

2.

Humanização e Serviço Social Hospitalar

“Acreditamos veemente que é melhor dar flores às pessoas enquanto elas estão vivas do que empilhá-las sobre o seu caixão.” (Ross-2003: 29)

2.1.

Humanização

A humanização começa no respeito pelo outro e pela compreensão da dor e do sofrimento.

O respeito pela pessoa humana, a sua dignidade e todos os seus direitos são prioridades que o profissional deve ter em conta.

A forma de cuidar tem sofrido grandes alterações ao longo dos tempos, talvez condicionada pela cultura atual ou pelos valores de cada um.

O mundo vive a era da técnica, robótica, grandes avanços da ciência, entretanto parece que está-se agora a questionar esses avanços no sentido também de virem a se privilegiar os cuidados humanizados. Assim, para que a humanização se faça sentir, é necessário uma alteração dos valores humanos para que se dê importância às relações entre as pessoas, uma comunicação de reciprocidade e de respeito pelo ser humano.

O mundo não pode ver-se só com os olhos, é preciso vê-lo também com o coração e vê-lo com o coração é estar atento ao outro.

M. Simone Roach (*in* SERVIR, 1995: 4) na sua obra “The Human Act of Caring”, mostra a sua perspectiva filosófica Heideggeriana em relação à temática, desenvolvendo uma postura em relação ao cuidar do outro como “ (...) a relação essencial do homem com o mundo é o cuidado. Ser é cuidar e as variadas maneiras de estar no mundo são diferentes formas de cuidar” (*in* Roach, *in* SERVIR, 1995: 5).

A autora admite que o fato de sua religião ser judaica-cristã, condiciona a sua forma de interpretar o cuidar.

Roach, afirma que existe cuidar, quando se tem fé em Deus, ou seja, sem fé o cuidar desaparece. Para ela, tudo isto tem a ver com amor. O amor de que Deus fala nos seus mandamentos quando diz “Tu amarás o teu próximo como a ti mesmo” (*in* SERVIR, 1995: 5).

A autora refere que o cuidar promove um certo estilo de vida, que se estende ao outro: “Cuidado fará parte de nós, enquanto vivermos. Quando deixarmos de cuidar, deixamos de ser humanos” (*in* SERVIR, 1995: 5).

Para Roach o ato de cuidar manifesta-se igualmente nos indivíduos cujas vidas não são guiadas por uma crença religiosa.

Segundo ela, o cuidar exige um tipo de educação específico por isso advoga a necessidade da formação para os profissionais de saúde neste âmbito.

A educação, nesse sentido pressupõe humanismo, o qual conduz a um modelo particular de educação/formação.

Numa breve perspectiva histórica sobre o Humanismo, apoiado em Roach, pode-se ir até à Grécia Clássica, onde o seu sistema de educação era um processo de humanização que contemplava dois tipos de valores, os morais e os intelectuais (*in* Roach, *in* SERVIR, 1995: 5).

Os morais incluíam a prudência; a sabedoria; a justiça; o respeito pelos outros; a temperança; o uso de deuses moderadamente; a coragem; e a habilidade de encarar problemas com reverência.

E os intelectuais incluíam o conhecimento dos principais procedimentos científicos – ciência intuitiva e ciência; a demonstração do conhecimento do necessário e do eterno – razão filosófica; a prudência ou sabedoria prática; o conhecimento de como assegurar o fim da vida; e a arte.

Ao seguir esse conjunto de valores, criavam um estilo de vida que diferencia o grego dos animais e dos outros indivíduos considerados bárbaros.

A noção de educação de Aristóteles, é bom recordar, era essencialmente humanística, no sentido que visava a libertação do ser humano.

Dando um salto histórico e chegando aos dias de hoje, outros valores estão em questão ligados ao aparecimento de novas ciências, ao desenvolvimento e progresso da ciência, da física, da química e da medicina, entre outros saberes. Tenta-se definir o homem pelo conhecimento do seu ser biológico, das suas relações com a realidade socio-económica, das capacidades intelectuais e das suas exigências espirituais. O humanismo atual reclama-se perdido de certos valores fundamentais numa civilização onde se acentua o progresso da técnica.

O ser humano percebe-se responsável pela sua própria vida e pela vida da humanidade.

Mas o que se entende por Humanização?

Antes de entrar na literatura especializada, é útil consultar o dicionário de Língua Portuguesa em que se lê que” humanização vem de humanizar que

significa, tornar humano, tornar sociável” (*in* <http://www.priberam.pt> acessado em 20/10/2006).

Humanização é um substantivo e implica o ato ou efeito de humanizar, de tornar a situação cada vez mais humana. Isto envolve um processo orientado e permanente. Humanizar é adaptar-se às necessidades e direitos do ser humano.

Esta definição depende da perspectiva que se tem do que é o ser humano e quais são os seus direitos. Depende portanto da informação científica, da ideologia, do sistema de crenças e das características psicológicas de quem “detém o poder” para humanizar.

Já agora, entrando em textos científicos no campo da saúde, é possível ampliar a concepção sobre a humanização, o humanizar.

Para Gameiro (1989:23) humanizar,

(...) consiste no processo interno e externo à pessoa, de se tornar e de exprimir humanidade, na medida em que cresce para o complemento humano, para uma maior realização humana praticada segundo um dos fundamentos universais da humanização; a igualdade radical das pessoas, reconhecida, aceite e praticada. É a igualdade que leva a reconhecer o todo do doente, nas suas necessidades e implicitamente nas suas satisfações e nos seus direitos (...).

Para o mesmo autor, humanizar é tornar humano, cuidar a pessoa como pessoa, dar-lhe atenção e responder de uma forma positiva a toda a sua esperança, quando confiou nos serviços de saúde e a eles recorreu para se encontrar na plenitude da sua realização pessoal.

Gameiro (1989), afirma que humanizar os serviços de saúde é criar um sistema de saúde adaptado ao ser humano; é criar um sistema «caloroso», respeitador da pessoa humana como ser sensível, e simultaneamente favorecer a autonomia do indivíduo face ao seu meio, muito em especial, face à organização dos serviços. Pode dizer-se que um sistema adaptado ao ser humano é um sistema cuja organização e funcionamento favorece o respeito pela sensibilidade dos indivíduos e, na medida em que eles o desejem, a sua participação ativa no sistema de saúde.

A humanização nos cuidados de saúde está intimamente ligada à dignidade, nunca esquecendo que a pessoa pelo fato de estar doente e carecer

de ajuda, não perde nenhum dos direitos que configuram a sua dignidade e não pode ser discriminada. O ser humano é o fundamento de toda a ética.

Na saúde, no exercício de cuidados, na prevenção da doença, no acompanhamento dos doentes, na informação dentro de um quadro de verdade, na atenção às convicções filosóficas ou religiosas, na defesa da privacidade da pessoa e na preocupação pela originalidade de cada um, está um universo vastíssimo que se enquadra nos direitos humanos fundamentais.

Suely Deslandes (2003:8) da Fiocruz (Brasil), escreveu num artigo sobre Humanização, que se observa que:

“ (...) geralmente emprega-se esta noção para a forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de visto técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e inter-equipes.”

Nos cuidados da saúde a questão da humanização se entrecruza com os cuidados ao doente e a finitude humana.

Para Pimentel (1995: Cap. XII-1)

“ O doente oncológico precisa de um grande suporte psicológico, particularmente em dois aspectos: primeiro, aprender a viver com a sua doença, depois no período terminal, aceitar o seu fim. Para atingir estes objetivos, é necessário um contato frequente com o doente e família, condição essencial para definir as suas necessidades. No entanto, estas só podem ser constatadas quando o doente e a família forem colocados a par da verdade sobre a sua situação”.

O doente não pode ser esquecido em situação alguma, nem a nenhum nível, porque antes de tudo é um ser humano único e especial a passar por um momento difícil em que a atenção do profissional é fundamental para a compreensão dos sintomas e sentimentos dessa pessoa.

Alguns profissionais fogem destas situações, pois tendem a criar medo, tristeza e por vezes um sentimento de impotência perante a evidência da morte. Ou em outros casos, querem mostrar com tanta determinação a sua boa vontade que acabam por parecer “teatrais”, porque quem lida com estas pessoas não deve nunca esquecer que os moribundos

“ (...) necessitam mais que nunca da sensação de que não deixaram de ter sentido para outras pessoas – dentro de certos limites: a excessiva expressão de simpatia pode ser tão intolerável para eles como a falta dessa expressão” (Elias, 2001:68).

De acordo com a perspectiva de Elias (2003:37) “ (...) para os íntimos que se vão, um gesto de afeição é talvez a maior ajuda, ao lado do alívio da dor física, que os que ficam podem proporcionar.”

Na sua obra, Elias (2001:36) diz que se nota cada vez mais que “as rotinas institucionalizadas dos hospitais acabam contribuindo para o isolamento dos moribundos” devido a serem destituídas de sentimentos.

Para o autor “a expressão de sentimentos espontâneos e fortes trava as línguas e mãos” devido ao tabu das civilizações relativamente à morte (Elias, 2001:37).

As pessoas acabam por se afastar “involuntariamente” dos moribundos em vez de terem gestos de afeição e demonstrações de afetos que lhes poderia aliviar o sofrimento.

Elias refere ainda que o “auto-controle” em relação à falta de afetos e sentimentos demonstrados é “experimentado como uma muralha realmente existente que bloqueia o afeto e outros impulsos... na direção de outras pessoas e coisas, afastando-as como consequência” (Elias, 2001: 66-67).

De outro lado, o mesmo Elias (2001:74) mostra como a morte está cada vez mais asséptica e solitária, pois os saudáveis não conseguem transmitir esse afeto e respeito.

“ (...) hoje as pessoas tentam ajudar os moribundos acima de tudo aliviando a sua dor e cuidando na medida do possível de seu conforto físico. Com esses esforços mostram que não deixaram de respeitá-los enquanto seres humanos. Mas em hospitais atarefados, isso muitas vezes acontece, e compreensivelmente, de modo um tanto mecânico e impessoal”.

Não basta aliviar o sofrimento da dor física, aliviar a dor psicológica é um meio de levar o doente a sentir-se melhor e a viver melhor o momento que atravessa.

De nada adianta que o moribundo esteja aliviado de dor física se o seu coração estiver triste, pois seu sofrimento aumenta assim cada vez mais. Por vezes mais rápido do que a própria doença.

No entanto não se pode confundir o cuidar/atender solidário com a compaixão, pois essa é apenas uma projeção de nosso ego, ou seja, fazer o bem para se sentir bem.

A respeito deste assunto, compartilho da opinião de Hannah Arendt (*in* Caponi *in* site portal médico, 1999) de que a compaixão e a piedade, não são mais que uma máscara de um desapaixonado e necessário “humanismo”.

A autora é defensora de que a esfera da discussão e do diálogo, o jogo de perguntar e responder, é alheia à compaixão.

Na opinião de Caponi (*in site portal médico, 1999*) “conceder à compaixão, à caridade ou à piedade um valor moral pode levar a crer, erradamente, que ao socorrer aos outros nos engrandecemos como agentes morais”.

Arendt (*in Caponi in site portal médico, 1999*) alertou para o uso da compaixão e da piedade, dizendo que “a piedade tomada como fonte de virtude, tem demonstrado possuir uma capacidade para a crueldade, maior do que a própria crueldade”.

Prosseguindo com Caponi (1999), vê-se que Rousseau considerava que a compaixão era avessa ao diálogo.

Na verdade Rousseau (*in Caponi, 2000:33*) definiu a compaixão como

“(...) uma aversão ao diálogo conciliatório, onde alguém fala com outro sobre alguma coisa que é de interesse de ambos. Esse interesse no mundo, loquaz e argumentativo, é inteiramente alheio à compaixão, que se dirige unicamente e com veemente intensidade ao próprio homem que sofre.”

Muito mais se poderá falar de humanização nos hospitais e principalmente atuar, mas ficou aqui a principal mensagem. O cuidar do outro nunca pode ser descurado, jamais esquecido ou ignorado.

Tem-se de fazer com que o lado mais humano sobressaia e não se deve confundir humanização com compaixão. Essa, já se sabe que só fará bem ao ego e não serve de ajuda ou consolo a quem precisa de outro.

Em alternativa a este fazer, existe a solidariedade, que de acordo com Arendt “é um vínculo que se estabelece entre pessoas que se podem reconhecer, pelo menos virtualmente, como iguais, como sujeitos com capacidade de estabelecer um diálogo onde sejam avaliadas as razões e os limites do auxílio prestado” (*in Caponi in site portal médico, 1999*).

A solidariedade tem o objetivo de conciliar os interesses de quem ajuda e de quem é ajudado, atuando pela dignidade humana.

A “pluralidade humana” a que se refere Arendt em toda a sua obra é precisamente a intenção da solidariedade.

“A solidariedade procura (...) tomar como ponto de partida as diferenças, a “pluralidade humana” (Nietzsche *in Caponi in site portal médico, 1999*).

A única forma de impedir a violência, seja de que qualidade for, é através da palavra, do diálogo.

Reforçando ainda mais esta idéia de dialogar como forma de excluir violência, Arendt disse:

“Por mais interessantes que as coisas do mundo pareçam, por mais profundamente que possam nos emocionar e estimular, elas não se tornam humanas para nós, até o momento em que possamos discuti-las com nossos semelhantes. (...) Humanizamos o que se passa no mundo e em nós, quando falamos, e com esse falar aprendemos a ser humanos” (in Caponi, 2000:33).

Nos tempos em que se vive, a medicina avança de forma acelerada, sendo o investimento na técnica cada vez mais emergente, superando por vezes a atenção humana dada aos pacientes que vão “usufruir” de todo o progresso tecnicista.

“O moribundo recebe o tratamento médico mais avançado e cientificamente recomendado disponível. Mas os contatos com as pessoas a que está ligado, e cuja presença pode proporcionar o maior conforto para aquele que parte, frequentemente são considerados inconvenientes para o tratamento racional do paciente e para a rotina do pessoal. E assim esses contatos são reduzidos ou impedidos sempre que possível” (Elias, 2001:98).

Por outras palavras, Kubler-Ross reforçou esta idéia, dando especial enfoque à “fuga” da morte por parte dos profissionais da saúde.

A autora, também ela médica, questiona se:

“O fato de nos concentrarmos em equipamentos e em pressão sanguínea não será uma tentativa desesperada de rejeitar a morte iminente, tão apavorante e incômoda, que nos faz concentrar nossas atenções nas máquinas, já que elas estão menos próximas de nós do que o rosto amargurado de outro ser humano a nos lembrar, uma vez mais, nossa falta de onipotência, nossas limitações, nossas falhas e, por último mas não menos importante, nossa própria mortalidade?” (Kubler-Ross, 1998:13).

Aliás, a autora faz severas críticas aos médicos de hoje, apontando o fato de estar-se formando nas universidades pessoas inteligentíssimas que quando surge o momento de falar com o doente, as palavras são substituídas por um olhar e uma presença distante, receosa de enfrentar a realidade das situações mais terríveis.

Nesse sentido se interrogou do seguinte: “O que acontece numa sociedade que valoriza o QI e os padrões de classe mais do que a simples questão do tato, da sensibilidade, da percepção, do bom senso no contato com os que sofrem?” (Kubler-Ross, 1998:15).

Vai ainda mais além questionando sobre

“ (...) o que acontece numa sociedade profissionalizante onde o jovem estudante de medicina é admirado pelas pesquisas que faz e pelo desempenho no laboratório nos primeiros anos de faculdade, mas não sabe responder a uma simples pergunta que lhe faz um paciente?” (Kubler-Ross, 1998:16).

Em sua opinião deveria-se mudar a postura em relação aos que sofrem, aos que estão numa cama de hospital. Porque na realidade não se faz idéia do sofrimento que é passar dias a fio num local para pessoas que efetivamente estão doentes, algumas a terminar o seu percurso de vida e com o agravamento de se estar totalmente só em seus pensamentos.

Segundo o testemunho do Dr. Miguel Srougi (2005) médico urologista e professor na USP:

“Os médicos são mal preparados pela medicina ocidental para lidar com a morte. Eles são treinados para controlar as doenças, não importa a que preço, com menos atenção ao doente. Lutam desesperadamente para estender a vida, ao invés de expandi-la no seu caráter emocional. Ao final, a morte é vista como um fracasso pessoal, por isto os médicos procuram ignorá-la. Levando em conta os temores que povoam a mente dos pacientes terminais, os médicos só exercerão com grandiosidade o seu papel se assumirem a posição que ocupavam em épocas remotas, quando, guiados por valores espirituais e religiosos, eram os guardiões do corpo e da alma. E também se misturarem seus poderosos elixires, que aliviam o sofrimento físico, com três poções mágicas de efeitos quase sublimes: ouvir sem julgar, expressar-se numa dimensão superior reforçando a espiritualidade e estar continuamente ao lado do paciente” (Srougi in Jornal do Médico nº 39. Maio/Junho 2005:16).

Para Kubler-Ross o que deveria ser feito era parar para prestar atenção nessas pessoas e escutar seus pensamentos.

“É provável também que devêssemos dar mais atenção ao paciente sob os lençóis e cobertores, pôr talvez um ponto final em nossa bem intencionada eficiência e correr para segurar a mão do paciente, sorrir ou prestar atenção numa pergunta” (Kubler-Ross, 1998:12).

Da mesma forma, Minayo (in Deslandes 2003) considera que o modelo médico continua tecnicista e instrumental. A formação dos profissionais de saúde em que pesem todos os esforços do projeto de integralidade e de humanização, continua fortemente marcado pela hegemonia do positivismo e das teorias

mecanicistas que tratam o doente como um corpo e um corpo como um dispositivo bioquímico e funcional.

“No mais profundo da praxis do setor persiste um menosprezo pelo enfermo como um ser portador de liberdade e de auto-determinação” (*in* Deslandes, 2003:19).

Num espaço como o hospital em que doentes são esquecidos por já não haver nada a fazer, do ponto de vista terapêutico, é fácil perceber o individualismo, o alheamento e até mesmo a descrença por parte dos profissionais em relação à cura dos pacientes.

De fato, se considerar-se que o interesse pessoal é o motor que mobiliza a pessoa no contexto da atual sociedade ocidental, padronizada pelo individualismo e pela simultânea descrença na espiritualidade e no sentido do uno, verifica-se que o reconhecimento da dimensão individual da existência é o fim para o qual todas as relações que se estabelecem com o exterior concorrem e se justificam. Conceitos como Humanização e Dignidade Humana estão presentes em palavras mas são “varridos” quase por completo das ações dos homens.

Talvez todo este afastamento em relação aos moribundos se explique através do crescente individualismo de que Gilles Lipovetsky fala na sua obra “Os Tempos Hipermodernos”.

“A era hipermoderna produz num só movimento a ordem e a desordem, a independência e a dependência subjectiva, a moderação e a imoderação...” em que não se busca a destruição do passado, mas “sua reformulação no quadro das lógicas modernas de mercado, do consumo e da individualidade”. (...)

“Há um terror face ao futuro incerto. Há uma tensão nervosa muito grande. Isto devido à intensa globalização, à competição exacerbada, de um desenvolvimento desenfreado e de uma precarização do emprego” (2001:54).

Elias (2001) vem também concordar com esta idéia, ao dizer que em sociedades mais desenvolvidas as pessoas em geral se vêem como seres individuais, como sujeitos isolados.

A alienação com que se vive a vida em relação ao outro, faz das pessoas que estão morrendo, tristes, sós e abandonadas.

“ (...) O paciente está sofrendo mais, talvez não fisicamente, mas emocionalmente. Suas necessidades não mudaram através dos séculos, mudou apenas nossa aptidão em satisfazê-las” (Kubler-Ross, 1998:14).

Barchifontaine, esclarece no prefácio da obra de Pessini e Bertachini (2004:XV) que “ humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética”.

Ou seja, de acordo com o que diz, é de extrema importância ouvir os doentes e valorizar o que expressam.

Jamais se deve ignorar alguém que precisa falar de sua dor e sofrimento, ou mesmo da sua esperança.

Ao escutar o doente, transmite-se não só reconhecimento pelo que está a sentir, mas também lhe proporciona alívio.

Segundo o mesmo autor, “sem comunicação, não há humanização”.

O hospital deve ser a primeira instituição a transmitir os valores humanos que se desvaneceram nas últimas décadas.

Amizade, compreensão, carinho, ternura com os doentes são alguns dos sentimentos mais importantes para a contribuição de um profissional empenhado em ajudar um doente, sob todos os aspectos: O físico, o psicológico e/ou emocional.

Um hospital pode ser o melhor a nível tecnológico, ter os médicos mais inteligentes formados pelas universidades, no entanto, a nível humano pode ser muito “débil”. Até mesmo desumano.

Cada vez se vê mais o doente que recorre ao hospital, ser tratado como objeto de intervenção técnica sem a presença do cuidar.

Não há tempo para ouvir as angústias e ansiedades da pessoa, apenas olha-se o físico.

Para Martin (*in* Pessini e Bertachini, 2004:49), o hospital moderno quer ser um lugar onde as pessoas entram com a esperança de sair curadas num intervalo de tempo razoável. O fato é que nem sempre isso acontece.

Pessoas também morrem no hospital. Faz parte da humanização do hospital levar em conta esse fato, criando condições que respeitem o direito das pessoas a um ambiente humano propício a um viver com dignidade e a um morrer com tranquilidade quando a hora chegar.

Quando um doente é chamado para receber a notícia de seu diagnóstico maligno é sempre uma situação angustiante para o profissional que encara a doença como uma derrota pessoal. Na maioria das vezes nem sabe como dar a notícia, ou mesmo se a deve dar ao doente em vez de informar somente a sua família.

“É sempre difícil encarar um paciente após o diagnóstico de um tumor maligno. Alguns médicos são favoráveis a que se diga aos parentes, mas escondem a realidade do paciente para evitar uma crise emocional. Outros são sensíveis às necessidades de seus pacientes obtêm êxito ao cientificá-los da existência de uma moléstia séria, sem lhes tirar a esperança. (...) A questão não deveria ser “devo contar?” mas “como vou dividir isso com o meu paciente?”. (...) Creio que deveríamos criar o hábito de pensar na morte e no morrer, de vez em quando, antes que tenhamos de nos defrontar com eles na vida. (...) O médico que puder falar sem rodeios com os pacientes sobre o diagnóstico de um tumor maligno, não o relacionamento necessariamente à morte iminente, estará prestando um grande serviço” (Kubler-Ross, 1998:34).

De fato tem-se mesmo de educar a pensar na morte, pois ela faz parte da vida. Ao afastar-se o pensamento da finitude humana, afasta-se a possibilidade de tentar achar maneiras de a enfrentar de forma saudável e o menos penosa possível.

Para a autora, “saber compartilhar uma notícia dolorosa com um paciente é uma arte” (Kubler-Ross, 1998:41).

Estou de acordo com Kubler-Ross (1998) quando esta defende que se deveria falar da morte como se fala do nascimento, pois não se passaria a vida a questionar se deve-se tocar em certos temas com o paciente, ou se deveria-se esperar que estivessem na última internação.

Na verdade, o que seria mesmo importante era o profissional que lida com os moribundos, seja de que profissão for, médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo etc. aceitar suas próprias limitações ao lidar com a morte. Talvez valha a pena fazer uma introspectiva pessoal e humana, tentando compreender qual a sua postura relativamente ao fim da vida.

“ O médico deveria antes examinar sua atitude pessoal frente à doença maligna e à morte, de modo a ser capaz de falar sobre assuntos tão graves sem excessiva ansiedade” (Kubler-Ross, 1998:40).

2.2.

Serviço Social Hospitalar

“Não somos responsáveis apenas pelo que fazemos, mas também pelo que deixamos de fazer “.
Molière

“Conhecer não é o bastante, precisamos aplicar. Desejar não é o suficiente, precisamos fazer”.
Goethe (1749-1832), filósofo alemão, em 'Fausto'

(In <http://www.consciencia.net/citacoes/frases.html> acessado em 17/01/2007)

O Serviço Social “está inserido no campo das ciências humanas como disciplina profissional destinada a intervir na realidade humano-social” (Almeida, s.d *in site* <http://www.cpihts.com>)

“Procura criar uma atitude crítica sobre as causas/efeito dos problemas sociais e recursos disponíveis”, com o intuito de ajudar as pessoas com problemas a se organizarem de forma a superá-los.

O seu objetivo é desenvolver capacidades sociais, coletivas ou individuais.

Um profissional necessita de “delinear táticas e estratégias de atuação” para que os indivíduos participem no seu próprio processo de desenvolvimento/resolução das suas próprias situações de vida.

Na obra do médico Doyle (1994:14), a profissão de assistente social é descrita como sendo pluridimensional. Ele refere que assistentes sociais

“ (...) são encontrados em grandes hospitais e trabalhando em equipes de área da comunidade e as suas funções são tão vastas que se torna difícil descrevê-las, mas particularmente, eles podem oferecer assistência econômica, marcar férias, tratar de alojamento e outras ajudas tais como orientar/aconselhar as pessoas de uma forma hábil a lidar com as mudanças nas suas vidas.

Ao contrário dos paramédicos, eles podem ser diretamente contactados pelos doentes e suas famílias”.

Segundo a Federação Internacional de Assistentes Sociais e a Associação Internacional de Escolas de Trabalho Social:

"O exercício da profissão de Assistente Social ou trabalhador social promove a mudança social, a resolução de problemas no contexto das relações humanas e a capacidade e empenhamento das pessoas na melhoria do "bem-estar" (*In* <http://www.naswdc.org/Code/ethics.htm>) – acessado em 11/12/06).

Aplicando teorias de comportamento humano e dos assistentes sociais, o trabalho social focaliza a intervenção no relacionamento das pessoas com o meio que as rodeia. Os princípios dos Direitos Humanos e justiça social são elementos fundamentais para o trabalho social.

O Serviço Social aparece nos finais do séc. XIX e início do séc. XX nos Estados Unidos, tendo como pioneira e criadora, Mary Richmond (1861-1928). Ela constrói o Diagnóstico Social e introduz a visita domiciliária no serviço social.

Em Portugal as primeiras Escolas de Serviço Social surgem em Lisboa e em Coimbra, no ano de 1935.

Na II guerra mundial a profissão é reconhecida pelo Estado Novo como “indispensável” e as assistentes sociais são integradas nos principais Serviços Públicos.

O serviço social hospitalar inicia as suas atividades, primeiro no Hospital Universitário de Coimbra em 1941, depois no Hospital Psiquiátrico Júlio de Matos em Lisboa em 1942 e mais tarde, em 1948, no IPO (Instituto Português de Oncologia) de Lisboa.

O assistente social na área da saúde hospitalar tem um papel ativo junto de determinada população alvo, que visa a promoção e proteção dos direitos do doente no processo de reabilitação e cura.

Atua sobre as inter-relações Homem-Sociedade, proporcionando ao indivíduo o acesso a novas experiências, capacitando para a satisfação das suas necessidades e aspirações.

Almeida (s.d <http://www.cpihts.com> acessado em 20/05/2006) refere que no hospital o serviço social:

“ (...) assume como Campo de Intervenção, o doente na dimensão psicossocial, isto é, o assistente social não acompanha só o doente na sua condição saúde/doença mas também “nos papéis sociais e nas redes de sociabilidade”.

No que diz respeito às funções do assistente social, segundo essa autora, destacam-se:

- Acolher – Reunir informações para dar resposta ao doente e sua família.
- Detectar – Quais as necessidades do doente.
- Informar – Direitos e Deveres.
- Desenvolvimento de Competências Sociais – Preparar o regresso do doente à comunidade, tanto quanto possível por seus próprios

meios, promovendo uma atitude de autonomia e fomentando um comportamento responsável.

- Encaminhar – Para os diversos recursos internos e externos, referencias a entidades públicas ou privadas, que podem auxiliar na resolução dos seus problemas.

Ainda de acordo com Almeida (s.d. *in* www.cpiths.com) as vantagens e desvantagens do serviço social no sistema de saúde podem ser explicitadas.

Então, apresenta como vantagens: o papel de mediador entre o utente¹ e o sistema; o fato de viabilizar o processo, muitas vezes difícil e traumático de internamento, com o intuito de facilitá-lo ou mesmo amenizá-lo; melhorar a imagem e organização da instituição; gabinete de utente² que faz a mediação de conflitos/tensões entre o utente e o sistema hospitalar.

Como desvantagens aponta: ambiguidade de papéis; falta de reconhecimento pelo trabalho desenvolvido; feedback negativo por parte de outros profissionais; expectativas não realistas por parte de doentes e seus familiares; lidar com uma população com ansiedade e medos; desgaste emocional.

Baptista (2001:11), assistente social e professora brasileira, esclarece que a prática social

“ (...) é uma categoria teórica que possibilita o conhecimento e a explicitação do processo pelo qual se constitui e se expressa o ser social e da dinâmica da construção histórica do mundo humano-social”.

Isto quer dizer que o fundamento de toda a prática social é o ser humano e todas as relações que o fazem interagir, e é por ele que se justifica a profissão de assistente social.

A subjetividade humana com que se lida todos os dias, é o motor e a motivação deste profissional.

¹ Utente – Expressão portuguesa para designar usuário.

² Gabinete do Utente É a expressão portuguesa de designação da sala de atendimento de Serviço Social. Refere-se portanto à prestação de serviços do Assistente Social.

Segundo a Direção Geral dos Hospitais de Portugal (in Ministério dos Assuntos Sociais, s.d.:1e2, -documentos cedidos por um assistente social do Hospital Universitário de Coimbra, Portugal); o assistente social deve trabalhar integrado nas equipas de tratamento para o desempenho das seguintes funções:

1. “Ajuda psico-social do doente, com vista à alta e à reintegração no meio de origem, o que implica:
 - Acolhimento;
 - Esclarecimento sobre os recursos do hospital e da comunidade, e dos direitos do doente;
 - Pesquisa de elementos pessoais e familiares que possam influenciar na doença, processo de cura e reabilitação;
 - Estudo socio-económico do meio;
 - Articulação com as instituições da comunidade que possam contribuir para a solução dos problemas do doente.

2. Fomento da humanização do hospital, o que implica:
 - Contribuir para uma atitude de respeito face ao doente como pessoa;
 - Incentivar a generalização dessa atitude a todo o pessoal hospitalar;
 - Com base na observação continuada do meio hospitalar, analisar os aspectos negativos do funcionamento dos serviços e a forma de os remover, para que o Hospital cumpra integralmente a sua função junto do doente.

3. Recolha, sistematização de dados e elaboração de estudos indispensáveis à programação e avaliação do trabalho, e que possam contribuir para a definição de uma política de saúde, o que implica:
 - Preenchimento da ficha social do doente
 - Registo estatístico da atividade do serviço social

4. Colaborar com as escolas e com a DGH (Direcção Geral dos Hospitais) na formação de técnicos de serviço social, o que implica:

- Orientar estagiários dos Institutos Superiores de Serviço Social
- Proporcionar estágios de observação a técnicos recém formados, e reciclagem a profissionais em exercício.”

O Ministério da Saúde Português (in Ministério da Saúde, Lisboa, 1998) aponta como funções no Serviço Social na Saúde:

“Acompanhamento psicossocial ao indivíduo, sua família e outros membros da rede pessoal de suporte, e a grupos sociais-alvo; Articulação qualificada com as redes formais e informais de apoio, na esfera individual e coletiva; Contributo para a humanização e qualidade dos serviços de saúde; Supervisão técnica e orientação andragógica (sob orientação de um tutor); Investigação, estudo e concepção de processos, métodos e técnicas de intervenção; Participação na definição, promoção e efetivação dos cuidados de saúde”.

E como objetivos operacionais:

Promover a autonomia e bem-estar da população-paciente; Determinar e avaliar problemáticas e programar atuações psicossociais (perspectiva centrada no paciente/família e na comunidade; Fomentar a rentabilidade integrada dos recursos individuais, familiares, institucionais e comunitários; Contribuir para a qualidade e humanização dos serviços de saúde; Estudar, analisar e tornar visíveis os aspectos sociais da saúde; Participar ativamente na definição, promoção e concretização das políticas de saúde.

No que concerne aos Princípios e Valores do Serviço Social (ib idem) ditados pela Associação de Profissionais de Serviço Social de Portugal, destaco com minhas palavras os que se revelaram de extrema importância para o tema estudado:

- Cada ser humano tem um valor único em si mesmo, o que justifica o respeito moral por essa pessoa.

- Os Assistentes Sociais respeitam os Direitos Humanos básicos, de indivíduos e grupos, consignados na Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas e em outras convenções internacionais derivadas daquela Declaração.
- Os Assistentes Sociais salvaguardam os princípios de privacidade, confidencialidade e uso responsável da informação no seu trabalho profissional. Deverão ainda respeitar a confidencialidade mesmo quando a legislação do seu país é contrária a esta exigência.

A Associação de Profissionais de Serviço Social de Portugal (ib idem) aponta ainda Normas Gerais de Conduta Ética:

- Procurar entender cada cliente, individualmente, o sistema social em que está envolvido, as condicionantes que afetam o seu comportamento e acompanhamento, assim como os serviços que lhe deveriam ser prestados.
- Identificar, interpretar e dar a conhecer o trabalho e as atividades desenvolvidas pelos Assistentes Sociais.

E as Normas de Serviço Social em Relação com os Clientes:

- Preservar o direito do cliente a um relacionamento de confiança, à privacidade e confidencialidade, e ao uso responsável da informação.
- O cliente deverá estar informado da necessidade e do uso da recolha e partilha da informação dos dados adquiridos enquanto profissional.
- Nenhuma informação deverá ser cedida sem o conhecimento do cliente, exceto nos casos em que este não possa ser responsável, ou em que os outros possam ser colocados em risco.
- O cliente deverá ter acesso aos registos do trabalho social que a ele se refiram.

A importância de expor os princípios, valores e normas do profissional de serviço social, prende-se com a enorme falta de conhecimento por parte da

maioria da sociedade quanto às funções que se exercem nesta área das ciências sociais e humanas.

Para um maior e melhor aprimoramento das funções acima descritas, também deve-se ter presente essas condutas com o intuito de melhor cuidar e humanizar.

Recorrendo a Sodré, assistente social brasileira, ao buscar compreender as funções do profissional li algo que me chamou a atenção (2002:134) :

“(…) de acordo com a legislação do Conselho Regional de Serviço Social do Rio de Janeiro, o assistente social não deve participar da comunicação de óbito de usuários que nunca foram atendidos pelo Serviço Social”.

O médico raramente assume a tarefa de comunicar o óbito. É normal, comenta a autora, ver-se os assistentes sociais assumirem de forma totalmente solitária esta situação, apesar do CRESS/RJ esclarecer que não é uma atribuição do Serviço Social comunicar o óbito.

Para além disto, muitas vezes esta comunicação é feita nos corredores dos hospitais, com a maior escassez de vocabulário possível.

É dever dos profissionais de saúde respeitar o doente e a quem ele esteja ligado, quer seja familiar, amigo, vizinho ou simplesmente conhecido, em todos os momentos e particularmente no momento da comunicação de óbito do doente.

Esta é uma situação polêmica que tem trazido alguns desentendimentos nas equipes multidisciplinares no Brasil, pois a função de comunicar o óbito que deverá ser do médico, cai sob a responsabilidade dos assistentes sociais, na maioria das vezes. Devia saber-se que as funções do assistente social não abarcam esta responsabilidade mas, por outro lado:

“O trabalho dos assistentes sociais nos hospitais em situações como estas (morte) se resume a dar voz ao familiar e deixá-lo extravasar sua tristeza ou insatisfação. (...) Dar apoio aos familiares que perderam alguém ou orientar sobre seus direitos sociais neste momento tão soturno e confuso” (Sodré, 2002:135).

Relativamente ao conjunto da equipe de saúde, parece ser o assistente social o que mais teme lidar com situações de finitude e morte. Tendo em consideração a afirmação de Sodré se verá que, “sobre os demais profissionais,

os assistentes sociais, sempre se colocam favoráveis a atuar de forma conjunta (...) mas nunca quando se refere à morte” (2002:136).

Esta situação, segundo a mesma autora pode dever-se ao fato de que o assistente social considera que “ não há mais nada a fazer; tudo o que for feito a partir daqui é um mero procedimento burocrático” (Sodré, 2002:136).

As funções dos assistentes sociais mantêm-se em várias perspectivas: numa primeira perspectiva, é: ajudar o homem a encontrar-se consigo próprio e o seu problema, fornecer-lhe as pistas úteis para a solução das suas dificuldades, animá-lo nas ações necessárias, coadjuvá-lo em tais ações quando ele não puder realizá-las por si só. O assistente social ocupa uma posição de mediador, serve de agente de ligação, de ponte, de meio de comunicação entre os homens e as estruturas e quadros sociais.

Numa segunda perspectiva, é: proceder à humanização das estruturas, adequar a aplicação das medidas e a utilização dos recursos a cada indivíduo, grupo ou comunidade, de acordo com as suas próprias características, necessidades e aspirações.

Numa terceira perspectiva, é: ajudar cada homem a construir, mais interessada e positivamente, a sua realidade social ao nível individual e dos grupos como tais, apoiá-lo para que viva em equilíbrio as suas relações com os outros homens, incentivá-lo a associar-se com outros para, em conjunto, promoverem o bem comum e encontrarem respostas adequadas às suas necessidades e aspirações.

“Assim, entendemos que a vida de todos os dias, se iluminada por uma teoria sólida, é uma fonte permanente de conhecimento capaz de gerir práticas sociais inovadoras.

A partir dessa convicção, acreditamos que, no estudo reiterado e crítico das práticas quotidianas dos assistentes sociais, encontraremos um fio condutor para além de conhecer e analisar as formas de pensar e agir, construir, com bases na teoria, as possibilidades de novas práticas” Helena Mouro (s.d.).

É importante entender que o saber que deriva da prática profissional não se coloca imediatamente de modo pronto e acabado, mas é um conhecimento que se constrói: “desenvolve, traduz, codifica e descodifica um conjunto de questões que se colocam à prática profissional em determinado momento” (Baptista, 1986:4).

A prática cotidiana dos profissionais de serviço social tem a revelar uma riqueza escondida sob a trivialidade das ações e da pobreza aparente das atividades rotineiras.

De acordo com a leitura que fiz da obra de Maria da Graça Pereira e Cristiana Lopes (2002), percebi que os cuidados paliativos para além de terem como objetivo a melhoria da qualidade de vida do doente, têm a mesma preocupação com as suas famílias.

As autoras supra citadas Pereira e Lopes (2002) referem ainda que qualidade de vida implica diminuir o afastamento entre aspirações e aquilo que é possível. Para tal é necessário haver cooperação e respeito mútuo entre a equipe de cuidados, o paciente e sua família.

Segundo Menezes (2004:213), “não há um novo profissional para os Cuidados Paliativos no Brasil, mas as diversas categorias (Enfermagem, Serviço Social e Psicologia, entre outras) passam a ser especializadas em Cuidados Paliativos.

“O médico, assistente social, enfermeiro e psicólogo ensinam cuidados como, por exemplo, não deixar o doente sozinho por muito tempo, conversar com ele, abraçá-lo” (Sodré, 2002:141).

Essa autora destaca o papel do assistente social na equipe multidisciplinar que lida com o paciente e lhe dá valor na sua contribuição de serviços.

“...o assistente social tem um papel determinante para a concretização dessa nova forma de tratar, cuidar” (Sodré, 2002:141).

Já percebi no trabalho de Sodré(2002) que:

“ O profissional de serviço social avalia se a família está pronta ou não para receber a equipe de paliativistas em casa e cuidar do seu doente até à morte” (Sodré, 2002:143).

A isto se dá o nome de alta social dada pelo assistente social. É o fim do acompanhamento hospitalar. O fim da intervenção do serviço social.

“A alta não representa a cura para os cuidados paliativos, mas a luta a favor da vida, sem dor, sofrimento e com o máximo de cuidados. Tecer, analisar, avaliar e movimentar uma rede social é papel da saúde e função do assistente social” (Sodré, 2002:146).

De acordo com a leitura de Neto (2004) percebi que uma “equipe básica de cuidados paliativos inclui, um médico, dois enfermeiros e um assistente social”. No entanto a existência de outros profissionais, tais como: o psicólogo, o assistente espiritual e o religioso, ou outros auxiliares. podem intervir, caso o doente expresse essa vontade.

A maioria dos doentes prefere o domicílio ao hospital, e desde que existam as condições necessárias, como equipes treinadas para este trabalho, a situação é perfeitamente viável.

O papel do serviço social com a família do paciente é igualmente de extrema importância, pois serão eles que darão suporte a situações de crise e de dificuldades.

Há então um caminho no sentido de impulsionar o Serviço Social como promotor da igualdade e dignidade no que se refere à promoção dos cuidados paliativos.

Hannah Arent (2001) referiu que em relação ao desempenho positivo das profissões/atividades “nenhuma atividade pode tornar-se excelente se o mundo não propicia o seu exercício” (Arent, 2001, 59).

2.2.1.

Serviço Social Hospitalar numa Unidade Hospitalar Portuguesa e numa Unidade Hospitalar Brasileira

Depois de fazer várias colheitas de informação em diversos sites acerca do serviço social hospitalar em unidades universitárias de Portugal e Brasil, constatei que no Brasil, nomeadamente no município do Rio de Janeiro, foi interessante notar que os sites dos hospitais não referem dados das funções/atribuições do assistente social hospitalar, ao contrário do que se passa com os sites portugueses. A minha busca sobre esta parte foi realizada somente através de Internet, porque para além de ter feito a pesquisa em Portugal e sequente escrita, considerei que o serviço social, também no Brasil já teria espaço para sua divulgação no site do hospital correspondente. Apenas encontrei um que explicitava o que interessava à pesquisa. Assim sendo neste estudo vou explicitar as funções/atribuições de um hospital português e outro brasileiro para se proceder a uma análise mais equitativa. Em todo o caso nomeio os sites brasileiros que pesquisei e o que encontrei em cada um deles, e de seguida apresento o que observei nos hospitais de minha análise.

No Hospital Clementino Fraga da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, o serviço social apenas surge enunciado no organograma e no local que é apresentado o número de profissionais da instituição, onde é referido a seguir aos professores, médicos e enfermeiros, como “Outros profissionais de saúde, nível superior” (<http://www.hucff.ufrj.br/> -acessado em 22/02/07).

Na Universidade do Rio de Janeiro, Unirio, no Hospital Gaffrée Guinle o que surge sobre o serviço social é apenas o descrito a seguir:

“Assistência Social Núcleo de Aconselhamento para testagem Anônima para HIV”.

- Projeto AIDS Jovem.

“Coordenação de estágio acadêmico supervisionando alunos de Serviço Social de Escolas conveniadas com a UNIRIO”

“ O Hospital Universitário Gaffrée Guinle é essencialmente um hospital de ensino. Só no módulo profissional do Curso de Medicina, possui 500 alunos de graduação e 200 de pós-graduação, além dos alunos das Escolas de Nutrição, Enfermagem e Biomedicina. O Hospital conta também com estagiários de outras instituições públicas e privadas de diferentes áreas de estudo (Serviço Social, Psicologia, Fonoaudiologia, Laboratório etc) <http://www.unirio.br/hugg/index.htm> - acessado em 22/02/07.

Na Universidade Federal Fluminense, o Hospital Antônio Pedro apenas faz referência ao curso de Serviço Social <http://www.uff.br/> -acessado em 22/02/2007.

O Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, a UERJ, enuncia o serviço social, apenas como um dos serviços disponíveis <http://www.hupe.uerj.br/>-acessado em 22/02/2007.

Como resultado da busca eletrônica vou apresentar os dados referentes ao Hospital de Santa Maria em Lisboa, Portugal (*in* <http://www.hsm.min-saude.pt> – acessado em 20/12/2006), e no Brasil o Hospital do Câncer I pertencente ao INCA (Instituto Nacional do Câncer, hospital de referência universitária. Em relação à escolha do hospital de Portugal, entre os relacionados, foi por ser o país onde sou profissional, e por ser um hospital de grande importância na área do câncer. Os dois são hospitais universitários.

2.2.2.

Hospital de Santa Maria de Lisboa, Portugal

De acordo com o Hospital de Santa Maria de Lisboa, o Serviço Social Hospitalar tem como missão promover a melhoria da qualidade de prestação dos

cuidados de saúde, na sua área de atuação, de modo a fazer face às necessidades físicas e psicossociais dos utentes.

Segundo o modelo holístico adotado nessa unidade, o serviço social rege-se por seis diferentes grupos: Físico; Mental; Cultural; Social; Ambiental e Espiritual.

Suas áreas de intervenção passam pela prestação de cuidados, pelo gabinete do utente e pela investigação e ensino. Quanto à prestação de serviços é dado apoio emocional, há uma gestão da doença que se prende com a preparação para as repercussões físicas e psicossociais, aconselhamento, planeamento de cuidados, reintegração social, informação/orientação que fornece informação relativa a direitos, benefícios sociais e recursos comunitários, e Advocacia Social/Empowerment que tem a ver com a defesa dos direitos, representação institucional e treino de cidadania.

O gabinete do utente destina-se a receber reclamações, sugestões e opiniões dos doentes, constituindo assim, um instrumento de gestão e um meio de defesa para os mesmos.

Tem como objetivos: melhorar o atendimento dos doentes; reforçar a acessibilidade; promover a eficácia e a qualidade; fomentar a humanização dos serviços. Suas atribuições são de informar os utentes dos seus direitos e deveres em relação aos serviços de saúde; receber reclamações, sugestões e louvores formuladas pelos utentes no que se refere à organização e funcionamento dos Serviços; reduzir a escrito as exposições orais, quando o cidadão não o possa fazer.

Finalmente no que diz respeito à investigação e ensino, existe uma Cooperação Nacional com Universidades, Institutos e outras organizações no planeamento e implementação de campos de pesquisa e de âmbito académico e profissional em que o Serviço Social participe.

O desempenho dos Assistentes Sociais vincula-se ao Código de Ética da Associação Nacional de Assistentes Sociais de Portugal e às normas do Código Deontológico da Federação Internacional de Assistentes Sociais (1999) que reconhecem valores fundamentais no exercício da prática profissional.

O Código Deontológico da Federação Internacional de Assistentes Sociais, estabelece como valores (*in* <http://www.chc.min-saude.pt/> acessado em 22/04/06)

- Salvaguarda da dignidade humana;

- Respeito pela liberdade individual, e pelo exercício da cidadania;
- Respeito pela privacidade e confidencialidade da informação;
- Desenvolvimento da solidariedade, equidade e justiça social.

Já o Código de Ética da Associação Nacional de Assistentes Sociais de Portugal diz que a missão da profissão está enraizada num conjunto de valores centrais. Estes valores, levados a cabo pelos assistentes sociais ao longo da história da profissão, são a base do único propósito e da perspectiva do serviço social:

- serviço; justiça social; dignidade e valor pessoa; importância das relações humana; integridade; competência

O Código de Ética estabelece estes valores, princípios e padrões para orientar a conduta dos assistentes sociais. O Código é relevante para todos os assistentes sociais e estudantes de serviço social, não obstante as suas funções profissionais, áreas de trabalho ou as populações que servem (*in site* <http://www.naswdc.org/Code/ethics.htm>) acessado em 23/04/2006.

O referido Código de Ética registra que:

“Os Assistentes Sociais têm como objetivo do seu trabalho o desenvolvimento dos seres humanos, vivenciando os seguintes princípios básicos:

- Cada Ser Humano tem um valor único em si mesmo o que justifica o respeito moral por essa Pessoa;
- Cada indivíduo tem direito à sua autodeterminação, até ao limite em que isso não desrespeite os iguais direitos dos outros e tem a obrigação de contribuir para o bem-estar da sociedade;
- Cada sociedade, seja qual for a sua estrutura, deverá proporcionar o máximo de condições favoráveis de vida aos seus membros;
- Os Assistentes Sociais têm um compromisso com os princípios de Justiça Social;
- Os Assistentes Sociais devem colocar os seus objectivos, conhecimentos e experiência ao serviço dos indivíduos, dos grupos, das comunidades e da sociedade, apoiando-os no seu desenvolvimento e na resolução dos seus conflitos individuais ou colectivos e nas consequências que daí advém;

- Espera-se que os Assistentes Sociais providenciem o melhor apoio possível a toda e qualquer pessoa que procure a sua ajuda e conselho, sem discriminação com base na deficiência, cor, raça, classe social, religião, língua, convicções políticas ou opções sexuais;
- Os Assistentes Sociais respeitam os Direitos Humanos básicos, de indivíduos e grupos, consignados na Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas e em outras convenções internacionais derivadas daquela Declaração;
- Os Assistentes Sociais salvaguardam os princípios de privacidade, confidencialidade e uso responsável da informação no seu trabalho profissional. Deverão ainda respeitar a confidencialidade mesmo quando a legislação do seu país é contrária a esta exigência;
- Espera-se dos Assistentes Sociais um trabalho de estreita colaboração com os seus utentes, na defesa do seu próprio interesse e no interesse dos outros com eles envolvidos. Os utentes são encorajados a participar e devem ser informados dos riscos e benefícios prováveis no decurso do processo;
- Os Assistentes Sociais, geralmente, esperam que os utentes assumam em colaboração com eles a responsabilidade de decidir a orientação a dar aos seus problemas que afectam as suas vidas. A pressão que venha a ser necessária exercer para resolver os problemas de uma parte à custa dos interesses das outras partes envolvidas, só deveria acontecer depois de uma aprofundada avaliação das reclamações das partes em conflito. Os Assistentes Sociais devem evitar o recurso à coacção jurídica;
- O Serviço Social é incompatível com o apoio directo ou indirecto a grupos de indivíduos, forças políticas ou sistemas de poder que dominem os Seres Humanos, pelo uso da força, tais como: a tortura ou meios violentos;
- Os Assistentes Sociais tomam decisões eticamente justificadas apoiando-se na “Declaração Internacional dos Princípios Éticos” e nas “Normas Éticas Internacionais para os Assistentes Sociais”, adaptadas pela sua Associação Profissional Nacional” (*in* site <http://servico-social.blogspot.com/>: acessado em 10/01/07).

2.2.3.

Instituto Nacional do Câncer (INCA), Hospital do Câncer I e IV do Rio de Janeiro, Brasil

Para ilustração brasileira vou me valer dos dados recolhidos pelo site do Instituto Nacional do Câncer, INCA, localizado no Rio de Janeiro.

Para os fins deste estudo vou explicitar o que encontrei em referência ao Hospital do Câncer I e IV.

O Hospital do Câncer I (HC I) é a maior unidade hospitalar do Instituto Nacional de Câncer e um dos mais bem equipados hospitais do Ministério da Saúde. O HC I presta assistência médico-hospitalar gratuita para pacientes com câncer.

De acordo com o que é dito no site do INCA (<http://www.inca.gov.br/> acessado 12/12/06): O Serviço Social do Hospital do Câncer I desenvolve trabalhos individuais e em grupo com os pacientes e seus familiares por meio de uma abordagem multidisciplinar, viabilizando o acesso às políticas sociais e institucionais, objetivando a garantia dos direitos sociais e o exercício da cidadania.

O Serviço Social conta com 17 assistentes sociais e 3 profissionais administrativos atuando em diferentes segmentos do INCA, sendo referência para sua categoria, haja vista a importância do Hospital do Câncer I na oncologia brasileira.

É interessante notar que o Serviço Social tem presença no Ambulatório e Internação de pacientes e em vários programas institucionais. Vou me deter apenas no trabalho junto aos pacientes internados e no programa de Aconselhamento Genético.

Para pacientes Internados

O Serviço Social complementa na enfermagem o trabalho já iniciado no ambulatório, visando dar continuidade à vinculação estabelecida naquele momento inicial. Os profissionais de Serviço Social, que atuam nas enfermarias, desenvolvem várias atividades de intervenção social. As mais frequentes são:

- reflexão sistemática sobre o processo de adoecimento e formas objetivas

(direitos) e subjetivas (dor, sofrimento) para enfrentamento deste processo;• orientação para alta;• viabilização do retorno do paciente e acompanhante ao município de origem através das Secretarias de Saúde;• coordenação de grupos de pacientes e familiares;• orientação quanto às questões relativas aos direitos previdenciários e assistenciais; • avaliação e autorização para permanência de acompanhantes junto aos pacientes (*in* <http://www.inca.gov.br/>- acessado em 18/09/2006).

A participação do profissional de Serviço Social em Mesas Redondas também é importante, bem como as avaliações sociais e os encaminhamentos.

As atribuições do Serviço Social na enfermaria são as seguintes:

- avaliação social quando há indicação de hospedagem do paciente infantil e seu acompanhante na Casa Ronald Mc Donald, que abriga pacientes de outros municípios que não têm indicação de internação hospitalar;• coordenação dos grupos de mães de pacientes internados e de mães de pacientes hospedados na Casa Ronald Mc Donald; participação da visita médica diária; • orientação e autorização de acompanhantes e visitas extras (*in*<http://www.inca.gov.br/>- acessado em 18/09/2006).

Aconselhamento Genético

O Serviço Social faz parte da equipe multiprofissional de Aconselhamento Genético do INCA que se reúne semanalmente, sendo responsável pela avaliação individual dos pacientes, objetivando construir o perfil social das usuárias inseridas no projeto.

Destaco o programa de humanização elaborado pelo hospital pioneiro de Cuidados Paliativos no Brasil, o Hospital do Câncer IV como já dito, pertencente ao Instituto Nacional do Câncer (INCA).

Consultei Rachel Menezes (2004) que fez sua pesquisa no Hospital do Câncer IV, sobre a “Boa Morte” e sobre o Programa de Humanização.

O hospital do Câncer IV possui o Programa de Humanização, que entre outras coisas, promove o melhoramento das instalações, contribuindo assim para um espaço mais aconchegante destinado aos doentes e suas famílias.

“ (...) ecoando o ideário de “morte contemporânea”, a necessidade de “humanizar” o ambiente hospitalar surgiu após os anos 1970, em contraposição a uma medicina tecnológica, produtora de um processo de despersonalização do doente internado em hospitais” (Menezes, 2004:73).

Esta idéia surgiu de outras instituições, nomeadamente nos Estados Unidos, em que se modificava o ambiente hospitalar e a forma de atendimento para as crianças enfermas. A Fundação Patch Adams, que é referida no filme homónimo, é uma organização não-governamental que funciona exatamente com o propósito de melhorar a qualidade de vida dos seus doentes.

“ A Fundação Patch Adams criou novas organizações em diversos países, propondo a descontração do doente internado, de seus familiares e dos profissionais, através do humor e da apresentação teatral de palhaços. Esta proposta se transformou, quando de sua aplicação em unidades paliativas, em atividades consideradas mais adequadas à condição dos pacientes internados e ao ambiente no qual se encontram. Segundo a coordenadora do Programa de Humanização, o trabalho consiste na personalização do indivíduo internado, o que é obtido pela intervenção no ambiente institucional, com a assistência de uma equipe especialmente treinada “ (Menezes, 2004:73).

E os objetivos do programa do Hospital do Câncer IV seriam: Humanizar o ambiente hospitalar; Contribuir para o bem-estar de todos; Criar um ambiente positivo para os funcionários ficarem motivados a continuar a trabalhar e desenvolver atividades na área de cuidados paliativos, motivando-os a mostrarem seus talentos artísticos no atendimento aos pacientes (Menezes, 2004: 73).

Sobre esse programa algumas inovações se fizeram, tais como inserir música no ambiente hospitalar.

“O Programa de Humanização possui outras atividades, dentre as quais um projeto com um grupo de músicos profissionais, que toca ou canta para pacientes internados, que busca “valorizar a vida por meio da arte dos sons” (Menezes, 2004: 75).

Acredita-se que um ambiente mais pessoal, tal como a colocação de quadros para afixar fotos e mensagens dos doentes, lhes trará ânimo e um sentimento de familiaridade.

“A partir de 2000, foram desenvolvidos diversos projetos pelo Programa de Humanização voltados ao ambiente institucional, sendo a primeira iniciativa dirigida à personalização do espaço ocupado pelo paciente internado” (Menezes, 2004: 74).

Neste programa foi tomada uma atitude fundamental. Cada leito tem o nome do paciente, impresso ao lado de desenhos, quadros etc.

São pequenos gestos que tornam mais humanos os dias dos doentes, atribuindo-lhes sentido, dignidade e singularidade.

“O Programa de Humanização incorpora uma proposta pedagógica muito mais ampla: além de postular mudanças no ambiente hospitalar, propicia uma mudança nas próprias representações sociais da morte, incluindo-a, antes de mais nada, na vida” (Menezes, 2004:75).

Outro aspecto do programa prende-se com a valorização do trabalho de equipe multidisciplinar.

É realizada mensalmente uma reunião chamada de “Happy Hour” (Hora Feliz), em que se comemoram os aniversários do mês, bem como se premeia o funcionário sorriso, dentre outras manifestações.

São igualmente promovidas oficinas, cursos e treinamentos com o intuito de “possibilitar um melhor trabalho com a dor e o sofrimento dos pacientes e familiares”. Isto faz o profissional sentir-se reconhecido e feliz.

Para a organizadora do programa, a parte saudável de cada profissional pode causar alegria no trabalho junto dos pacientes.

É bom ressaltar que a temática da humanização ganhou novo status no Brasil em maio de 2000, quando o Ministério de Saúde Brasileiro regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que visa:

“O objetivo fundamental do PNHAH seria o de aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários/profissionais (campo das interações face-a-face) e entre hospital e comunidade (campo das interações sociocomunitárias), visando à melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços prestados por estas instituições” (MS, 2000 *in* Deslandes 2003:8).

Essa política nacional possivelmente influenciou os diferentes programas de humanização de cada instituição em particular.

Humanizar representa mostrar humildade suficiente para ouvir e falar com uma pessoa, estando aberto as suas angústias, aos seus desejos e vontades, por mais incompreensíveis que possam parecer naquele momento.

Acredito que muitas vezes seja difícil ter a atitude tranquila perante uma enfermidade irreversível e que cause muita dor ao paciente, mas mesmo nesta circunstância existe a possibilidade de se fazer presente ao mesmo, oferecendo “gratuitamente” ao moribundo, o amor e a amizade.

Hennezel (2005), que durante muitos anos lidou com pessoas no fim da vida é peremptória ao afirmar que:

“Quando nada mais resta a fazer, podemos ainda amar e sermos amados, e muitos moribundos, no instante de deixarem a vida, nos têm lançado esta mensagem pungente: não passem ao largo da vida, não passem ao largo do amor. Os últimos instantes da vida de um ser amado podem constituir a ocasião de ir o mais longe possível com essa pessoa. Quantos de nós aproveitam essa ocasião?” (Hennezel, 2005: 14).

À semelhança do que pude observar na ilustração portuguesa o exercício do profissional de Serviço Social no Brasil também vincula-se a seu Código de Ética (1993), por isso transcrevo os seus Princípios Fundamentais:

- “Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;
- Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;
- Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;
- Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;

- Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação/exploração de classe, etnia e gênero;
- Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores;
- Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
- Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física” (*in site http://www.cfess.org.br/pdf/legislacao_etica_cfess.pdf - acessado em 10/01/2007*).

E para terminar a exposição das ilustrações da presença ativa do assistente social junto aos pacientes que sofrem, valho-me de uma reflexão de Kubler-Ross.

“ Parece ter chegado o momento de as pessoas de todas as profissões e religiões se unirem antes que a nossa sociedade se torne insensível; a ponto de se autodestruir” (Kubler-Ross, 1998: 21).