encontro mostra-se como possibilidade de o profissional estabelecer um intercâmbio subjetivo, revelando ao outro suas angústias e dificuldades e conhecendo as angústias e dificuldades do outro. Através do diálogo o profissional pode, a partir da troca de conhecimentos, estimular o exercício da capacidade reflexiva, descobrindo novas alternativas para lidar com as angústias e dificuldades enfrentadas cotidianamente. Pensamos que é premente que se estimulem a criação destes espaços de reflexão entre profissionais, a fim de aprimorar a qualidade ética das relações que constroem.

Significados da “ficha social” como instrumento de intervenção

Os assistentes sociais que entrevistamos, apontaram a “ficha social” como um instrumento que tipifica a sua ação profissional no âmbito da assistência hospitalar. A aplicação da ficha é, deste modo, um procedimento cotidiano na abordagem realizada pelos assistentes sociais junto aos sujeitos internados no hospital e/ou a seus familiares. Esta “ficha social”, assim denominada pelos profissionais, é um instrumento utilizado por estes nos diversos setores em que atuam. A ficha é comumente empregada nas entrevistas com os sujeitos e segue um padrão caracterizado por conter perguntas preestabelecidas e bastante diretivas, abrangendo aspectos tais como: situação familiar, situação sócio-econômica, religião, situação de saúde, entre outras. Quando relacionado ao tema “humanização”, este instrumento de intervenção é percebido pelos assistentes sociais de modos diferentes. Para alguns profissionais ele assume o significado de valor, enquanto na visão de outros, ao ser aplicado como valor em si, ele se torna um mero reprodutor da burocracia institucional. Na primeira situação, ao considerar a aplicação da ficha um procedimento fundamental, a fala dos profissionais nos leva a compreender que o “motivo por que” desta ação está relacionado a um “modelo de ação” caracterizado pela padronização dos atendimentos:

“Eu sou a favor da ficha social, sempre fui. Eu acho que numa instituição como esta o Serviço Social tem que lançar mão de algum instrumento para direcionar sua prática. Porque a ficha já ajuda a direcionar para aquelas informações que a gente precisa levantar. Então a ficha como instrumento de intervenção é importante para sistematizar a nossa prática” (Cecília).

“Eu considero a ficha importante porque nos permite estabelecer um padrão de atendimento” (Adélia).

“A ficha como instrumento do Serviço Social é importante porque já direciona a sua ação para aquelas questões recorrentes, já demonstra que a pessoa tem problemas familiares, mora sozinha, está desempregada” (Cora).

“A ficha é necessária, porque a ficha te ajuda a fazer um trabalho mais diretivo, mas fechado. A ficha já traz as questões que você precisa trabalhar, e aí a gente vai aprofundando essas questões” (Zélia).

Percebe-se, a partir dos depoimentos que, o emprego da “ficha social” como um instrumento de intervenção ganha sentido num contexto situacional tipificado pela padronização das abordagens. Neste sentido, o que motiva a ação não é a

intenção de estabelecer uma relação do tipo face a face (Schutz, 1970), ou seja, uma relação de reciprocidade, onde o sujeito é apreendido em sua singularidade. Ao contrário, o interesse consiste no estabelecimento de uma abordagem pré-estruturada e despersonalizada, um tipo de abordagem que não é construído *com* o outro, mas *para* o outro. Pensamos que, ao adotar esta perspectiva, o assistente social afasta-se da compreensão de que somente na abertura ao diálogo será possível conhecer o outro e, por conseguinte, as suas demandas. Portanto, sendo a “ficha social” tipificada como “uma exigência de estabelecer um padrão de atendimento”, o profissional incorre na perspectiva de desconsiderar a possibilidade de construção de um diálogo que favoreça a troca recíproca de palavras com o outro, respeitando, nesta relação, a sua singularidade.

Deste modo, a redução do atendimento do assistente social ao simples preenchimento de uma “ficha social”, pode representar uma relação assimétrica e monológica, na medida em que o profissional ao orientar-se por perguntas padronizadas não possibilita que o sujeito expresse a sua palavra de maneira livre e autônoma. Nesta situação, o que se presencia não é a construção de uma relação Eu-Tu, mas sim uma relação Eu-isso (Buber, 1974), pois o que interessa não é a presença do outro como sujeito consciente e participativo, mas a sua “utilização” como um mero “informante”. Não estamos querendo dizer aqui que o ato de colher informações necessárias aos procedimentos técnicos seja irrelevante. Muito pelo contrário, é importante, sem dúvida. Entretanto, para a realização de um trabalho humanizado, faz-se necessário que o assistente social ultrapasse as abordagens mecanicistas e repetitivas, a fim de dar dignidade ética à palavra dos sujeitos com os quais atua cotidianamente, lembrando sempre que, conforme defende Deslandes (2004), resgatar a humanização implica na valorização do diálogo, já que este é a antítese da violência. Pensamos deste modo, que o momento da abordagem do assistente social aos sujeitos precisa ser enriquecido pela intencionalidade de estabelecer um encontro, onde seja possível, através da atitude de acolhimento, conhecer o outro. Isso exige, para além do preenchimento de uma “ficha social”, permitir que o outro possa expressar livremente as suas questões, estando o profissional atento para compreendê-las e, assim, poder oferecer ajuda. É necessário afirmar que o compromisso do profissional é em primeiro lugar com os sujeitos.

O “motivo a fim de” da utilização da “ficha social” pelo assistente social está diretamente relacionado a certa “visibilidade” que, assim como acreditam alguns profissionais, a realização deste procedimento confere ao seu trabalho. Este aspecto é expresso nas seguintes falas:

“Eu acho que a ficha social é um instrumento que a gente não pode abrir mão, porque quando a gente não preenche a ficha corre o risco de não ter o nosso trabalho reconhecido formalmente. Ou seja, a ficha social é o mínimo instrumento que temos para mostrar a nossa ação” (Cecília).

“Porque muitos assistentes sociais fazem um bom atendimento, mas que se encerra ali na sala dele e pronto, acabou. Aí o seu trabalho não tem visibilidade, ninguém sabe e, palavras voam ao vento... Eu acho que nessa instituição a ficha social é um instrumento que ajuda a, de alguma forma, mostrar a nossa intervenção” (Adélia).

“A ficha social é importante porque é um instrumento que ainda é reconhecido pelos outros profissionais de saúde como um local onde ele vai obter informações do paciente e sobre a intervenção do Serviço Social. Ela é a nossa referência, a nossa visibilidade. Se a gente nega esse nosso referencial, aí fica mais difícil... Somos poucas... Porque a ficha social é uma das primeiras folhas que tem lá no prontuário, é fácil de identificar” (Cora).

A tipificação da “ficha social” como um instrumento que tem por finalidade dar “visibilidade” à ação profissional no contexto da assistência hospitalar, evidencia que o assistente social assume uma ‘atitude natural’ que o faz ter a falsa impressão de que o seu trabalho será “reconhecido” a partir do simples preenchimento de uma ficha, reforçando, assim, a lógica institucional burocrática. Tal atitude representa, na nossa ótica, um caráter alienador, no sentido em que não vislumbra outros horizontes que possibilitem outras formas nas quais a ação profissional possa ser realmente valorizada, revelando todo o seu potencial crítico e criativo. Neste sentido, deve-se estar atento para compreender que, assim como afirma Carvalho (1991: 72) “a ação do assistente social só é desalienadora se este é presença no mundo e tomada de posição frente ao mundo”. Para que o assistente social exerça uma ação desalienadora, faz-se necessário que este assuma, no contexto das abordagens realizadas, a atitude do cuidado, como forma de perceber a existência do outro não como mero objeto fornecedor das informações necessárias ao funcionamento da rotina institucional, mas sim como presença viva, capaz de comunicar a sua experiência de forma autêntica. Pensamos que o momento da entrevista do assistente social com os sujeitos é, por excelência, o espaço de comunicação onde o outro pode se presentificar, revelando seu modo de

existir na relação consigo, com os outros e com o mundo. Noutras palavras, é no espaço-tempo da entrevista que o sujeito pode exercer um papel ativo, uma vez que o assistente social perceba-o como sujeito e lhe provoque a coragem de ser participante, expressando suas questões com autonomia para decidir. Para tanto, é mister que o profissional seja capaz de enxergar no outro um sujeito que tem o direito de comunicar-se com liberdade. Esta liberdade de comunicação envolve, inclusive, o respeito ao silêncio do outro.

Conforme já dissemos inicialmente, alguns profissionais, apesar de identificarem a aplicação da “ficha social” como um instrumento que tipifica a ação dos assistentes sociais no âmbito da assistência hospitalar, teceram críticas ao modo como este instrumento é empregado na rotina de trabalho. Segundo estes profissionais a ação de preenchimento da ficha social acaba por sobrepor-se à possibilidade de estabelecer uma relação mais humanizada com os sujeitos. Deste modo, o “motivo por que” da crítica a este instrumento de intervenção, mostra-se relacionado ao fato de que o mesmo não favorece a construção de uma relação de valorização do processo comunicacional, constituindo-se numa ação que burocratiza a prática profissional. Neste sentido, evidencia-se como zona de relevância para os profissionais, uma maior preocupação em estabelecer um processo de comunicação com os sujeitos antes de ater-se ao procedimento de preenchimento da ficha social. Vejamos de que modo tal aspecto é evidenciado na fala dos assistentes sociais:

“Em minha opinião, você não têm que aplicar a ficha na hora em que você está entrevistando o paciente. Você tem que entender que naquele momento você não tem que aplicar a ficha social, porque naquele momento a condição do paciente não lhe permite. Você tem que ter bom senso para entender que naquele momento você não tem que estar usando aquele instrumento. Porque naquele momento o mais importante é você estabelecer uma comunicação, um vínculo de confiança” (Lygia).

“Eu acho melhor fazer a entrevista e, depois, eu vou preencher a ficha com os dados que são relevantes, sempre esclarecendo para o usuário porque aqueles dados são relevantes. Porque com essa coisa de preencher a ficha você acaba caindo na robotização. Você acaba fazendo uma série de perguntas sem esclarecer para a pessoa o porquê e o para que daquelas perguntas” (Clarice).

“Porque tem assistentes sociais que não sabem fazer outra coisa, outra intervenção, se ele não tiver a ficha na mão para preencher. Em muitos casos a pessoa nem retorna ao Serviço Social. Porque em muitos casos o profissional quando está apenas preocupado em preencher a ficha, não permite que o outro coloque suas

dúvidas, não abre espaço para que ele fale livremente. Dessa forma, a gente acaba burocratizando a nossa prática” (Ana Maria).

A percepção desses profissionais acerca da utilização da ‘ficha social’ com um meio de comunicação, mostra que este instrumento pode provocar um distanciamento na relação com os sujeitos, condicionando o assistente social a uma abordagem burocratizada que não possibilita que o outro assuma um papel ativo na comunicação. Percebemos, assim, que ao valorizar o preenchimento da “ficha social” em detrimento de uma relação dialógica, o profissional reduz o sujeito a condição de “objeto sem história” (Carvalho, 1991). Isto porque, a abordagem não se fundamenta na abertura ao outro, na disponibilidade para encontrar o outro em ações e palavras (Arendt, 2001). Neste sentido, sustentamos que a substituição da ‘ficha social’ como meio de comunicação nas abordagens do assistente social na assistência hospitalar pelo investimento no diálogo é uma exigência ética para a humanização da ação profissional, entendendo-se que uma relação verdadeiramente humanizada sustenta-se na reciprocidade e na solidariedade, e não no cumprimento de uma abordagem “burocrática”. Assim, e necessário compreender, conforme ressalta Carvalho (1991: 73), que:

O assistente social necessita perceber que o mundo social não é um ‘objeto ou soma de objetos’ e que a sociedade não é objeto para um ‘eu penso’ solitário (...) a comunicação com o outro se estabelece pela mediação dos gestos que possibilita que os pensamentos do sujeito e os pensamentos do assistente social se harmonizem tornando-os colaboradores recíprocos.

Neste sentido, compreendemos que a abordagem do assistente social aos sujeitos no contexto da assistência hospitalar, é o momento privilegiado para que se construa um clima da confiança caracterizado pelo diálogo que valorize a reflexão intersubjetiva, onde haja reciprocidade no falar e no ouvir, fazendo valer o direito do outro se sentir sujeito ativo na comunicação. É no clima empático e respeitoso da escuta crítica e atenta - onde o profissional dialoga prazerosamente com o sujeito, onde o outro “tem uma face” – que as relações entre assistente social-sujeitos pode humanizar-se. Nesta perspectiva, a ação torna-se acolhedora. A proximidade com a subjetividade dos sujeitos como valorização do contato humano torna, também, a prática do assistente social uma prática do cuidado.

A humanização na relação com a família

A temática família surgiu para os assistentes sociais entrevistados como um dos eixos centrais no que tange a humanização da sua prática profissional. Neste sentido, a relação entre humanização e família, mostrou-se como uma zona de relevância que ganha significado no depoimento dos assistentes sociais a partir da tipificação da família como “uma presença importante junto aos sujeitos adoecidos durante a internação”. Tal importância atribuída pelos profissionais à família pode ser compreendida a partir do sentido expresso por estes nos “motivos por que” e “a fim de” que envolvem esta questão.

O “motivo por que” da ação dos assistentes sociais junto aos familiares dos sujeitos revela um modo de ver a família como: “vínculo”, “apoio”, “suporte social”, “rede social”. Neste sentido, há uma pré-construção dos profissionais acerca da família, que a tipifica como aquele grupo que deve dar o apoio necessário no momento da internação, sendo responsável pelo seu doente. Percebemos que esta tipificação, por sua vez, influenciará no “motivo a fim de” dos assistentes sociais na relação com as famílias, visto que sua ação será direcionada para tornar a família presente no momento da internação, não só para apoiar o sujeito adoecido, mas, em muitos casos, para incentivá-lo a cumprir as rotinas institucionais e servir como suporte na adesão do tratamento terapêutico. Estes motivos são evidenciados nas seguintes falas:

“Com os familiares o Serviço Social tem que discutir a importância da presença destes ao lado do paciente, para fortalecê-lo, ajudá-lo na adesão do tratamento, a administrar melhor as rotinas aqui do hospital. A família é fundamental, é a questão do apoio, do estímulo, do incentivo” (Lygia).

“O trabalho do Serviço Social junto às famílias é imprescindível. A gente tem que ver que quando o paciente tem o apoio da família as dificuldades são menores no sentido em que são divididas. Fica mais fácil encarar o tratamento, as rotinas. As vezes a presença da família determina as condições de saúde do paciente. Quando a família está presente tem uma diferença muito grande na qualidade do tratamento do paciente, na alta...” (Clarice).

“No momento da internação o nosso foco é muito a família. A gente sempre procura a rede, e a primeira rede social é sempre a família. A família é que vai estar garantindo o suporte do acompanhamento do tratamento... Tem muitas situações aqui que a gente trabalha mais com a família do que com o próprio usuário. Situações difíceis, como por exemplo, questões de diagnóstico. A questão da própria aceitação do diagnóstico. Então a família é muito importante, ela é o nosso grande aliado na instituição” (Ana Maria).

“Eu sempre procuro envolver os familiares no processo saúde-doença, porque é muito difícil o paciente lidar sozinho com o processo saúde-doença. Por isso, sempre nos meus atendimentos, eu tento conduzir as entrevistas de modo a articular um pouco a interação da família com o doente, por que no momento em que ele precisar de uma nova internação ou tiver uma situação de agravo da doença ele precisa ter um suporte para estar ajudando, e quando ele não tem a família, eu tento buscar quais outras relações ele pode se aproximar para que ele tenha esse suporte, principalmente no momento em que ele precisar de uma internação, no momento da alta” (Zélia).

“A família é muito importante porque ela é o suporte social, ela é a vida do sujeito. A família é um elo muito importante. Ela tem que ser estimulada pelo Serviço Social a participar, a estar todo dia no hospital. A gente informa para a família as rotinas, os horários. Orienta sobre a questão da infecção hospitalar. A família também é importante nessas questões da rotina” (Cora).

A presença da família junto ao sujeito adoecido no período da internação é, sem dúvida, muito importante, pois, é neste momento que a pessoa tende a vivenciar um difícil processo de ruptura com o mundo de suas relações cotidianas – é separada de sua família, de seus amigos e de sua comunidade em momento de crise pessoal (Helman, 2006) - e passa a integrar uma rígida rotina de alienação em relação ao próprio corpo, tornando-se objeto de controle e medicalização (Foucault, 2004). Não podemos esquecer também de que – conforme já evidenciado por autores como Sontag (2002) e Goffman (1988) – a experiência do adoecimento é marcada pela situação de alheamento, discriminação e preconceito em relação ao sujeito adoecido, pois a doença não se restringe apenas a dimensão física, mas também assume uma dimensão simbólica, repleta de significados negativos gerados a partir do seu uso como símbolo ou metáfora, que, quando projetados no contexto das relações sociais e intersubjetivas, provocam sofrimento, isolamento e exclusão. Por isso, a preservação dos vínculos sócio-afetivos com o grupo familiar é fundamental para a humanização da assistência hospitalar.

Contudo, a compreensão da família como uma presença importante não deve se confundir com o entendimento desta como uma mera “administradora das rotinas hospitalares”. Para além deste entendimento, o assistente social precisa compartilhar o seu espaço de atuação com a família de modo a vê-la, nos seus diversos arranjos contemporâneos, como um grupo em potencial, ou seja, como diz Szymansk (2002: 10):

(...) olhar para esse agrupamento humano como um núcleo em torno do qual as pessoas se unem, primordialmente por razões afetivas, dentro de um projeto de vida em comum, em que compartilham um cotidiano, e, no decorrer das trocas intersubjetivas, transmitem tradições, planejam seu futuro, acolhem-se.

Deste modo, a presença da família junto ao sujeito adoecido no momento da internação não deve ser tomada como um fim em si mesmo, mas, tendo por objetivo atingir uma ação humanizada do assistente social, o foco da preocupação deve ser a busca da compreensão do modo como esta presença pode favorecer as trocas intersubjetivas, com vista à valorização da construção de vínculos afetivos e, por conseguinte, do fortalecimento humano-social dos sujeitos que compartilham esta relação. Nesta compreensão, que vai além da rotina institucional, a família não é apenas um “suporte” no momento da internação. A família, como aquele grupo com o qual se compartilham as experiências vividas no cotidiano, é também parte efetiva neste processo no qual se experimenta a condição de estar doente. Ela não é apenas cuidadora, mas também sujeito do cuidado profissional, por meio da construção de uma relação do tipo “Nós” (Schutz, 1970), ou seja, uma relação de permanente diálogo. A atitude do cuidado do profissional para com a família significa uma preocupação com a valorização dos vínculos afetivos e do compromisso com a situação daquele grupo, fazendo-se presença solidária.

Percebemos que a pré-construção da família como “suporte” no momento da internação pode levar o assistente social a assumir uma “atitude natural”, que restringe a compreensão da família a dois tipos bipolares: “a família presente” e “a família ausente”:

“Existem vários tipos de famílias, a família presente, aquela família que acompanha o tratamento e está sempre com o seu doente. E existe também a família ausente, aquela que some da instituição, não colabora, nunca vem visitar” (Cora).

“A gente cobra muito a presença da família no tratamento do paciente. Porque têm muitas famílias ausentes que não querem se responsabilizar. Mas também têm aquelas que são muito responsáveis, estão sempre ajudando” (Cecília).

“As famílias são muito diferentes, têm aquelas que são presentes, estão todo dia aqui, mas têm outras que te dão trabalho porque não vêm... A gente tem que cobrar a presença desta família que não vem, porque o paciente precisa de alguém do lado dele” (Clarice).

Pensamos que um trabalho humanizado junto às famílias precisa ultrapassar estas classificações: família ausente / família presente, pois elas podem desfavorecer a estratégia de aproximação e a construção de vínculos afetivos, na medida em que o assistente social ao classificar a família como ausente pode se distanciar da oportunidade de investir no diálogo com esta. Nesta perspectiva, as relações com a família, podem tornar-se progressivamente anônimas ao afastarem-se da situação face-a-face (Schutz, 1970). O profissional deixa, desta maneira, de conhecer a realidade vivida da família que não comparece à instituição, problematizar reflexivamente com esta os seus motivos e se disponibilizar a construir com a mesma alternativas que potencialize a sua presença como co-responsável neste momento. Neste caso, a atitude do diálogo, onde todos são presença viva e consciente, é o que irá favorecer a aproximação da família. No diálogo a família poderá ser acolhida, na medida em que o profissional se predispõe a ouvir e compartilhar com ela suas dificuldades, ultrapassando, desta forma, a sua classificação como ausente. Nesta perspectiva, há a possibilidade de alargar-se o espaço da intercomunicação, favorecendo-se através do encontro, a construção de relações mais próximas, empáticas e solidárias.

É preciso levar em conta, conforme enfatiza Szymanski (2002), que as experiências vividas no dia-a-dia dos membros da família são continuamente interpretadas no contexto de sentimentos e disposições afetivas. Isto significa que os conteúdos afetivos da relação familiar precisam ser levados em consideração pelo assistente social, compreendendo-se que “as trocas afetivas na família imprimem marcas que as pessoas carregam a vida toda, definindo direções no modo de ser com os outros afetivamente e no modo de agir com as pessoas”. Neste sentido, o modo de ser afetivo é um modo construído ao longo da vida, não ocorre no vazio, mas, situado social e historicamente. E sendo este modo construído, isto quer dizer que ele pode ser aprendido. Deste modo, o trabalho do assistente social com as famílias no cotidiano da assistência hospitalar, numa perspectiva de cuidado, pode assumir a proposta de uma prática educativa, ao valorizar a possibilidade de construção e reconstrução de atitudes de respeito, afetividade, reciprocidade e solidariedade entre os membros da família.

A fala de duas profissionais evidencia a necessidade de se pensar o trabalho do Serviço Social com as famílias para além dos tipos “presente” e “ausente”,

buscando-se estar mais atento para a necessidade de estabelecer uma comunicação que possibilite uma melhor compreensão da realidade vivida das famílias:

“Eu vejo que a gente cobra muito a presença da família, mas acaba-se perdendo o canal de comunicação com essa família. A gente não pode perder esse canal. Tem que estar mais atento para compreender o que significa ter um paciente internado, quais são as dificuldades dessa família. Essas são questões que a família traz para o Serviço Social e precisam ser mais percebidas” (Clarice).

“Eu comecei a pensar também que ninguém pára para ouvir a família, a família sofre cobranças, a família adocece junto, porque tem um ente internado, e também tem as suas responsabilidades lá fora... Nem todo profissional consegue dar conta disso, nem todo mundo têm interesse nisso, porque é trabalhoso... Então eu acho que a gente tem que pensar mais na família, acolher a família, porque aí a gente vai estar humanizando” (Cora).

Percebe-se que no cotidiano do trabalho dos assistentes sociais, a compreensão da realidade vivida pelas famílias acaba não sendo um foco de atenção, fato que demanda uma maior capacidade de percepção e interesse por parte dos profissionais, de modo a investir mais no diálogo com esses sujeitos. Pensamos, assim, que a família precisa ser mais incluída no cotidiano das atividades realizadas pelo assistente social, numa perspectiva de acolhimento, o que exige que o profissional se disponha a construir relações mais próximas com este grupo, valorizando suas palavras e dando centralidade as suas demandas.

Compreendemos desta forma, que a humanização da ação do assistente social na relação com a família precisa ter como norte central a intencionalidade de construção de um agir sempre orientado pelo diálogo que promova o acolhimento destes sujeitos e a sua valorização como co-participantes neste processo, representando este um desafio a ser buscado cotidianamente para que se humanizem as relações.

A humanização como interdisciplinaridade

A questão da interdisciplinaridade é vista, pelos assistentes sociais, como um desafio para se atingir um trabalho humanizado na assistência hospitalar. Entretanto, o trabalho interdisciplinar surge para estes profissionais como uma zona de relevância cuja tipificação expressa o sentido de “grande dificuldade de realização deste estilo de prática no cotidiano”. Neste contexto, o “motivo por

que” desta dificuldade revela-se “num modo de vivenciar o cotidiano das práticas de saúde de forma isolada e fragmentada”. Já o “motivo a fim de” deste estilo de trabalho, segundo a ótica dos assistentes sociais entrevistados, assume o sentido de “favorecer uma melhor qualidade do atendimento prestado”. O conteúdo dos depoimentos evidencia que a intenção de construção de um trabalho interdisciplinar, na cotidianidade das práticas de saúde, acaba se tornando uma realidade distante, uma zona da realidade cotidiana cujo interesse é menos intenso, na medida em que a ação dos profissionais, no dia-a-dia, se estrutura de forma isolada. Nas falas a seguir podemos perceber que ao mesmo tempo em que o trabalho interdisciplinar é valorizado pelos profissionais (motivo a fim de), este mesmo trabalho é impossibilitado pela fragmentação das relações (motivo por que):

“Quando você realiza um trabalho mais interdisciplinar, você consegue oferecer uma atuação de melhor qualidade. Porque enquanto equipe a gente não trabalha sozinho. Mas aqui neste andar que eu estou é muito difícil, a rotatividade de profissionais é muito grande e por isso as relações são muito superficiais. É uma pena, por que quando você tem a oportunidade de trabalhar em equipe você prioriza mais o sujeito, discute a sua situação, não fica só restrito a doença. Eu percebo que sem as reuniões de equipe não se criam vínculos entre os profissionais e tampouco entre os profissionais e os pacientes” (Lygia).

“Eu acho que o grande desafio é os profissionais compreenderem que um trabalho humanizado é um trabalho interdisciplinar. O trabalho interdisciplinar é muito importante, porque quando a gente consegue trabalhar de uma forma interdisciplinar, a gente consegue melhorar a qualidade do atendimento... A equipe consegue se entender melhor em benefício do próprio usuário... A gente discute antes de qualquer coisa... O hospital, ao longo dos anos, vem caminhando preponderantemente para trabalhar com os programas e projetos, e foram ficando mais crescente as equipes multiprofissionais, mas que na prática são poucas que conseguem interagir, socializar as informações, trocar, realizar um trabalho articulado, ter uma exata noção do que é o significado, do que é o conteúdo de um trabalho interdisciplinar. Eu percebo que a gente ainda tem que caminhar mais, avançar mais para entender isso... na medida em que os profissionais entenderem esse conceito, aí eu acho que a qualidade do atendimento vai ser melhor. Esse é um grande desafio... Porque o meio é um meio que afasta, que fragmenta as relações” (Cecília).

“O trabalho interdisciplinar é com certeza um trabalho primordial. Agora, ele é muito difícil. Porque depende da disponibilidade de os profissionais estarem compartilhando as suas dificuldades. Ele exige um nível de conhecimento e de aproximação maior, né! Acaba sendo mesmo um trabalho multiprofissional. Eu vejo que no cotidiano do trabalho, aqui na unidade, fica mais no multiprofissional mesmo” (Clarice).

“A interdisciplinaridade é algo muito importante. Porque parte do pressuposto que o ser humano é um ser integral. Porque se a gente entende a saúde como uma questão mais ampla, que ultrapassa a própria hospitalização, então a interdisciplinaridade é o melhor caminho. Você não consegue fazer nada sozinho... Mas, eu acho que a interdisciplinaridade no Serviço Social ela não existe não. A coisa está muito multiprofissional ainda: o que é da minha parte, o que é da sua parte, o que a minha parte facilita a sua... Ainda não tem muita iniciativa do Serviço Social em buscar a dimensão interdisciplinar nos atendimentos” (Ana Maria).

Percebemos que a fala dos profissionais mostra um modo de vivenciar o cotidiano da assistência hospitalar tipificado pela fragmentação e pelo distanciamento nas relações, em detrimento do ideal de se alcançar uma ação compartilhada e cooperativa com os demais profissionais de saúde. Apesar de a interdisciplinaridade representar, na ótica dos profissionais, a possibilidade de uma melhor qualidade do atendimento prestado, ela se torna distante na medida em que a fragmentação das ações já é algo pré-fixado, vivido na “atitude natural”, produzido e reproduzido por uma cultura institucional individualista, onde “cada profissional faz a sua parte”, não se esforçando para construir um diálogo plural entre as disciplinas. Desta forma, o modo de agir fragmentado não favorece o modo de ser cooperativo, distanciando-se, assim, de uma relação do tipo “Nós”.

A reflexão acerca da construção de uma prática interdisciplinar apresenta-se então como um desafio premente³⁹, tendo em vista que o Serviço Social, até por sua natureza interventiva, coloca-se em situações onde o trabalho em equipe é exigido (Seiblit, 1995). Este fato implica, no plano prático-operacional, o estabelecimento de estratégias que favoreçam a efetivação de um diálogo solidário com os profissionais de saúde, na prestação de serviços e no trabalho científico (Severino, 2000).

Segundo Japiassu (1976: 74)⁴⁰ a interdisciplinaridade se caracteriza, basicamente, “pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de

³⁹ Cabe aqui lembrar que o Código de Ética Profissional do Assistente social (1993), em seu Capítulo III, intitulado: “Das relações com assistentes sociais e outros profissionais”, estabelece como dever do assistente social: “incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar”.

Vale ainda ressaltar que a operacionalização do SUS (Sistema Único de Saúde) depende, entre outros, do princípio da interdisciplinaridade, “caracterizado pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas, sendo condição necessária para a viabilização do princípio da integralidade, uma vez que este só se realiza com uma abordagem e uma atuação interdisciplinar” (Souza, 2001: 59).

⁴⁰ Para uma leitura aprofundada acerca da questão da interdisciplinaridade ver: JAPIASSU, Hilton. Interdisciplinaridade e Patologia do Saber. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1976.

integração real das disciplinas”. Portanto, na ótica do referido autor, a interdisciplinaridade requer uma colaboração entre as disciplinas, de modo a estabelecer certa reciprocidade nos intercâmbios, resultando desta interação um enriquecimento das disciplinas. Japiassu (1976: 75) defende a idéia de que:

O papel específico da atividade interdisciplinar consiste, primordialmente, em lançar uma ponte para religar as fronteiras que haviam sido estabelecidas anteriormente entre as disciplinas com o objetivo preciso de assegurar a cada uma seu caráter propriamente positivo, segundo modos particulares e com resultados específicos.

Assim, pensamos que a interdisciplinaridade só pode ser alcançada através do diálogo, e isto requer um modo de ser solidário, onde sendo a solidariedade a marca da relação entre os profissionais, todos os conhecimentos são aceitos e transcendidos (Silva, 1981), resultando daí uma cooperação como elemento fundante da humanização. Conforme enfatiza Picado (1994: 39):

A concepção interdisciplinar, por sua proximidade com o movimento da vida, exige a ruptura com as abordagens mecanicistas, reducionistas, parciais e superficiais. Fundamenta-se numa visão ampliada e profunda, possível pela superação das prematuras e ortodoxas especializações, as quais buscam artificialmente dar conta da saúde-doença a partir da fragmentação humana, perdendo de vista o ser do humano.

É importante reforçar a idéia de que um trabalho humanizado só pode existir na medida em que se valorize o espírito de cooperação entre os homens. Schutz (1970) nos diz que a cooperação está na base da relação intersubjetiva. A cooperação é a combinação das percepções, das intuições e das razões, tendo em vista objetivos comuns. Para o autor, o mundo se organiza graças à cooperação, engajando todos os tipos de faculdades pertencentes à pluralidade de sujeitos reais e possíveis. Assim, é fundamental que o assistente social, encaminhando-se para a perspectiva interdisciplinar, invista no aprimoramento de sua capacidade de articulação cooperativa, de modo a compreender o caráter de incompletude do seu saber e dos outros saberes, desenvolvendo junto a própria equipe atividades que propiciem as trocas de informação e de saber necessárias à solução das questões que se colocam na prática (Seiblitiz, 1995: 68). Neste aspecto, a perspectiva do encontro coloca-se como possibilidade de compartilhar um espaço privilegiado de relacionamento, onde, a partir da capacidade reflexiva, da descoberta, construa-se

uma prática cooperativa, aberta aos diferentes pontos de vista e comprometida com um bem comum que é a promoção da saúde.

Em certos casos, podemos observar que o modo de vivenciar a fragmentação das relações profissionais é de tal modo interiorizado na cotidianidade, que leva o profissional a uma “atitude natural” que o faz ter a falsa impressão de que a sua mera presença na realização de tarefas individuais junto aos demais profissionais de saúde, configura-se num trabalho de cunho interdisciplinar:

“Eu acho que a gente estabelece uma relação muito boa, porque é cada um cuidando de sua parte. Porque a equipe tem que ser aliada do Serviço Social, porque senão, nada anda também. Eu tento mostrar para eles que se o paciente não estiver ‘socialmente conduzido’, ele não vai responder ao tratamento do médico, não vai vir à consulta... Eu participo de um round (abordagem da equipe profissional no leito) pela manhã - são duas vezes na semana – que o médico vai falar sobre a doença, sobre a patologia, sobre as intercorrências, e eu aproveito para observar se tem demanda para o Serviço Social. Quando aquele round termina eu já pontuei as necessidades do paciente. Eu acho que aí é que se dá o trabalho interdisciplinar” (Adélia).

Compreendemos, a partir da fala desta assistente social, que o modo de vivenciar o cotidiano da saúde de forma fragmentada assume uma facticidade tão evidente na realidade vivida, que acaba tornando-se algo não problemático, que não requer maiores questionamentos. Assim, a fragmentação é concebida como uma realidade da vida cotidiana e por isso “não requer maior verificação, que se estenda além de sua simples presença. Está simplesmente aí, como facticidade evidente por si mesma e compulsória” (Berger e Luckmann, 1974: 40). Pensamos que tal “modo de ser fragmentado” só poderá ser rompido se o profissional, na atitude crítica do diálogo, descentrar de si, da “sua verdade”, para abrir-se ao ponto de vista do outro, compreendendo que um trabalho de qualidade ética depende, sobretudo, da complementaridade dos diversos conhecimentos, numa perspectiva de colaboração. Assim é necessário que o assistente social tenha uma postura de acolhimento também com os profissionais, abrindo-se para perceber o ponto de vista do outro, entendendo que uma prática de qualidade é sempre uma construção imanente do “existir com”.

A fragmentação das relações cotidianas é evidenciada pela fragilidade e distanciamento da comunicação entre o assistente social e os demais profissionais de saúde. A fala de alguns profissionais deixa transparecer que esta comunicação -

este diálogo que deveria permear a prática profissional e que caracteriza um trabalho interdisciplinar – só acaba acontecendo em momentos tipificados como “problemáticos”, onde a comunicação, por efeito da rotina institucional, torna-se praticamente obrigatória. Assim, o objetivo da “interação” não é a troca, o diálogo entre as disciplinas, mas cumpre o mero papel de resolução de “problemas”:

“...Um exemplo disso é quando você orienta que a família tem direito a um benefício, a LOAS por exemplo, e aí você precisa de que o médico faça uma declaração consistente, relatando a situação do paciente, o seu diagnóstico, as dificuldades, para poder avaliar se essa pessoa tem condições de receber o benefício. Aí, às vezes o médico vai e escreve três linhas no papel e entrega para o paciente. Nestes casos eu tenho que me dirigir ao médico e pedir por favor para que ele faça uma declaração mais detalhada” (Lygia).

“O trabalho interdisciplinar só acontece em decorrência da necessidade. Porque se não houver necessidade, se for um paciente ‘comum’, que atenda todos os objetivos dos demais profissionais, dificilmente os profissionais vão se reunir para trocar. Agora, se surgir um ‘problema’, aí a equipe toda participa. Então a nossa intervenção acaba se dando independente do que o outro profissional está pensando... Reunião de equipe, só quando tem um problema do tipo, por exemplo, quando o paciente não quer autorizar algum procedimento, aí precisamos nos reunir para conversar com a família... Então esse trabalho não é uma rotina, quando na verdade deveria ser” (Ana Maria).

“...Geralmente os outros profissionais encaminham para o Serviço Social. A interação dos profissionais, na dinâmica do cotidiano, é mais em momentos complicados, momentos como, por exemplo, na situação do óbito, numa situação de conflito dentro da enfermagem, numa situação de dificuldade do paciente sair no momento da alta” (Zélia).

Observamos a partir dos relatos acima, que a comunicação estabelecida entre o assistente social e os outros profissionais de saúde não se dá numa intenção de reciprocidade, onde a intercomunicação ocorre num sentido de intercompreensão (Schutz, 1970). Neste sentido, o que orienta a comunicação não é o desejo de construção de um diálogo entre as disciplinas com vista à cooperação na realização de um trabalho comum, mas, ao contrário, a comunicação é orientada apenas pelo interesse de dar andamento a rotina institucional, reforçando, ainda mais, o caráter fragmentado das práticas de saúde. Esta perspectiva de interação entre os profissionais é avessa à proposta interdisciplinar, pois demarca encontros entre especialistas orientados apenas pelas trocas de dados. Deve-se lembrar sempre que na proposta interdisciplinar os encontros são “considerados o lugar e a ocasião em que se verificam verdadeiras trocas de informações e de críticas” (Japiassu, 1976). Neste sentido,

compreendemos que o processo intercomunicativo entre assistente social e os demais profissionais de saúde precisa transcender a “comunicação burocrática”, para atingir uma comunicação empática, ou seja, um diálogo que nasce da intencionalidade de ir à compreensão do outro profissional, a fim de provocar uma reflexão sobre a qualidade ética do trabalho realizado em equipe.

Percebemos, ainda que, em algumas falas a fragmentação das relações revela, de forma sutil, que a comunicação entre os profissionais não vislumbra o sujeito como pessoa, mas como um “problema a ser solucionado”. Ou seja, o outro só é o foco de atenção da comunicação entre os profissionais em função da sua tipificação como um “caso-problema”, evidenciando que “enquanto as rotinas da vida cotidiana continuam sem interrupção são apreendidas como não problemáticas” (Berger e Lukmann, 1974: 41). Percebemos que nesta situação há uma expressiva ausência da atitude do cuidado na ação profissional, pois na atitude do cuidado o outro é sujeito permanente da pre-ocupação do assistente social, independente da sua condição. Na atitude do cuidado o outro é sempre importante para mim e estou permanentemente dialogando com ele. Na atitude do cuidado o outro nunca é um “caso”, mais sim um sujeito presentificado.

A fala de alguns assistentes sociais indica que, em muitos casos, a interdisciplinaridade não é algo construído a partir da iniciativa dos profissionais em interagir, mas ela se coloca como algo preestabelecido institucionalmente:

“A interdisciplinaridade existe em algumas equipes, mas quando existe o programa já ditou o que é interdisciplinar. Porque muitas vezes é o programa que diz que é interdisciplinar, acatando a um modelo que já está posto. Mas isso não garante que seja realmente um trabalho interdisciplinar, por que o interdisciplinar é ‘o como a gente age’” (Cora).

“A interdisciplinaridade acontece mais nos programas, por que aí já se tem um tema específico, uma equipe formada e a interdisciplinaridade já é uma condição para o trabalho. Mas eu percebo que, mesmo assim, nem sempre ela acontece de fato” (Cecília).

Os depoimentos evidenciam que a interdisciplinaridade não é algo que se alcança através da simples implantação de “modelos”. Os modelos pré-fabricados não são garantia de que a intercomunicação entre as disciplinas se efetive na concretude das práticas cotidianas, incorrendo-se no risco de cair na burocratização. Para além de um modelo institucional de prática, interdisciplinaridade como uma questão de atitude implica numa descoberta,

numa abertura recíproca (Sampaio et al, 2000) que se constrói na intersubjetividade. Este esforço deve ser sempre algo autêntico e nunca imposto. Neste sentido, a interdisciplinaridade como “a solidariedade amigável e responsável entre as disciplinas” (Picado, 1994), demanda uma profunda reflexão para que os profissionais possam resituar e resignificar o seu agir frente à complexidade inerente às práticas de saúde. Desta forma, faz-se necessário apreender o sentido de que, conforme defende Capra (2002: 127):

A saúde tem muitas dimensões, todas decorrentes da complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos e sociais da natureza humana. Em suas várias facetas ela reflete todo o sistema social e cultural, e nunca pode ser representada por um único parâmetro.

As relações de poder existentes no cotidiano das práticas de saúde na assistência hospitalar, constituem-se numa zona de relevância que tipifica a fragmentação das relações entre os assistentes sociais e os demais profissionais. Neste aspecto, os assistentes sociais reclamam que há uma falta de entendimento de alguns profissionais no que concerne as suas competências profissionais:

“Porque muitos profissionais têm um pouco essa leitura, de tentar ‘usar’ o Serviço Social. Como se a gente fosse uma secretária... Para convocar a família, para que estejam presentes na hora em que ‘eles’ estabelecem... Aí tem uma certa ‘proximidade’, mas com o objetivo de dar andamento a rotina” (Lygia).

“Às vezes os profissionais não têm uma clareza do papel do Serviço Social... Têm uma compreensão errônea de que a gente tem que atender o telefone... Dar recado...” (Cora).

“Eu acho que tem que ter o limite do respeito da ação do outro, porque no início quando eu comecei a trabalhar nesta equipe, os profissionais diziam: ‘ô fulana, dá prá você mandar uma carta para a casa do paciente X, porque eu não vou poder atendê-lo, porque eu vou participar de um congresso. Então eu ficava chateada, porque esse não era o meu papel. Não é isso que se deve esperar do trabalho de um assistente social. Eu posso até mandar uma carta para a casa do paciente, por que ele é faltoso, porque ele deixou de vir ao tratamento... Porque eu entendo que esse é também o meu papel, mas não é meu papel mandar uma carta para dizer que o médico não pode atender numa consulta. E isso é uma coisa que acontece no nosso cotidiano de trabalho. Falta uma compreensão maior do nosso trabalho” (Cecília).

“Eu acho que o Serviço Social também tem dificuldade de estabelecer essa comunicação, parece que nós temos medo do outro. Parece que ele tem uma fragilidade e que o outro é superior a ele. Isso é muito ruim, porque se a gente se sente assim, a gente faz assim, né... O fazer cotidiano também vai por esse caminho... Aí eu acho que o atendimento acaba ficando fragmentado, isolado...” (Zélia).

A fala dos assistentes sociais mostra que há uma falta de entendimento dos outros profissionais sobre o seu fazer profissional – geralmente tipificado numa condição de “subalternidade” - e que isto também é reforçado por uma fragilidade no que diz respeito à atitude de se estabelecer uma comunicação horizontal, que possibilite romper como a relação de poder. O fazer profissional é vivido, deste modo, numa perspectiva de isolamento e desentrosamento com a visão interdisciplinar. Esta expressão do vivido dos assistentes sociais no cotidiano das práticas de saúde, chama-nos atenção para a premente necessidade de construção de um diálogo plural nas reuniões de equipe, onde os profissionais possam conhecer e discutir a especificidade das diversas disciplinas que atuam no campo da assistência hospitalar, percebendo-se, neste encontro, a potencialidade das ações de cada profissional para a realização, em conjunto, de um trabalho mais humanizado. Nesta direção, reforça-se a idéia de que a perspectiva interdisciplinar é precisamente: “troca, diálogo com o outro para poder explorar nossa própria potencialidade” (Seiblitiz, 1995: 65). Deste modo, só através do encontro entre as disciplinas - numa perspectiva crítica de conciliação com o ponto de vista contrário - será possível que se provoque uma compreensão sobre o valor de se estabelecer uma relação respeitosa, recíproca e solidária entre profissionais, tendo em vista sempre a garantia da autonomia e da criatividade de cada especialidade. Este processo possibilitará perceber as limitações das várias disciplinas e a necessidade de administrá-las a partir da assimilação de pontos oriundos de variada origem, favorecendo, deste modo, a idéia de totalidade, que dá sentido a cada domínio em particular e a articulação entre eles (Seiblitiz, 1995: 67). Admite-se então, que a ação de qualquer profissional de saúde é um processo sempre inacabado e por isso exige uma troca, uma cooperação com outros profissionais, a fim de garantir objetivos comuns a todos. A partir desta idéia central, surge um esforço no sentido de superar a situação de multidisciplinaridade, caracterizada por Japiassu (1976: 73), como:

Uma simples justaposição, num trabalho determinado, dos recursos de várias disciplinas, sem implicar necessariamente um trabalho de equipe coordenado. Quando nos situamos no nível do simples multidisciplinar, a solução de um problema só exige informações tomadas de empréstimo a duas ou mais especialidades ou setores do conhecimento, sem que as disciplinas levadas a contribuir por aquela que as utiliza sejam modificadas ou enriquecidas.

Assim, compreende-se que a multidisciplinaridade nada mais é que um monólogo de especialistas, caracterizado por reforçar as fronteiras disciplinares, desfavorecendo, desta maneira, as interações e reciprocidades situadas no interior de um sistema total (Japiassu, 1976).

A divergência de perspectivas também é um fator que, na ótica dos assistentes sociais, dificulta a realização de um trabalho interdisciplinar, tornando distante a possibilidade de um processo comunicacional qualitativo entre os profissionais:

“Este tipo de trabalho é muito difícil... Quando você não tem a mesma perspectiva de trabalho acontecem as divergências e, aí eu acho que os encaminhamentos se tornam mais difíceis. Mas quando você realmente tem a sorte de encontrar uma equipe disposta, aí você consegue fazer um trabalho de qualidade... Essa é a grande dificuldade e, eu acho que é por isso que a gente acaba trabalhando isolado e não discute mais as questões” (Cecília).

“Ultimamente estou muito desgastada e cansada, porque às vezes você briga muito para poder trabalhar em equipe... Você até encontra colegas que tem todo um interesse em fazer um bom trabalho, em realmente atender o paciente em todos os aspectos, mas, geralmente, você encontra outros que não tem essa visão, então a coisa fica muito difícil, é cada um na sua” (Lygia).

“Você tem que mostrar para o seu colega que é importante que todos tenham a mesma abordagem, por causa da qualidade do trabalho, e isso é muito complicado... No cotidiano acaba se dando uma prática mais distanciada. Ainda são poucos os profissionais que conseguem trabalhar em conjunto” (Zélia).

“Para o trabalho interdisciplinar acontecer depende da disponibilidade de os profissionais estarem compartilhando as suas dificuldades. Exige uma certa humildade para reconhecer que o seu saber não é o dominante. Então as trocas têm que acontecer para garantir um atendimento mais humanizado, uma melhor qualidade da atenção prestada ao paciente. No trabalho interdisciplinar você está sempre trocando conhecimento. Você tá aprendendo com o outro. Mas a dificuldade está em você ter que rever a sua visão de mundo, os seus valores. Tem que aceitar a visão do outro. E é neste ponto que está o problema. Como chegar a um consenso?” (Clarice).

Nunca é demais afirmar que o espaço de trabalho do assistente social é um espaço a ser construído e a interdisciplinaridade é parte efetiva desta construção. Sendo assim, este estilo de trabalho representa um desafio de estabelecer diálogos num espaço historicamente fragmentado, onde ainda é prevalente a influencia do modelo biomédico (Capra, 2002). Neste sentido, a interdisciplinaridade, além de representar um ideal de humanização do atendimento à saúde, é algo a ser conquistado cotidianamente. É uma luta que implica enfretamentos em vários níveis, tendo como pano de fundo a fragmentação dos saberes que caracteriza o

mundo na modernidade (Seiblitiz, 1995). Para existir, a interdisciplinaridade requer coragem e ousadia, o que significa a abertura a um permanente confronto com os diferentes pontos de vista, sendo este um processo que se constrói por meio do diálogo, onde se exercita a capacidade da argumentação e do convencimento, - no contexto da pluralidade de idéias – buscando-se chegar a um consenso. Conforme enfatiza Severino (2000: 20), a perspectiva interdisciplinar não opera na eliminação das diferenças. Ao contrário, ela orienta-se pelo respeito às diferenças e especificidades de cada disciplina, que se reencontram e se complementam, contraditória e dialeticamente. O mesmo autor (p. 19) salienta que este processo demanda uma sensibilidade de cada especialidade às contribuições, enfoques e perspectivas das outras, a partir de “uma atitude de reciprocidade, a uma comunidade construtiva de sentido”.

Neste sentido, a dimensão política da interdisciplinaridade é efetivada na medida em que não existe um foco de poder exclusivo de determinado saber. Todos os saberes têm o seu caráter positivo e ao mesmo tempo intercambiam conhecimento com o propósito de “religar as fronteiras que haviam sido estabelecidas anteriormente” (Japiassu, 1976: 75). Neste aspecto reside o caráter democrático da proposta interdisciplinar.

Na perspectiva, de construção de um diálogo solidário e democrático entre as disciplinas, surge a possibilidade de conceber o poder numa outra ótica. O poder não mais como dominação, mas, nos termos de Arendt (2001), como uma capacidade humana para agir em conjunto. Nesta nova leitura, o poder se diferencia da violência - que para Arendt nada mais é do que uma força anuladora das diferenças - na medida em que:

Corresponde à habilidade humana não apenas para agir, mas para agir em concerto. O poder nunca é propriedade de um indivíduo; pertence a um grupo e permanece em existência apenas na medida em que o grupo conserva-se unido (Arendt, 2001: 36).

Tendo em vista que não podemos alcançar a humanização apenas sob a ótica de uma categoria profissional, torna-se tarefa fundamental que os assistentes sociais que atuam cotidianamente na assistência hospitalar se lancem ao desafio de propor diálogos entre os diferentes profissionais (enfermeiros, nutricionistas, médicos, técnicos etc.), de modo a superar a multidisciplinaridade que “na verdade é um monólogo de especialistas, em compartimentos fechados” (Pavez e

Oliveira, 2002: 90), potencializando-se, neste diálogo, a capacidade de agir em conjunto. É essencial compreender que o fundamento do espaço interdisciplinar deve ser procurado na negação e superação das fronteiras disciplinares (Seiblit, 1995), visto que “o homem é uma unidade que só pode ser apreendida numa abordagem sintetizadora e nunca mediante uma acumulação de abordagens parciais” (Severino, 2000: 17). Só desta forma se poderá superar o modo de agir isolado e fragmentado – conforme foi expresso pelos assistentes sociais aqui entrevistados – rumo a uma compreensão mais ampla da saúde, ou seja, que contemple o humano em sua totalidade, e, por conseguinte, propicie a humanização das práticas na assistência hospitalar.

Mais reflexão como desafio para a humanização

A carência de reflexão sobre o caráter rotineiro da prática do profissional no cotidiano da assistência hospitalar constitui-se num “motivo por que” da dificuldade de humanização da ação do assistente social. A prática cotidiana do Serviço Social é tipificada, em algumas falas, como uma prática que tende a se “mecanizar”, perdendo de vista a capacidade de crítica e autocrítica, distanciando-se, deste modo, de uma prática mais humanizada:

“Eu percebo que os profissionais ainda se aproximam de uma forma muito fria. A forma de chegar ainda é muito mecânica... Eu vejo isso como uma... Falta mais receptividade... na rotina a gente se esquece que o outro está fragilizado. Eu acho que a gente do Serviço Social tinha que parar mais para discutir isso, falta mais reflexão” (Zélia).

“Eu penso que a gente deveria ter uma revisão das nossas posições. O que eu digo é, colocar nossas atribuições vistas não como uma coisa mecânica, uma coisa burocrática... A gente tinha que fazer uma revisão desse modelo de trabalho, de considerar mais a fragilidade do outro nesse momento. E isso não é fácil, requer uma reflexão sobre o seu agir cotidiano, de parar para pensar, como foi que eu lidei com aquela situação? Eu acho que as coisas estão muito banalizadas, as pessoas dizem: ‘é assim mesmo, tá tudo muito ruim’, mas a gente tem que para um pouco para refletir: será que é só isso que a gente tem para oferecer?” (Clarice).

“Falta a questão de você parar para pensar, observar mais como é que você reproduz essa rotina. Então, de maneira geral, eu vejo que a nossa prática hoje não tem espaço para essa reflexão. Infelizmente a nossa prática continua ainda muito massiva, não sei bem se é essa a palavra, é uma prática que ainda não dá muito espaço para a reflexão” (Adélia).

“Tem que se fazer uma reflexão, porque a lógica da instituição te leva, muitas vezes, a ter uma prática repetitiva, rotineira... E isso é que te distancia da reflexão. E quando te distancia da reflexão você pode ter uma atuação totalmente distante de uma prática pautada no respeito, da visão de um ser humano integral. Isso tudo pode acontecer por conta dessa coisa massiva que são as relações de trabalho dentro de uma instituição. Porque você tem que correr, tem que fazer a atuação tal, tem que agilizar... O Serviço Social tem que estimular essa reflexão. É o endurecimento da prática... Você ter uma quantidade de coisas prá dar conta. Você tem uma rotina tal que te oprime e você não consegue achar o X da questão para trabalhar. Nessa rotina a nossa criatividade some. Você pode estar de cara com uma situação, mas você não consegue enxergar. Eu acho que o limite é o próprio modelo do processo de trabalho, esse modelo de rotina que se estabelece, que te leva a pensar pouco e agir igual a todo mundo” (Cora).

Compreendemos, a partir do depoimento dos assistentes sociais, que a prática cotidiana é vivida sob um modo que se mostra na conformação de um fazer profissional geralmente distanciando da reflexão sobre este fazer. A situação biográfica dos assistentes sociais revela que o exercício da prática ainda é deveras condicionado pelo caráter rotineiro e mecânico, onde, conforme enfatizou uma assistente social: “não tem espaço para a reflexão”. A não existência deste espaço de reflexão sobre as ações cotidianas tipifica a prática dos assistentes sociais como uma prática que, interiorizando a rotina institucional massiva, tende a conformar-se com os limites imediatamente colocados no cotidiano. Conforme disse uma das assistentes sociais, “o limite é o próprio modelo do processo de trabalho, que leva a pensar pouco e agir igual a todo mundo”. A fala desta profissional deixa claro que há uma forte tendência, no cotidiano da assistência hospitalar, de o profissional reproduzir uma ação burocratizada, na medida em que, atendo-se aos limites da rotina institucional, deixam de desenvolver a capacidade de reflexão crítica sobre o seu agir. Ao distanciar-se da reflexão sobre o fazer o profissional distancia-se também de uma prática sensível. Nesta perspectiva, o que tem lugar é a rotina institucional e não o outro.

É importante ressaltar que o assistente social só poderá ser um profissional verdadeiramente humanizado se, voltando-se criticamente sobre o seu fazer cotidiano, torna-se comprometido. Isto significa que o profissional não apenas desenvolve uma ação, mas através da sua capacidade reflexiva sobre esta ação, se posiciona diante do mundo. Assim como nos lembra Freire (1979) a primeira condição para que um ser possa assumir um ato comprometido está em ser capaz de agir de modo reflexivo. O referido autor considera que esta capacidade humana torna o homem um ser da práxis, ou seja, um ser que planeja e projeta suas ações

de acordo com as finalidades que estabeleceu. Deste modo, compreendemos que o compromisso do assistente social com a humanização da assistência hospitalar não pode acontecer de forma passiva, mas, ao contrário, demanda um engajamento com a realidade que só pode existir a partir de uma práxis ação-reflexão sobre a realidade. Nas palavras de Freire (2004: 39): “é pensando criticamente a prática de hoje e de ontem que se pode melhorar a próxima prática”.

Uma prática humanizada exige que o profissional assuma um espírito reflexivo a partir de uma presença indagadora, que aguça sua capacidade de percepção sobre a realidade cotidiana, esta realidade que na atitude do senso comum, como diz Berger e Luckmann (1974: 40), “é admitida como sendo a realidade. Não requer maior verificação, que se estenda para além de suas simples presença”. Neste sentido, é na atitude de reflexão que o assistente social poderá - para além de se contentar com as coordenadas desta “realidade” que esgota o seu trabalho na simples realização de tarefas burocráticas – descobrir as possibilidades ainda ocultas na sua ação cotidiana, potencializando-as para fazer emergir novas formas de ação que propiciem um trabalho mais humanizado. Nesta perspectiva, fazem grande sentido as palavras de Suguihiro (2006), quando esta sustenta que é nas questões do cotidiano, e muitas vezes no próprio limite enfrentado, que estão embutidas as possibilidades potenciais capazes de apontar novas formas de ação. A referida autora observa que, tendencialmente os profissionais do Serviço Social tem se dedicado aos limites colocados imediatamente no cotidiano e não ao que chama de “possibilidades ocultas”. Suguihir enfatiza que tais possibilidades não estão claramente explicitadas, precisando ser acionadas através do investimento na ação investigativa na prática cotidiana do assistente social. É neste aspecto que a prática da pesquisa na ação do assistente social assume um papel fundamental. O investimento em pesquisas pode ajudar o profissional a desvelar questões que ainda não foram conhecidas e partilhadas na construção do saber. Tal conhecimento poderá servir como um subsídio em potencial para a construção de processos interventivos novos, críticos e criativos, possibilitando ao profissional a elaboração de ações e projetos no âmbito da humanização da assistência hospitalar. Nesta direção, o assistente social na intenção de desvelar as “possibilidades ocultas” de sua ação na assistência hospitalar precisa sensibilizar-se para desenvolver a capacidade de “re-olhar” o seu cotidiano para descobrir nele

o novo. É fundamental perceber que a criatividade implica numa outra maneira de olhar as coisas e as pessoas com as quais lidamos cotidianamente. Se não fizermos este esforço, de descoberta do novo, jamais seremos criativos. Trabalhar como o novo é sempre um desafio da criatividade. Isto exige do profissional a disponibilidade para dialogar com os sujeitos, a fim de aprimorar sua capacidade reflexiva e de descoberta de novas possibilidades para construção de um trabalho verdadeiramente humanizado. É no diálogo com os outros, ouvindo suas demandas, conhecendo suas “visões de mundo”, que se situa a fonte da potencialidade criativa do assistente social. Quanto mais o profissional se predispõe a encontrar com a pluralidade de sujeitos no cotidiano da assistência hospitalar em palavras e ações, mais aguça sua capacidade de percepção sobre as alternativas que podem ser engendradas para a humanização das relações. Nesta perspectiva, é imprescindível que o profissional sempre registre suas percepções, voltando-se reflexivamente sobre elas e compartilhando-as com os outros.

No que tange a questão da capacidade de reflexão sobre o agir profissional, dois assistentes sociais destacaram a pesquisa como um caminho necessário para a humanização da ação profissional. A prática da pesquisa surge assim como um “motivo a fim de”:

“Eu considero que a prática da pesquisa é muito importante para a humanização. Porque o assistente social que só se volta para a prática e não tem uma correlação com a teoria, ele não se interessa em refletir sobre as questões, então não há um interesse, um engajamento maior. Aqui a gente tenta estimular, porque nós ainda não temos uma pesquisa própria, nós não temos o perfil dos nossos pacientes, nós não temos uma pesquisa em desenvolvimento no interior do Serviço Social. As assistentes sociais não têm a prática de coletar dados, de mensurar os dados de trabalho, ainda são pouquíssimas que fazem isso. Ou então, não tem nem a compreensão do que é fazer uma pesquisa” (Cecília).

“Para humanizar temos que buscar mais a prática da pesquisa. Porque falta para os assistentes sociais um esforço maior de investigação. Tentar pesquisar no seu cotidiano que questões são estas que poderiam melhorar a sua prática torná-la mais humanizada. Porque as questões são muito implícitas, não são tão fáceis de ver... Precisa traçar um caminho de investigação para entender que questões nos ajudariam a pensar num trabalho mais humanizado, e isso só se pode alcançar com a prática da pesquisa” (Lygia).

A fala das profissionais evidencia que a prática da pesquisa pode representar uma possibilidade para problematizar questões atinentes a humanização, contudo, a fala da primeira assistente social mostra que a prática da pesquisa ainda é algo distante no cotidiano do Serviço Social na instituição.

Acreditamos que o movimento dialético pensamento-ação, assumido como abertura à curiosidade, ao desvelamento e à procura de esclarecimento sobre algo na prática cotidiana do assistente social na assistência hospitalar é um caminho fértil para o investimento na realização de pesquisas. Nesta direção, o profissional, iluminado por uma teoria sólida e guiado pela rigorosidade metódica que caracteriza o saber epistemológico (Freire, 2004), poderá torna-se capaz de engendrar práticas sociais inovadoras, propiciando uma unidade entre a teoria e a prática como determinantes complementares que se incidem na sua ação particular, possibilitando-o garantir o movimento dialético pensamento-ação (Suguihiro, 2006). A produção de pesquisas em Serviço Social pode representar uma contribuição importante no contexto da assistência hospitalar⁴¹, levando-se em consideração que, como caracteriza Batista (1992:89, apud Suguihiro, 1996):

a especificidade que particulariza o conhecimento produzido pelo Serviço Social é a inserção de seus profissionais em práticas concretas. O assistente social se detém frente as mesmas questões que os outros cientistas sociais, porém o que diferencia é o fato de ter em seu horizonte um certo tipo de intervenção: a intervenção profissional. Sua preocupação é com a incidência do saber produzido sobre a sua prática: em Serviço Social, o saber crítico aponta para o saber fazer crítico.

A especificidade da intervenção profissional do assistente social lhe confere um movimento crítico gerador de atitudes criativas e propositivas. Pensamos que a criatividade na ação profissional é movimento que se alimenta na própria atitude de se deixar sensibilizar pelas demandas do outro. Quanto mais o profissional dialoga, encontra, escuta, acolhe, cuida, maiores são as perspectivas de descobrir e criar novas propostas de humanização.

⁴¹ Deve-se observar que a Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social (Lei Nº 8.662, de 7 de julho de 2003), em seu artigo 4º, parágrafo VII, estabelece como competência do assistente social: “planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais”.