



Universidades Lusíada

Trindade, Maria Beatriz Couto

Doentes crónicos e espaço profissional do assistente social

<http://hdl.handle.net/11067/3939>

Metadados

Data de Publicação	1994
Resumo	Com o desenvolvimento das sociedades e concomitantemente da ciência e tecnologia medicas, aumenta a possibilidade de controle de doenças graves ate há poucos anos mortais, sendo cada vez maior o numero dos que, sejam quais forem as suas idades, sobrevivem em situação de cronicidade. Em paralelo e para alem disto, a maior longevidade conseguida pelos indivíduos das sociedades actuais, torna-nos a todos mais susceptíveis de sofrermos de afecções crónicas de incontáveis etiologias que se vêm a reve...
Palavras Chave	Doentes crónicos - Cuidado e tratamento, Doentes crónicos - Serviços para, Serviço social médico
Tipo	article
Revisão de Pares	no
Coleções	[ULL-ISSSL] IS, n. 09 (1994)

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-05-17T09:50:43Z com informação proveniente do Repositório

DOENTES CRÓNICOS E ESPAÇO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL

*Dr.ª Beatriz Couto **

Introdução

Com o desenvolvimento das sociedades e concomitantemente da ciência e tecnologia médicas, aumenta a possibilidade de controle de doenças graves até há poucos anos mortais, sendo cada vez maior o número dos que, sejam quais forem as suas idades, sobrevivem em situação de cronicidade. Em paralelo e para além disto, a maior longevidade conseguida pelos indivíduos das sociedades actuais, torna-nos a todos mais susceptíveis de sofrermos de afecções crónicas de incontáveis etiologias que se vêm a revelar como as principais causas de morte, incapacidade e dependência face aos outros.

Assim, no texto que se apresenta, elaborado em 1990 no âmbito do curso “Debate Contemporâneo: Rupturas e Continuidades no Serviço Social” do I Mestrado de Serviço Social, reconhecem-se como questões sociais emergentes a gerir pelo Assistente social as que resultam das transformações introduzidas pelas doenças crónicas nas vidas pessoais, familiares, de trabalho e de outros níveis de inserção social dos indivíduos por aquelas afectados.

Simultaneamente, tendo subjacente que a afirmação e o desenvolvimento de um estatuto profissional se opera mediante um duplo dinamismo: o que resulta da procura que é socialmente colocada a determinada profissão e o que é viabilizado pelas próprias reservas de forças desses profissionais, aptas ou não, para responder às solicitações extrínsecas (Netto, 1989), espera-se que a sistematização de algumas dimensões do adoecer e viver com doença crónica contribuam para uma ampla reflexão sobre o redireccionamento da intervenção profissional do Assistente Social da Saúde junto do doente crónico.

* Mestre em Serviço Social
Assistente Social da Direcção Geral da Saúde

1 — Das determinantes da saúde

Para uma reflexão sobre o tema proposto começamos por nos interrogarmos sobre de que dependem a saúde e a doença.

Não existem respostas simples. Até há cerca de vinte anos pouco ou nada se falava da causa multifactorial das doenças. O modelo explicativo fazia corresponder a cada doença uma única causa e um único tratamento. As descobertas de Pasteur, Koch e doutros há um século, assim como a teoria microbiana da doença ('Germ Theory') que punha em evidência o papel dos microrganismos, influenciaram múltiplas gerações de profissionais na perspectiva geral *uma doença — uma causa* (Martin, 1987), contudo hoje sabe-se que não é assim.

São múltiplos os factores que têm um papel importante tanto na eclosão das doenças como no seu prognóstico e tratamento. Mesmo nas afecções infecciosas — as que melhor podem ser identificadas com o modelo médico de doença ¹ —, se a acção do germe permanece uma condição necessária ela não é suficiente para que a infecção se manifeste. Na tuberculose, por exemplo, sem bacilo de Koch não há tuberculose, contudo um indivíduo pode tomar contacto com aquele agente infeccioso e não adoecer. Isso dependerá da acção conjunta de outros factores pessoais, comportamentais (estado de nutrição; fumador ou não fumador; vivendo só ou com família; higiene; eventuais factores genéticos relativos a deficiente resistência às infecções) e meio envolvente (condições de alojamento; condições de trabalho; classe social; dificuldades de acesso a serviços preventivos).

No caso das doenças crónicas estas são também a consequência de uma constelação de factores. As doenças cardio-vasculares, por exemplo, têm por factores de risco major o tabagismo, a hipertensão, o excesso de peso, e ainda se lhes juntam a diabetes, o stress e a falta de exercício físico. Em alguns cancros, mesmo que factores de risco tais como o tabaco tenham um papel muito importante, sabe-se hoje que a maior parte das vezes se combinam elementos etiológicos diferentes: biológicos (por vezes hereditários), comportamentais, ambientais.

Estamos, portanto, perante uma realidade (saúde/doença de indivíduos e grupos) complexa que não pode ser explicada nem compreendida senão por referência a *quatro grandes grupos de factores determinantes* (Dever, 1976), cujo peso relativo

¹ No modelo médico de doença é somente tido em consideração a patologia com sua etiologia e manifestações clínicas. Simbolicamente pode ilustrar-se no seguinte esquema sequencial:

etiologia → patologia → manifestação (OMS, 1989:17)

nas respectivas situações particulares tem de ser procurado. Referimo-nos aos *aspectos ligados à biologia humana* (maturação e envelhecimento; fisiologia; factores genéticos); *o nosso meio envolvente no seu sentido mais lato* (social; psicológico; físico); *os comportamentos — estilos de vida* (aspectos profissionais; consumos; lazeres); e ainda a *organização dos serviços de saúde* (cuidados preventivos; curativos e de readaptação/reabilitação).

É tendo presente esta análise que Jean Martin conclui que “uma situação patológica, quer seja de uma pessoa ou de um grupo, é habitualmente o resultado da acção de uma constelação de factores: *etiologia multifactorial da doença*” (1987:87) e que “para resolver um problema de saúde ou, melhor, para conseguir uma mudança desejável no modo de vida de uma pessoa ou de um grupo, há, por consequência, a maior parte das vezes, que agir a vários níveis de diferentes elementos: *etiologia multifactorial da mudança (da cura)*” (1987:87). Estas considerações levam-nos a sublinhar:

1.º) a noção multifactorial da doença que, sendo importante nas doenças infecciosas e agudas, é particularmente pertinente nas doenças crónicas;

2.º) igualdade de acesso aos cuidados de saúde não significa nem garante equidade de resultados. São múltiplos os estudos que evidenciam que as taxas de morbilidade e mortalidade são mais elevadas nos que são economicamente desfavorecidos; são menos instruídos/informados; vivem num meio físico menos confortável/poluído/de stress, nomeadamente meio de trabalho e de alojamento; são mal adaptados ao meio sócio-cultural envolvente, em particular os isolados e marginalizados; são mal alimentados por défice ou desequilíbrio; abusam de diversas substâncias; ignoram ou sabem mal como utilizar os serviços de saúde e os serviços sociais.

3.º) a cura, ou no caso das doenças crónicas a gestão da cronicidade, não é o resultado de um só factor, mas sim o resultado de uma multiplicidade de interações dos quatro grandes grupos de factores determinantes da saúde/doença atrás referidos.

Reconhece-se, portanto, a falência dos programas de saúde ou de gestão de doença, que, concebidos a partir do modelo médico — o socialmente instituído, embora em transformação por força de investigação referida a quadros teóricos interpretativos do social —, se focalizam naquela considerando-a como um desvio biológico relativamente às normas e esquecem ou escamoteiam a totalidade das componentes da saúde e da saúde relativa, consideradas como um valor positivo e global.

2 — Do Assistente Social da Saúde

Integrado na divisão sócio-técnica que preside à produção e gestão das políticas de saúde e imerso na interprofissionalidade que lhe subjaz, o Assistente Social é um dos mediadores privilegiados na relação entre a população perturbada, desfavorecida, secundarizada ou a qualquer título marginalizada pela doença e as políticas sociais, públicas ou privadas, disponibilizadas para fazerem face às necessidades humanas desses grupos². Sabemos, contudo, como frequentemente essas necessidades não são total ou parcialmente satisfeitas, pois “a atenção a necessidades ultrapassa a burocracia instituída e sua prática, e o atendimento a necessidades face às diferenças dos segmentos sociais (históricas, territoriais, culturais e económicas) é sempre uma busca se o horizonte é a equidade de resultados e não somente o direito de acesso a serviços” (Sposati, 1991:27).

Aldaíza Sposati reflectindo sobre os efeitos da prática do Assistente Social no Brasil, diz que “transitando entre efeitos de retórica na construção de imaginários e representações da clientela, são ainda discutíveis quanto a sua acção ideológica para o consenso e grau efectivo de alteração do real e construção de condições de protagonismo dos sujeitos necessitados de atenção” (1991:12). Embora numa realidade social algo diferente da nossa, pensamos que se trata de uma indicação importante para pensar a prática do Assistente Social enquanto mediador das políticas de saúde e seus utentes. Tendo anteriormente sido visto o que é determinante na saúde/doença dos indivíduos e grupos, podemos, então, avançar sobre que *contributos efectivos do Assistente Social:*

- a) para o consenso nas determinantes da saúde/doença dos grupos-alvo da sua actuação profissional: como trabalha a interacção saber bio-médico/saber social da doença e doentes;
- b) para um grau efectivo de alteração do real: como a passagem da exclusão/secundarização vivida pelo doente e família na sequência da cronicidade da doença à inclusão social, apesar e tendo em conta a situação real de défice/alteração biológica que o doente sofre; como “a apreensão, a nível de consciência, das relações determinantes existentes entre o destino singular sentido e vivido por cada um e o destino de classe social a que pertence — passagem singular/colectivo” (Falcão, 1990:52);
- c) para a construção de condições de protagonismo dos sujeitos objecto da sua acção: afirmação e construção da saúde enquanto direito social efectivo.

² Maria do Carmo Falcão considera que a afirmação corrente entre os Assistentes Sociais de que são “um dos mediadores privilegiados na relação entre a população dominada, oprimida ou excluída, e o Estado” merece ser retomada de forma explicitadora e avance ideias nesse sentido (1990:51)

Não está, de forma alguma, no âmbito deste trabalho dar resposta programática aos pontos enunciados, mas pensa-se importante procurar vias a uma abordagem abrangente que permita encaminhar no sentido da explicação e compreensão da realidade com que trabalhamos e onde trabalhamos, para um repensar da direcção social da prática profissional do Assistente Social da Saúde.

Sendo, em si mesma, aquela prática profissional, uma estratégia que articula recursos, forças, saberes e poderes numa direcção social, então, a quem se encontra inserido em meio médico, é importante explorar as especificidades que caracterizam este meio para nele poder actuar. Um contributo válido pode ser retirado do desdobrar de *duas categorias operacionais* apresentado por Carapinheiro (1989) e cujo conhecimento é útil a todos (médicos, enfermeiros, assistentes sociais e outros) quantos trabalham quotidianamente com fenómenos relativos à situação de doença: a *construção profissional da doença*, que é a que habitualmente é considerada no dia-a-dia, e a *construção social da doença*.

A primeira é-nos dada pelo paradigma bio-médico que se encontra em permanente actualização e refere-se à doença como entidade biológica. É esta construção da doença que tem lugar hegemónico no campo das concepções de saúde e doença; no campo das definições das doenças e até no campo da organização dos esquemas de tratamento. Integrando a interprofissionalidade dos serviços de saúde, também elementos desta categoria têm necessariamente de fazer parte do acervo de conhecimentos do Assistente Social.

O atendimento compreensivo ao doente, hoje também entre nós reconhecidamente exigível³ por todo o cidadão quando se dirige aos Serviços de Saúde, implica o trabalho interdisciplinar e multiprofissional de uma equipa terapêutica, sendo que os que dela participam, porque falam o mesmo idioma, supõem falar a mesma linguagem, o que nem sempre é verdade.

Com formações-base distintas cada elemento desconhece o ângulo de visão do outro ou outros elementos(s) sobre o mesmo “referente” (objecto da realidade) e ao mesmo significante pode não corresponder o mesmo significado ou conceito. Como coloca Jean-Pierre Corneille, “qual a relação que existe entre uma sequência de fonemas, o conceito que ela evoca e a realidade que fazemos que ela substitua?” (1982:306). Portanto o trabalho em equipe exige uma linguagem base comum que

³ No preâmbulo justificativo do decreto-lei 11/93 de 15 de Janeiro que legisla sobre o novo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde pode ler-se: “A incessante preocupação de propiciar aos utentes cuidados compreensivos e de elevada qualidade aconselha alterações estruturais de vulto ...”

permita a comunicação interprofissional inequívoca e faculte ao doente a transmissão de uma mesma mensagem, ou, talvez mais precisamente, uma mensagem unívoca.

Sensibilidade idêntica apresenta a OMS quando propõe um referencial unificado na abordagem da doença crónica: “o tipo de problema que se põe ao sistema de cuidados de saúde modifica-se quando a doença crónica passa a ocupar mais relevo. Os doentes, os profissionais de saúde que deles se ocupam e os planeadores e organizadores da política de cuidados tentam adaptar-se às diferentes necessidades que vão aparecendo e cada um à sua maneira é confrontado com dificuldades várias, ao tentar compreender as consequências da doença. A confusão compartilhada por estes três grupos provém fundamentalmente da inexistência de um esquema coerente ou de uma estrutura conceptual que lhes permita organizar as referidas experiências. Estas limitações da compreensão constituem um obstáculo ao aperfeiçoamento da informação e obstam, por sua vez, ao aparecimento de respostas mais eficazes” (OMS, 1989:33).

A outra categoria operacional, a *construção social da doença*, contém duas possibilidades analíticas: a que permite traçar o quadro da realidade social das doenças e a que permite determinar os elementos da construção da identidade social do doente (Carapinheiro, 1989).

A primeira possibilidade analítica permite-nos apreender a expressão social das doenças, o traçado histórico destas numa sociedade: a prevalência de umas relativamente a outras ou mudanças significativas neste quadro; a sua distribuição por grupos e classes sociais e respectivos estatutos valorativos e, ainda, a instrumentalização política que pode ser feita com estudos sobre doenças.

Toda a informação daqui resultante se constitui em indicadores que tipificam uma sociedade e o seu conhecimento é importante para, na prática profissional, podermos compreender e explicar a realidade que nos envolve e, conseqüentemente, organizar estratégias mais adequadas à satisfação das necessidades dos doentes/famílias com quem e para quem trabalhamos.

A outra possibilidade analítica permite determinar os elementos da *construção da identidade social do doente*, o que é bastante mais pertinente na doença crónica do que na aguda e mais imediatamente se liga à prática do Assistente Social junto do doente crónico. Aqui inserem-se três elementos:

- a) a relação social do doente com a doença. Percepção que o doente tem da doença, portanto representação que pode já estar construída antes de estar

- doente mas que acompanha a emergência da doença e se vai modificando ao longo da sua permanência nas experiências subjectivas e objectivas que vai tendo (todo o cortejo de acontecimentos, situações, estratégias que o doente tem de produzir para continuar a viver).
- b) níveis de descoincidência entre a doença do doente e a doença do médico, ponto muito vulnerável da relação do doente com a medicina e profissionais de saúde, exactamente porque o doente transporta em si uma concepção própria da sua própria situação. Concepção cultural que todos nós temos (psicológica, social e cultural) e que transportamos quando nos submetemos à relação terapêutica com um médico. Portanto a doença do doente é a sua própria situação física, psicológica e social, enquanto a doença do médico é a perspectiva científica que a medicina fornece no sentido de se saberem categorizar e manejar situações de acordo com instrumentos técnicos e científicos;
- c) a possibilidade de afirmação da perspectiva do doente, ou seja, como é que um conjunto de ideias tecidas pelo doente sobre a sua própria condição e autónomas relativamente ao saber do médico consegue integrar-se na relação terapêutica com o médico e com os profissionais de saúde não médicos; e ainda, como na relação terapêutica é criado espaço de vivência da regressão, ansiedade e depressão que o doente sofre no desenrolar da sua situação de cronicidade.

Segundo Caldas de Almeida, “quando as pessoas têm perdas importantes é natural que se deprimam e só se puderem pegar nessa depressão e a trabalharem é que lhes é possível ultrapassarem o problema e eventualmente adaptarem-se à nova situação” (1989:19), então que contributos, que estratégias, o Assistente Social constrói para que isto aconteça?

É, necessariamente, na actualização quotidiana dos elementos que constituem as duas categorias referidas — *construção profissional e construção social da doença* —, no que às causas e natureza das doenças crónicas se refere, que os Assistentes Sociais da Saúde se constituem em profissionais que participam e potencializam as grandes transformações sociais em curso e se constituem, enquanto categoria profissional, em estratégia de eficiência e eficácia das instituições onde trabalham.

3 — Da doença crónica

As doenças crónicas são múltiplas e distintas doenças que não se tratam mas que se gerem e que se caracterizam quanto às causas e natureza.

Seguindo, ainda, Carapinheiro (1989), ao nível das *causas* temos na etiologia médica e na etiologia social das doenças duas ópticas complementares que se têm de actualizar de uma forma constante na prática de todos os profissionais.

A etiologia médica define, pelo paradigma bio-médico, as causas ligadas à biologia humana que categorizam uma doença distinguindo-a de outras.

A etiologia social categoriza a etiologia da doença de acordo com os estilos de vida das pessoas que são mais susceptíveis de a ter. Trata-se de parâmetros ligados à inserção na sociedade, nos grupos e classes sociais. Aqui reconhecemos as determinantes da saúde/doença não estritamente ligadas aos factores biológicos: meio envolvente; comportamentos/estilos de vida; e organização dos serviços de saúde, anteriormente referidas * — o modo como podemos caracterizar uma doença de acordo com a organização da vida em sociedade, de acordo com a inserção dos indivíduos em grupos e classes sociais; como os vários parâmetros ligados à inserção em sociedade determinam a adopção de estilos de vida que, por sua vez, determinam um quadro específico de patologias; como a organização dos Serviços prestadores dos cuidados de saúde — preventivos, curativos, de reabilitação — dá resposta às necessidades dos indivíduos inseridos em sociedade.

Ao nível da *natureza* a doença crónica é longa, dura todo o tempo de vida do doente, portanto não pode constituir um parêntesis na vida privada e social dos doentes e dos que com eles se relacionam, e ao esquema habitual: sintoma-diagnóstico-tratamento-cura/morte deve substituir-se um esquema sempre aberto: a gestão da cronicidade quotidiana (Baszanger, 1986).

Para apreendermos as consequências da doença, independentemente do quadro teórico que adoptemos, podemos partir de uma constatação simples: a doença, crónica ou aguda, desorganiza as relações sociais e os ajustamentos de uma pessoa à sociedade, mais precisamente nas suas inserções imediatas (família; trabalho; vida pública) e obriga os indivíduos a não cumprirem as suas obrigações. Cria-se, assim, instabilidade nas esferas de acção onde se movimentam, ao mesmo tempo que se levantam também dúvidas sobre a continuação dos desempenhos sociais que até aí vinham assumindo.

Esta constatação torna claro que a doença tem repercussões imediatas tanto no indivíduo que a sofre como nos que com ele se relacionam, no entanto, no conceito “doença” e no que dele deriva, nomeadamente a Classificação Internacional das

* Cfr. ‘As determinantes de saúde’, pág. 71.

Doenças (CID), os fenómenos patológicos são considerados como não tendo relação com os indivíduos a quem afectam e, conseqüentemente, não tendo repercussões nas suas vidas. “Modos de pensar tradicionais, firmemente arraigados fomentaram esta separação, tendente a fazer distinções categóricas entre o mundo natural e humano, entre vivo e não vivo, entre corpo e mente. Contudo as limitações desta forma de abordagem são bastante evidentes: ao isolar doença e doente, as conseqüências daquela sobre este sofrem o risco de serem negligenciadas. Estas conseqüências — que são as respostas do doente ou das pessoas com ele envolvidas numa relação ou deles dependentes — assumem maior importância à medida que se avoluma o peso da doença” (OMS, 1989:30) e são os sintomas que reflectem deficiências, incapacidades e desvantagens⁴ os quais “exigem, por direito próprio, que se façam esforços a fim de se conseguir uma melhoria” (OMS, 1989: 32).

Na doença aguda o início é frequentemente brusco, o processo contém, habitualmente, uma prostração quase total considerando-se que o repouso facilita a recuperação e a expectativa habitual é que tenha curta duração. São situações bem definidas tanto no diagnóstico, quanto na duração e tratamento. Estas características das doenças que prevaleceram nas sociedades ao longo de séculos contribuíram para a institucionalização do modelo médico de doença e de dois tipos de respostas sociais: por um lado, a interrupção da actividade quotidiana, aceite e esperada tanto pelo doente como pelos que o rodeiam; por outro, a sujeição incondicional ao conselho do médico, para quem a situação se apresenta relativamente distituída de dúvidas.

Nestas circunstâncias a doença, embora desorganize temporariamente as relações e os ajustamentos da pessoa à sociedade, tem uma aceitação social normalizada e pode ser abordada numa perspectiva médico-centrista. Entende-se⁵ que através do sub-sistema social que a medicina constitui, é controlado o desvio potencial da

⁴ Deficiência, incapacidade e desvantagem (handicap) são entendidas de acordo com as definições avançadas pela OMS:

Deficiência — “representa qualquer perda ou anomalia de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica”;

Incapacidade — “corresponde a qualquer redução ou falta (resultante de uma deficiência) de capacidades para exercer uma actividade de forma, ou dentro dos limites considerados normais para o ser humano”;

Desvantagem (handicap) — “representa um impedimento sofrido por um dado indivíduo, resultante de uma deficiência ou de uma incapacidade, que lhe limita ou lhe impede o desempenho de uma actividade considerada normal para esse indivíduo, tendo em atenção a idade, o sexo e os factores sócio-culturais” (OMS, 1989:35).

⁵ Esta é a posição defendida por T. Parsons (1951) — “Social structure and dynamic process: the case of modern medical practice” in *The social system*, Glencoe, The Free Press, PP. 428-480, e analisada por I. Baszanger (1986:7).

doença, pois aquele sub-sistema legitima o acesso ao papel social de doente. Este papel social regula a conduta de doença que deve adoptar uma pessoa doente quando se entrega nas mãos de um médico e rege a relação estabelecida com a sociedade: a pessoa doente está oficialmente excluída, a título temporário, do cumprimento das suas actividades. Cada um (doente e os que com ele se relacionam) sabe o que socialmente se pode esperar logo que surge uma doença e como reger a sua conduta.

É neste sentido que se pode dizer que o papel social do doente, o papel social do médico e o paradigma bio-médico constituem um conjunto normativo explícito que caracteriza e controla as situações de doença aguda, ou seja, embora deixe de fora a resposta às necessidades globais do doente, não cria excessivas dificuldades na abordagem das situações agudas, pois aquele pode pôr-se provisoriamente nas mãos do médico e ficar fora das suas inserções sociais imediatas aguardando o retorno ao seu quotidiano habitual.

O mesmo já não se passa quando há que gerir uma enfermidade sem que se preveja o seu termo. Aqui a insuficiência do modelo médico é mais premente exactamente porque neste caso os indivíduos têm que fazer ajustamentos muito específicos à emergência de uma situação nova, não só na família e no trabalho, mas também na relação que passam a estabelecer com os Serviços e profissionais de saúde e com todos os que estão organizados no sentido de lhes prestarem apoio a uma mínima organização da situação emergente.

A doença crónica é distinta da aguda desde logo no modo como surge e se instala. O início é habitualmente insidioso. Face aos primeiros sintomas o indivíduo atribui-os geralmente a perturbações físicas episódicas, perturbações psicológicas, por vezes factores ligados aos estilos de vida ou ritmos de trabalho, ou então pode surgir como sequelas de uma série de episódios agudos. Num ou noutro caso o doente não está preparado para entender os primeiros sintomas como sintomas de uma doença grave e vai gerindo essa primeira fase da doença no sentido de não perturbar os ajustamentos sociais habituais que tem de continuar a desenvolver e a produzir diariamente.

Quando o diagnóstico se estabelece a imagem do próprio — o sentido de identidade — é perturbada por alterações corporais e funcionais. Finalmente, a persistência dos problemas revela impossibilidades no tratamento médico, ao mesmo tempo que a limitação da actividade por parte do doente, embora por vezes acentuada, não é, em geral, total.

É então necessário arranjar uma maneira de enfrentar esta nova situação, para a qual, a nível médico, há tratamento mas não cura e, conseqüentemente, tem de ser

gerida (por médico e doente) num horizonte temporal bastante largo, sendo que, enquanto a medicina se desenvolve e esboça uma lógica de controlo da doença, por parte do doente esboça-se uma lógica de controlo dos sintomas. É neste movimento constante entre a perspectiva médica e a perspectiva do doente que se vão avolumando as questões sociais e psico-sociais que, entretanto, o médico coloca no exterior da sua área de competências e lança na dos profissionais não médicos no sentido de terem uma actuação que permita minimizar os efeitos, as consequências, as crises destas situações.

Esta é a realidade que se elege em campo de actuação do Serviço Social quando este constitui uma das actividades sócio-profissionais dos serviços prestadores de cuidados de saúde a doentes crónicos. Assim, aos Assistentes Sociais da Saúde, enquanto um dos profissionais que são chamados a controlar as questões mais incontroláveis por parte do modelo médico, esboça-se a preocupação de reformular os seus princípios e modelos de acção em função das especificidades de cada situação patológica e da pessoa ou grupos que a sofrem, tendo em conta a realidade social global envolvente.

Conclusão

1 — Crescem os doentes crónicos. Realidade característica das sociedades actuais, a cronicidade da doença introduz nas vidas dos que a sofrem disfunções e desajustamentos mais ou menos graves que, pela incerteza da evolução, duração e gravidade de que se revestem, levam frequentemente a situações de sofrimento com exclusão ou secundarização social de doentes e respectivas famílias.

2 — Este facto permite compreender como as respostas instituídas a partir do modelo médico para fazer face às situações agudas são inoperantes nas situações crónicas, e como a população crónica se torna potencial alvo da intervenção do Serviço Social. Porque é uma intervenção que se centra numa realidade social emergente e de inúmeros matizes, para ser eficaz, tem necessariamente de conter aspectos inovadores. Estes implicam um redireccionamento das competências do Assistente Social da Saúde, cuja prática profissional tanto pode ser tida numa perspectiva preventiva quanto curativa relativamente aos problemas sociais e psico-sociais que se avolumam na relação profissional/profano;

3 — Num mundo em permanente transformação, com evolução da tecnologia médica e avanço das ciências biomédicas e sociais, não é mais possível a identificação de vias inovadoras sem conhecimentos específicos profundos. Só estes possibilitarão a leitura da realidade complexa que vivemos, assim como a escolha dos

processos e das estratégias de acção mais pertinentes, visualizando-se com maior clareza a direcção social da nossa prática.

4 — Se, como refere M. do Carmo Falcão, “toda a prática social é determinada: por um jogo de forças (interesses, motivações, intencionalidades); pelo grau de consciência de seus actores; pela visão de mundo que os orienta; pelo contexto onde esta prática se dá; pelas necessidades e possibilidades próprias a seus actores e próprias à realidade em que se situam” (1990:58), então é, com certeza, este o momento de nos interrogarmos e debatermos sobre a direcção a seguir e vias a abrir no âmbito da intervenção social do Assistente Social da Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Caldas de (1989) — “Aspectos Psicológicos da Doença Crónica”; Relatório do Workshop Abordagem Médico-Social da Doença Crónica — 16 a 18 de Novembro de 1988, Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, Lisboa
- BASZANGER, I. (1986) — “Les maladies chroniques et leurs ordre négocié”; R. Franç: Sociol., XXVII, 3, 27.
- CARAPINHEIRO, Graça (1989) — “As Questões Sociais da Doença Crónica”; Relatório do Workshop Abordagem Médico-Social da Doença Crónica — 16 a 18 de Novembro de 1988, Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, Lisboa.
- CORNEILLE, J. P. (1982) — A Linguística Estrutural — seu alcance e seus limites. Livraria Almedina, Coimbra.
- DEVER, G. E. A. (1976) — “An epidemiological model for health policy analysis”. Social Indicators Research 2, 453-466.
- FALCÃO, Maria do Carmo; NETTO, J. Paulo (1990) — Cotidiano: Conhecimento e Crítica. Cortez, S. Paulo.
- MARTIN, Jean (1987) — Pour la Santé Publique. Editions Réalités Sociales, Lausanne.
- NETTO, J. Paulo (1989) — Autocracia Burguesa e Serviço Social. Dissertação de doutoramento em Serviço Social, apresentada à Pontífice Universidade Católica de S. Paulo, S. Paulo.
- OMS — (1989) — Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Handicaps). Um Manual de Classificação das Consequências das Doenças. Tradução de: Ministério do Emprego e Segurança Social, SNR, Lisboa.
- SPOSATI, A. (1991) — “Elementos para Pensar o Pós-Graduação em Serviço Social”. Trabalho dactilografado, apresentado no Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, Lisboa.