

Social sciences contribution for public health practices

Contribuição das Ciências Sociais nas práticas de Saúde Pública

ABSTRACT | *Introduction: Health care has been modified as the years go by, and certainly it has been increased because of the contribution given by Social Sciences to Medical Sciences. The inclusion of subjective analysis highlighted a new meaning for health practices and also for the relations between the staff and people, considered objects in biomedical model. Objective: This paper discusses changes related to health practices model and Brazilian public health policies aiming at humanization and integrality applied at the construction of Brazilian Health System. Methodology: Health practices critical analysis based on a literature review and legislation, verifying researches results in scientific publications. Results: Health practices have experienced serious conflicts between high technology and no effective results at the improvement on population's health. Humanization is considered a politic possibility to change and create spaces able to reword the actions of health staff trying to change the model. Integrality has emerged as a powerful strategy to the reorganization of health practices in Brazil. Conclusion: Efforts will be necessary to confront all this complexity, reconstructing values as ethics and the professional/patient relation. Changing health practices must be started since undergraduation.*

Keywords | *Social Sciences; Health Policies; Health care*

RESUMO | *Introdução: A atenção à saúde tem sofrido diversas modificações ao longo dos anos, e uma das mais significativas certamente foi a contribuição das Ciências Sociais para as Ciências Médicas. A inclusão da análise subjetiva trouxe um ressignificado das práticas de saúde, na relação da equipe com as pessoas, antes consideradas objetos no modelo biomédico. Objetivo: Este estudo tem o objetivo de trazer à tona aspectos relativos à mudança de modelo e às políticas públicas brasileiras com foco na humanização e integralidade, fazendo uma reflexão sobre a aplicação prática da sociologia da saúde na construção do SUS. Metodologia: Análise crítica das práticas em saúde baseada na literatura e legislação, confrontando com resultados obtidos em publicações científicas. As práticas de saúde têm vivenciado sérios conflitos entre o extremo desenvolvimento científico e tecnológico e os resultados pouco efetivos na melhoria da saúde de indivíduos e populações. A humanização em saúde é considerada uma possibilidade política de modificar a lógica autoritária e instaurar, dentro das instituições, espaços de acolhimento capazes de dar significado às ações da Equipe de Saúde na tentativa de mudança do modelo vigente. A integralidade também tem se mostrado uma poderosa estratégia na construção da organização das práticas em saúde. Conclusão: Serão necessários esforços para o enfrentamento de toda a complexidade, trabalhando na reconstrução da ética, na relação entre profissionais e destes com os indivíduos. O repensar das práticas de saúde e dos profissionais deve ser considerado desde a sua formação acadêmica.*

Palavras-chave | *Sociologia da saúde; Políticas de saúde; Integralidade.*

¹Socióloga; acadêmica do Curso de Psicologia da FAESA.

²Mestre em Saúde Coletiva; professora voluntária da disciplina de Clínica Integrada Infantil da UFES; professora da ESFA e professora dos Cursos de Especialização em Saúde Coletiva e Odontologia do Trabalho da ABO-ES.

Introdução |

Durante a trajetória de sua existência, a humanidade vem acumulando uma gama de saberes que, com o passar do tempo, foi sistematizada como conhecimentos.

O senso comum utiliza conhecimentos que funcionam razoavelmente bem na solução dos problemas imediatos, apesar da não compreensão das explicações para o sucesso, mas, pelo fato de darem certo, transformam-se em crenças repassadas por gerações.

O conhecimento científico surge da necessidade de o homem não assumir uma posição passiva, de testemunha dos fenômenos, sem poder de ação ou controle sobre eles. Ordenado, possui conjunto de regras, baseando-se na comparação, observação e comprovação, na tentativa de explicar o fenômeno.

Seguindo essa lógica, o pensamento dos profissionais da saúde passa a considerar conhecimento aquilo cientificamente comprovado, o que a literatura afirma como verdade, desprezando o senso comum e considerando erro o modo como as pessoas entendem a vida, criando, assim, abismos questionáveis²¹.

À medida que o campo da Medicina avançava durante o início do século XX, apoiava-se cada vez mais na fisiologia e na anatomia, em vez de valorizar o estudo de pensamentos e emoções na busca por uma compreensão mais profunda da saúde e da doença.

A atenção à saúde tem sofrido diversas modificações ao longo dos anos, e uma das mais significativas certamente foi a contribuição das Ciências Sociais para as Ciências Médicas. A inclusão da análise subjetiva trouxe um ressignificado das práticas de saúde na relação da equipe com as pessoas, antes consideradas objetos no modelo biomédico.

Estabelecer o elo entre senso comum e ciência pode auxiliar na construção de novos conhecimentos, levando a ciência para cada comunidade, sem desprezar o seu saber, seu “senso comum”²¹. Essa articulação de saberes pode atuar como elemento facilitador para a implementação de estratégias promotoras de saúde.

Este estudo tem o objetivo de trazer à tona aspectos relativos à mudança de modelo e às políticas públicas brasileiras com foco na humanização e na integralidade, fazendo uma reflexão sobre a aplicação prática da sociologia da saúde na construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Revisão da literatura |

No decorrer de toda a história da ciência ocidental, o desenvolvimento da Biologia caminhou juntamente com o da Medicina. Estabelecida firmemente em Biologia, a concepção mecanicista da vida dominaria a atitude dos profissionais em relação à saúde e à doença⁷.

Assim nascia o modelo biomédico de saúde, sustentando que a doença sempre tem causas biológicas, o que, por sua vez, determina os modos de tratamento. É o modelo de atuação em saúde que segue a visão médica tradicional formada durante o período de evolução da Medicina. O modelo pressupõe que a doença é o resultado de um patógeno – um vírus, uma bactéria ou outro micro-organismo que invade o corpo humano. O modelo não faz menção às variáveis psicológicas, sociais ou comportamentais na doença. Nesse sentido, é reducionista, considerando que fenômenos complexos são derivados de um único fator primário, acrescentando ainda que o modelo tem como base a doutrina cartesiana do dualismo corpo-mente que os considera como entidades separadas, que não interagem. Nessa perspectiva, saúde nada mais é do que a ausência de doença²³.

O modelo médico hegemônico apresenta como características: o individualismo, a saúde-doença como mercadoria; a ênfase no biologismo; a historicidade da prática médica; a medicalização dos problemas; o privilégio da Medicina curativa; o estímulo ao consumismo médico e uma participação passiva e subordinada dos consumidores. A influência política e cultural exercida por esse modelo nos profissionais, na população e nos chamados formadores opinião, no que diz respeito aos problemas relacionados com a saúde, ilustra o conceito de hegemonia¹⁹.

O corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de peças. Dessa forma, a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos e o papel do médico é intervir para consertar o defeito da máquina. Ao concentrar em partes cada vez menores do corpo, a Medicina moderna perde de vista o paciente como um todo, como ser humano^{7,14}.

A concepção mecanicista do organismo humano e a resultante abordagem técnica da saúde levaram a uma ênfase na tecnologia médica, considerada o único caminho para melhorar a saúde⁷. Serviços de saúde e a alta tecnologia passam a ser vistos como a chave para

restaurar e desenvolver a saúde das populações¹⁴.

Mesmo com a utilização de mecanismos de regulação cada vez mais custosos e sofisticados, os sistemas continuavam ineficientes, inequitativos e com pouco apoio da opinião pública⁶.

A partir das décadas de 60 e 70, o modelo biomédico começou a ser questionado. Um dos maiores críticos foi MacKeown, que examinou vários fatores, incluindo o papel da ciência médica no declínio das doenças infecciosas¹⁷.

A análise de McKeown mostra muito claramente que a intervenção médica foi um fator muito menos importante do que outros. Todas as principais doenças infectocontagiosas tinham atingido seu auge e declinado antes da introdução dos antibióticos e das técnicas de imunização. As intervenções biomédicas, embora extremamente úteis em emergências individuais, têm pouco efeito na saúde das populações. A saúde dos indivíduos é determinada não por intervenções médicas, mas pelo comportamento, pela alimentação e pelo meio ambiente⁷.

Diante dos custos crescentes da assistência médica, enfatizava-se que o perfil epidemiológico poderia ser mais bem explicado pelos determinantes ambientais e pelo estilo de vida do que propriamente pelas intervenções do sistema de saúde. Essa concepção foi reforçada com o movimento da promoção da saúde, enfatizando os determinantes da saúde¹⁹.

Surgem, então, novas concepções do processo saúde-enfermidade-cuidado, que articulam saúde às condições de vida. O moderno movimento da promoção de saúde origina-se no Canadá, com a divulgação do documento conhecido como Informe Lalonde (1974)¹³.

A motivação central do Informe Lalonde parece ter sido política, técnica e econômica, pois visava a enfrentar os custos crescentes da assistência médica, ao mesmo tempo em que se apoiava no questionamento da abordagem exclusivamente médica para as doenças crônicas, pelos resultados pouco significativos que essa assistência apresentava⁶.

O modelo biopsicossocial surge no bojo do movimento da promoção da saúde pós-1974 e desloca-se da preocupação com a doença para preocupar-se com a saúde. O foco é na pessoa, observando como a doença, condição ou desordem, ameaçam a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida. Saúde passa, então, a

ser definida como um completo bem-estar funcional, social e psicológico. O ambiente social e físico torna-se, assim, o maior determinante da saúde. As experiências subjetivas do indivíduo e suas interpretações de saúde e doença devem ser valorizadas¹⁴. O modelo biopsicossocial proporciona uma visão integral do ser e do adoecer que compreende as dimensões física, psicológica e social¹⁹.

Para isso, é necessário que se entenda o indivíduo como uma totalidade e, portanto, torna-se indispensável uma troca a partir do encontro entre as diversas dimensões, apreendendo o todo por meio desta postura transdisciplinar, em que as competências individuais, em vez de esfaceladas, passam a se articular¹⁶.

Trata-se de uma tarefa que necessita do encontro, da troca entre os investigadores e universitários que trabalham nesses domínios disjuntos e se fecham como ostras quando solicitados¹⁶.

No Brasil, essa época pode ser definida como o início do movimento contra-hegemônico, que, nos anos 80, viria a se confirmar como o projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Em todo o País, surgem movimentos dos trabalhadores da saúde. A criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e da

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) foi fundamental para a sistematização de propostas de mudança do modelo de saúde¹¹, traçadas na VIII Conferência Nacional de Saúde. O documento final sistematizou o processo de construção de um modelo reformador para a saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), pautado no conceito ampliado de saúde e garantindo a participação popular para o exercício do controle social. Assim, o incremento do poder das comunidades na fixação de prioridades, na tomada de decisões e na definição de estratégias para alcançar melhores níveis de saúde é essencial. Ações comunitárias só serão efetivas se for garantida a participação popular na direção dos assuntos de saúde, bem como o acesso total e contínuo à informação e oportunidades de aprendizagem sobre questões de saúde⁸.

A proposta da Reforma Sanitária Brasileira representava, por um lado, a indignação contra as precárias condições de saúde, o descaso acumulado, a mercantilização do setor, a incompetência e o atraso e, por outro, a possibilidade da existência de uma viabilidade técnica e uma possibilidade política de enfrentar o problema¹.

A Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do SUS, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com a participação da população⁴.

Entretanto, desde o início da implantação do SUS, vários problemas se colocaram para sua operacionalização, desde aspectos relativos ao financiamento das ações, a definição clara de funções das três esferas governamentais até a implementação de um novo modelo de organização dos serviços. Havia uma resistência do antigo modelo assistencial – baseado na doença e em ações curativas individuais – a uma mudança mais substantiva nas práticas assistenciais²⁴.

Discussão |

O modelo assistencial público, no Brasil, tem se caracterizado por uma atenção voltada para o tratamento cirúrgico-restaurador, refletindo a prática individual curativa hegemônica¹⁵. O modelo concentra-se em investigar as causas das doenças físicas. Ao procurar um fator causal, produz-se uma imagem incompleta da saúde e da doença²³.

O modelo médico hegemônico, centrado no atendimento de doentes, apresenta sérios limites para uma atenção comprometida com a efetividade, a equidade e as necessidades prioritárias em saúde, ainda que possa proporcionar uma assistência de qualidade em determinadas situações¹⁹.

Apesar do acúmulo teórico sobre prevenção, a prática brasileira ainda é dominada por uma abordagem curativa. As doenças são explicadas com ênfase em uma perspectiva biológica, não considerando a interação dinâmica entre fatores sociopsicológicos, além dos fatores físicos que influenciam o processo saúde e doença¹⁷.

Embora, dentro da saúde pública, o modelo biomédico ainda prevaleça e tenha a identificação e tratamento da doença como foco primário, pesquisadores em saúde pública têm reconhecido crescentemente que as soluções para as questões relativas à saúde da população estão fora do Sistema de Saúde²⁶.

O gradiente social universal em saúde enfatiza a influência dos determinantes psicossociais, econômico, ambiental e político. Uma mudança desse modelo

biomédico/comportamental para um que resgate os determinantes sociais de saúde se faz necessária para que ocorram mudanças em relação à iniquidade em saúde. A não mudança efetiva de modelo é um retrocesso ético e científico, portanto ações complementares em saúde pública devem ser implementadas para a promoção de melhorias sustentáveis e de redução das iniquidades²⁵.

O Brasil vive hoje um processo de revisão crítica das tendências tomadas pelas práticas de saúde, tentando sair da visão segmentada que não enxerga a totalidade do paciente e de seu contexto. Procura modificar a abordagem excessivamente centrada na doença e não no doente, melhorar a interação profissional-paciente e aumentar o compromisso com o bem-estar do indivíduo¹⁰.

Recentes propostas de humanização e integralidade no cuidado em saúde têm se configurado em poderosas estratégias para construir alternativas para a organização das práticas de atenção à saúde².

Um dos objetivos da implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) pelo Ministério da Saúde foi a organização da atenção básica. As ações da ESF deveriam incluir uma postura acolhedora, criação de vínculo e responsabilização com o usuário, na tentativa da resolução dos problemas em nível local. A articulação de diversos atores sociais seria essencial para a construção da integralidade do cuidado e da atenção.

As transformações contemporâneas encampadas pela saúde e pela Medicina incluem a mudança do significado de paciente para pessoa; de tratamento para cuidado¹⁸. O cuidado não é algo que se dá a outro, mas que se pratica com o outro, implica circulação de afetos, algo que se cria em comum.

Nesse sentido, os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral, submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho, que o levam a adoecer e a morrer. O indivíduo não deve ser visto como um amontoado de partes e solto no mundo.

O indivíduo é um ser humano, social, cidadão que biológica, psicológica e socialmente, está sujeito a riscos de doença. Dessa forma, o atendimento deve ser feito para a sua saúde e não somente para a sua doença. Isso exige que o atendimento seja feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos⁵.

A questão da integralidade representa, hoje, o maior desafio nas práticas em saúde, um desafio cultural, para romper com formas cristalizadas de realizar ações técnicas que modelam os padrões de intervenção médica ou em saúde já tornados tradição⁵.

A Constituição não utiliza a expressão integralidade; fala em “[...] atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”⁴.

Integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida no texto constitucional. Ela é uma “bandeira” de luta. Tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam com um ideal de uma sociedade mais justa e solidária. Integralidade, no contexto da luta do movimento sanitário, parece ser, assim, uma noção amálgama, preche de sentidos²⁰. A integralidade é assumida como uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde²⁰. Surge como discurso contra a hegemonia na formação e nas práticas médicas, um conjunto de atitudes desejáveis, em especial, a valorização da associação entre as práticas de saúde e as práticas sociais.

A integralidade, além de considerada um princípio orientador das práticas, da organização do trabalho, ou ainda da organização das políticas, implica uma recusa ao reducionismo; uma recusa à objetivação dos sujeitos; uma afirmação da abertura para o diálogo⁵. Profissionais de saúde e a comunidade devem falar uma linguagem comum, em torno da qual se forme um campo de poder que possa governar ambos¹⁸.

Dentro dessas propostas reconstrutivas, o diálogo se mostra como elemento central. Não basta o profissional fazer o que demanda cuidado, falar o que sabe ser relevante; é preciso ter interesse efetivo pelo outro, estabelecendo uma escuta atenta e desarmada em frente à alteridade encontrada³, abandonando a arrogância de falar para o outro e passar a falar com o outro¹⁸. Perguntas simples podem ser um excelente dispositivo para desencadear a fusão de horizontes entre profissionais e usuários, o que permitirá aproximar as racionalidades práticas e instrumentais necessárias para o encontro cuidador³.

As fortes mudanças ocorridas no setor saúde com a criação do Sistema Único de Saúde forçaram um repensar sobre a formação dos novos profissionais de saúde. Porém, a substituição do sistema dominante de atenção à saúde, centrado na doença, hospitalar e

superespecializada, por modelos de atenção que valorizem a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção da saúde, ainda não foi conquistada e depende, em grande medida, do perfil de formação e da prática dos profissionais de saúde. É no descompasso entre a formação dos novos profissionais e as necessidades dos usuários do sistema que está o grande entrave da relação Serviços de Saúde e Ensino em Saúde¹².

O discurso da Medicina e da Odontologia apoia suas observações e formulações no modelo biomédico⁹, que enfatiza a atenção individual, secundarizando a promoção da saúde; organiza a assistência em especialidades e valoriza o ambiente hospitalar¹⁹. Dessa forma, o contexto psicossocial, que possibilita uma compreensão plena e adequada das comunidades e suas doenças, é excluído. A efetividade da prática depende dessa compreensão. A formação dos profissionais da saúde ainda está ancorada no modelo biomédico, favorecendo a construção de uma postura de desconsideração à atenção integral⁹.

As instituições de ensino superior têm, como grande desafio, a revisão do seu papel na educação dos profissionais de saúde, com mudanças nos currículos dos cursos, adotando um modelo pedagógico que permita ao aluno aprender a apreender, ser ético, humano e competente, beneficiando a população²².

Sabe-se que, a partir da necessidade de se responder a algumas questões suscitadas para vida coletiva, surge a Sociologia da Saúde, que busca, principalmente, uma proposta aplicativa e construtivista no âmbito da saúde, por meio de um conhecimento dos processos sociopsicológicos importantes para a manutenção da saúde do indivíduo.

A integralidade de atuação dos diversos profissionais da saúde busca superar a fragmentação originada a partir da compartimentalização do conhecimento em disciplinas estanques. Com essa proposta, as Ciências Sociais contribuem com um questionamento de enfrentamento, baseado na reconstrução das relações entre profissionais, rompendo com o modelo biomédico vigente nessas relações reducionistas.

Conclusão |

Serão necessários esforços para o enfrentamento de toda a complexidade, trabalhando na reconstrução da ética, na relação entre profissionais e desses com os indivíduos. O repensar das práticas de saúde e dos

profissionais deve ser considerado desde a sua formação acadêmica.

Referências |

- 1 Arouca S. O dilema preventivista. São Paulo:UNESP; 2003.
- 2 Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade 2004; 13(3): 16-29.
- 3 Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. Rev Saúde Coletiva, 2007;17(1): 43-62.
- 4 Brasil. Constituição Federal. Brasília: Imprensa Oficial, 1988.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Integralidade da Atenção à Saúde. 2003.
- 6 Buss PM. Promoção da saúde e a saúde pública: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina. Rio de Janeiro [s.n.]1998.
- 7 Capra F. O ponto de mutação (The turning point). Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix; 1982.
- 8 Carta de Ottawa. 1986. Disponível em: <http://opas.org/promoção>.
- 9 De Marco MA. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. Rev Bras Educ Médica 2006; 30(1): 60-72.
- 10 Deslandes SF. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- 11 Escorel S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar a reforma sanitária. In: Giovanella L. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008.
- 12 González AD, Almeida MJ. Integralidade da Saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais; 2007. [citado 2009 mar. 20] Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciasaude-coletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=665.
- 13 Lalonde M. A new perspective on health of Canadians: a working document. Ottawa: Canadian Department of National Health and Welfare; 1974.
- 14 Locker D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: Slade GD. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997.
- 15 Loureiro CA, Oliveira FJ. Inversão da atenção: uma estratégia para construção de modelos locais em saúde bucal. Belo Horizonte: Estação Saúde, 1993.
- 16 Morin E. O problema epistemológico da complexidade. Lisboa: Europa-América; 1983.
- 17 Moysés ST, Watt R. Promoção de saúde bucal. In: Buischi I. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2000.
- 18 Nettleton S. The sociology of health and illness. Oxford: Polity Press; 1996.
- 19 Paim JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
- 20 Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2006.
- 21 Rios, ERG, Franchi KMB, Silva RM, Amorim RF, Costa CC. Senso comum, ciência e filosofia: elo dos saberes necessários à promoção da saúde. Ciência e Saúde Coletiva 2007; 12(2): 501-9.
- 22 Sakai MH, Nunes EFPA, Martins VL, Almeida MJ, Baduy RS. Recursos humanos em saúde. In: Andrade SM, Soares DA, Cordoní Júnior L. Bases da Saúde Coletiva. Londrina: EDUEL; 2001.p. 111-32
- 23 Straub RO. Psicologia da saúde. Trad. Ronaldo Caltado Costa. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- 24 Viana, ALD, Poz MRD. A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família PHYSIS: Rev Saúde Coletiva 2005;15(Supl):225-64.
- 25 Watt RG. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. Community Dent Oral Epidemiol 2007; 35: 1-11.
- 26 Whiteside M. The challenge of interdisciplinary collaboration in addressing the social determinants. Australian Social Work 2004; 57(4): 381-93.

Correspondência para/ Reprint request to:
Mariana Monteiro de Barros Miotto
 Rua D. Pedro II 115 Apto 901 - Praia do Canto Vitória ES 29055-600
 Tel.: (27) 3227-3301 9942-3659