

O SUJEITO E AS PRÁTICAS DE SAÚDE

Vitor Silva Mendonça¹

Resumo

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído no Brasil em 1990, resultado de intensa mobilização social. Ele busca, entre outros aspectos, a democratização de direitos sociais, a partir do acesso universal e igualitário. Busca também, a mudança do modelo biomédico e fragmentado, ainda hegemônico nas práticas de saúde. A integralidade, preconizada como princípio ideológico, refere-se às ações voltadas a proteção, promoção e recuperação da saúde e concebe o indivíduo como ser integral nas suas necessidades físicas, psíquicas e sociais. Uma estratégia governamental para aumentar o acesso e melhorar a qualidade dos serviços, com uma concepção ampliada de saúde, é investir na implantação de uma Política Nacional de Humanização. Apesar dos avanços do SUS e da implementação de práticas criativas, constata-se, a partir da revisão de literatura, que o usuário do SUS ainda encontra dificuldades em acessar o sistema e ter um tratamento humanizado, conforme preconiza a política. O objetivo deste trabalho é refletir as possíveis consequências na vida dos usuários, considerando-se as contradições entre o que se preconiza e o que efetivamente se instala. Percebe-se que os usuários são vistos como portadores de doenças, muitas vezes reduzidos à sua alteração orgânica e destituídos de subjetividade. Outro aspecto relevante é a grande tendência à medicalização, uma vez que a formação dos profissionais de saúde ainda privilegia o modelo biomédico. Portanto, há passos ainda importantes a serem dados no sentido de uma atuação em saúde que privilegie o modo de vida do usuário e que possa acolhê-lo de maneira mais integral e humanizada.

Palavras-chave: Humanização; Integralidade; Profissionais de saúde; Sujeito; SUS.

THE MAN AND PRACTICE OF HEALTH

Abstract

The Unified Public Health System (SUS) was established in Brazil in 1990, result of intense social mobilization. He seeks, among other things, the democratization of social rights from universal and equal access. It also seeks to shift the biomedical model and fragmented, still hegemonic in health practices. The integrality advocated as an ideological principle, refers to actions aimed at the protection, promotion and restoration of health and conceives the individual as integral in their physical, psychological and social needs be. A government strategy to increase access and improve quality of services, with an expanded concept of health is investing in the implementation of a National Policy of Humanization. Despite the advances of the SUS and the implementation of creative practices, it is clear from the literature review, the SUS users still face difficulties in accessing the system and have a humane treatment, as required by policy. The objective of this work is to reflect the possible consequences on the lives of users, considering the contradictions between what is advocated and what is actually installs. Perceived that users are seen as carriers of disease, often reduced to its organic amendment and devoid of subjectivity. Another relevant aspect is the strong tendency toward medicalization, since the training of health professionals still privileges the biomedical model. Therefore, there are still important steps to be taken towards a

¹ Professor de Psicologia, Doutor pela Universidade de São Paulo

performance in health that privileges the way of life of the user and able to accept it more comprehensive and humane manner.

Keywords: Humanization; Integrality; Health care professionals; Man; SUS.

Introdução

No Brasil, a política de saúde passou a ter expressão e ganhar reconhecimento e dimensão social após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), já que, antes dele, a saúde nunca foi pensada como direito (Paim, 2008).

Os anos que antecederam a criação do SUS foram marcados pela conquista da democracia, além, é claro, dos movimentos sociais que defendiam os avanços no campo da saúde pública, formulados pelo Movimento de Reforma Sanitária. Dentre alguns princípios da Reforma, destacaram-se o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, a criação do SUS e a ampliação do conceito de saúde. Essas propostas ganharam destaque na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Mas, somente em 1988, com a promulgação da Constituição, consolidou-se a criação do SUS, que garantia o direito à saúde para todos os brasileiros (Mattos, 2009; Paim, 2008; Santos, 2010).

Seus princípios doutrinários, expressos na Constituição de 1988, são: universalização, igualdade e equidade.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

O princípio da equidade significa tratar as diferenças em busca da igualdade, respeitando suas particularidades. Do mesmo modo, assegura a universalidade e a igualdade

no acesso gratuito às ações e serviços de saúde, em benefício da promoção, proteção e recuperação da saúde (Paim, 2003), sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (Brasil, 1990). Os três juntos afirmam a doutrina do SUS, bem como suas diretrizes expressas no art. 198.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade (Brasil, 1988).

A integralidade é a premissa que articula as ações e serviços de saúde preventivos e curativos, tanto em nível individual quanto coletivo, exigidos para cada situação e em todos os níveis de complexidade do sistema. O atendimento integral deve priorizar as atividades preventivas, sem haver o prejuízo dos serviços assistenciais (Brasil, 1990; Mattos, 2009). O termo integralidade é derivado da noção proposta pela medicina integral, que em linhas gerais, critica a concepção que fragmenta o cuidado, privilegia as especialidades médicas e faz recortes analíticos, atentando-se somente a uma especialidade e a postura reducionista do indivíduo com dimensões

exclusivamente biológicas, sem considerar os aspectos psicológicos e sociais (Mattos, 2006).

Sendo assim, o princípio da integralidade tem relação com a recusa às formas de reducionismo, a começar pelo reducionismo de sujeitos a objetos. Assim, é preciso reconhecer que as práticas de cuidado são necessariamente intersubjetivas, e que devem se pautar por uma determinação das necessidades de ações e serviços de saúde em cada situação, tanto de grupos como de pessoas (Mattos, 2009).

Segundo Mattos (2006), a integralidade não deve ser pensada somente como uma diretriz constitucional do SUS, mas, como uma “bandeira de luta” com o objetivo de enunciar características do sistema de saúde e suas práticas que são consideradas desejáveis. E vai mais além, pois “ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária” (p. 43).

Outra proposta do Governo que também procura valorizar o sujeito enquanto indivíduo implicado no processo de produção da saúde é o HumanizaSUS, ou também chamado de humanização. Foi iniciada 2003, com a finalidade de implantar ações humanizadas e estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção da saúde. Os documentos governamentais definem humanização como:

[...] a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a coresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (Brasil, 2003, p. 9).

A humanização vem para reforçar os direitos dos usuários e reduzir os casos de discriminação, sendo necessárias melhorias e novas políticas para assegurar a qualidade no cuidado e o direito dos usuários nos serviços de saúde brasileiros, uma vez que o acesso ao sistema é deficitário. Mattos (2009) analisou o documento “O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade”, redigido em 2006 no Fórum da Reforma Sanitária, e percebeu que as condições de acesso e as práticas de saúde no âmbito do SUS, de modo geral, não estavam muito diferentes dos anos anteriores a sua criação. Ainda hoje se encontram filas que podem se formar desde a madrugada para retirada de senhas, triagens e horas em locais de esperas são constantes, e necessitam, quase sempre, percorrer mais de uma instituição para realização de exames e obtenção de medicamentos.

Apesar disso, em alguns aspectos específicos, é possível perceber melhoras no acesso aos serviços de saúde quando comparado há anos anteriores. Porém, ao se confrontar os dados brasileiros com de outros países, ainda é preciso investir em formas universais de acesso. Para melhor visualização, é possível tomar como exemplo a consulta médica. Em 1998, 55% da população consultou um médico, e esse número cresceu para 68% em 2008. Porém, esse número ainda é baixo quando comparado ao dos países mais desenvolvidos, que varia de 68% nos Estados Unidos da América a mais de 80% em países como Alemanha, Canadá e França (Paim, Travassos, Almeida, Bahia & Macinko, 2011).

Outro ponto interessante, em relação ao acesso dos usuários ao sistema de saúde, diz respeito às internações financiadas pelo SUS. Em 1982, foram financiadas 13,1 milhões

de internações por ano, já em 2009, esse número caiu para 11,1 milhões, e o Ministério da Saúde afirma ter conhecimento que as taxas de internações são consistentemente mais altas entre as pessoas com seguros de saúde privados do que entre pessoas sem planos de saúde (Paim, Travassos, Almeida, Bahia & Macinko, 2011).

No que se refere a questões que envolvem o modelo médico, ainda hegemônico, do ponto de vista da prática, no âmbito do sistema brasileiro, é relevante o entendimento de Clavreul (1978), quando declara que a medicina apaga a posição do enunciador do discurso que é a do próprio doente, no enunciado do sofrimento, ou seja, a prática médica parece desconhecer o sujeito enquanto ser social e psicológico.

Sucupira (2007) aponta que muitas vezes, no Brasil, a relação médico e o paciente têm o predomínio de procedimentos sofisticados e equipamentos de ponta, deixando à margem as questões para além da doença, como o alcoolismo, problemas relacionados ao casamento, emprego. Isso, segundo a autora, exigiria do profissional outras habilidades, que vão além dos conhecimentos estritamente biomédicos, haja vista, a hegemonia do modelo biológico organicista que domina a formação médica.

É fato que nos serviços de pronto-atendimento, o modelo centrado na doença é preponderante. A prática está resumida em dar uma respostas imediatas, baseadas na díade queixa e conduta, para dispensar o mais depressa possível a clientela em função do acúmulo de demanda. O foco está totalmente na doença e não no indivíduo (Sucupira, 2007).

É fato também que o modelo médico de hoje tem uma forte incidência da medicalização dos sujeitos, pois, segundo Rose (2010),

muitos profissionais da saúde têm a esperança de que avanços na medicina levarão a um alívio do sofrimento e evitarão muitas doenças, a partir do desenvolvimento de drogas mais efetivas e seguras.

Este trabalho teve o objetivo de desenvolver uma discussão teórica acerca dos reflexos e consequências produzidos na vida dos usuários do sistema de saúde no Brasil, tomando como referência as ações práticas dos profissionais, mais especificamente, o modelo médico de saúde empregado e a rotina dos processos de integralidade e humanização para os usuários.

O sujeito nas práticas de saúde?

O primeiro aspecto a destacar é o paradoxo que se encontra no tratamento ofertado ou esperado para o usuário que se encontra inserido no sistema de saúde brasileiro. No papel, o texto é muito bonito, os modos para atuação são invejáveis, mas, e na prática? Parece que a política que está redigida no papel não consegue ser consolidada no campo de atuação.

Aprender quem é esse sujeito? O que ele busca? Só é preciso tratar a doença? Essas são questões que muitas vezes não perpassam a realidade do modelo médico colocado. Torna-se um equívoco reduzir a pessoa, usuária do SUS, ao tratamento medicamentoso para eliminar a doença. E os aspectos sociais e emocionais dessa pessoa? Rose (2010) certifica que a medicalização individualiza retira a atenção dos profissionais de saúde das causas sociais, ficando concentrado só, e somente só, nas condições biológicas do indivíduo. E o autor vai mais além, dizendo que para alguns autores essa prática pode ser associada a uma nova eugenia, buscando eliminar aqueles geneticamente inferiores, tendo assim, consequência na sociedade de hoje, que

mais e mais problemas do dia-a-dia estão sendo tratados na medicina.

Alguns autores, como Sucupira (2007), justificam essa prática médica, de não conseguir compreender mais amplamente o paciente e as suas demandas, de não ir além da queixa orgânica que ele explicita, baseada nas limitações impostas ao longo da formação do médico, que não privilegia o paciente como o centro e o objeto da atenção. Essa é uma questão que a própria autora questiona, porque há anos se fala dessa ausência de uma formação mais humanizada na medicina e parece que nada é feito para tentar reverter essa situação.

Um outro paradoxo se destaca quando constatamos que a medicina não construiu um conhecimento sobre a experiência do sofrimento, apesar de lidar cotidianamente com ele. Foi construído forma de resposta a esse sofrimento, oferecendo-se apenas uma reação à doença, que supostamente causa esse sofrimento. E mais uma vez a medicina deixa de lado o sujeito para lidar com a doença, reduzindo o outro apenas a um objeto (Mattos, 2009).

Um fato que tem contribuído para evidenciar a necessidade de elaboração de modelos médicos diferenciados e de uma relação mais humanizada entre o médico e o usuário, segundo Sucupira (2007), está no reconhecimento por parte dos usuários dos seus direitos. Diante desse reconhecimento parece instalar-se uma situação de “ameaça” o que levaria o profissional adotar uma mudança no seu modo de atuação. E podemos pensar mais além, uma vez que a ameaça do seu reconhecimento profissional é mais importante que seguir e implementar as ações para uma prática humanizada, conforme orienta a política HumanizaSUS.

De acordo com a política de humanização, o conceito de clínica

ampliada deve pautar o trabalho do profissional da saúde, tendo o compromisso com o sujeito e seu coletivo, e estimulando a coresponsabilidade no processo de produção da saúde. Mas, pelos autores estudados, essa diretriz parece não estar clara, principalmente, para os médicos. Assim também, não é percebida a gestão participativa, com a ampliação do diálogo entre os profissionais, os profissionais e a população, e os profissionais e a administração (Brasil, 2003). Um questionamento se faz pertinente aqui, o Governo colocou na política a palavra ampliar o diálogo, será que algum dia e em algum lugar esse diálogo era possível antes da humanização? Um ponto a ser pensando, haja vista que os autores aqui discutidos (Mattos, 2006; Mattos, 2009; Sucupira, 2007) falam justamente o oposto, que há uma falta de diálogo entre o profissional e o usuário, devido também, ao modelo médico praticado.

É preciso partilhar com Mattos (2009) a ideia de que é necessária a transformação das práticas em saúde, a fim de se ter novos modos de caracterizar a realidade e os problemas que perpassam a vida dos usuários do sistema de saúde brasileiro. Segundo o autor, é preciso disparar processos que desencadeiem a reflexão e a análise das práticas de saúde pelos que nela estão engajados, porém, o próprio autor reconhece que não é uma tarefa fácil nos dias de hoje.

Por mais que a transformação nas práticas possa parecer uma tarefa difícil de ser executada, é necessário então, pensar em estratégias. Mattos (2009) sugere que para se pensar em uma mudança no modelo de atenção à saúde, torna-se fundamental concentrar-se na ideia do usuário-cidadão como um ser integral, abandonando a fragmentação do cuidado que transforma as pessoas em órgãos ou

pedaços de gente doentes. Além disso, a humanização deve permear todo esse processo de modificação.

Pensando ainda, nesse processo de transformação, é absolutamente aceitável defender a integralidade como um valor a ser sustentado e amparado nas práticas dos profissionais de saúde. É preciso ter em mente, no entanto, que não se pode atribuir apenas ao médico a responsabilidade de responder ao sofrimento manifesto do paciente. A atitude do médico, motivada por algum sofrimento, pode ser aproveitada para apreciar fatores de risco de outras doenças que não as envolvidas no sofrimento concreto dos usuários, ou então, investigar a presença de doenças que ainda não se expressaram em sofrimento, ilustrando um dos sentidos da integralidade no processo de saúde (Mattos, 2006).

Mattos (2006) sinaliza que a transformação na prática dos profissionais de saúde, e principalmente, nos modelos médicos vigentes, deva recomendar hábitos e comportamentos, e não só tratar os doentes. É preciso sugerir modos de vida mais saudáveis capazes de impedir o adoecimento. Sobretudo, é importante que os usuários tenham o direito universal ao atendimento das necessidades de saúde.

Para tanto, a lógica que deve orientar a organização dos serviços de atenção e atuação dos profissionais de saúde é a de tornar mais fácil a vida do usuário, no usufruto dos seus direitos, na tentativa de se organizar o SUS em torno dos preceitos da promoção da saúde e de amenizar o desconforto e o sofrimento dos que necessitam assistência e cuidado (Mattos, 2009).

Além do mais, é fundamental lembrar que o SUS assuma que a saúde não depende apenas de assistência médica, ela é o resultado de toda a vida do indivíduo, de seu trabalho, sua

moradia, sua educação e seu lazer. Nesse sentido, faz-se pertinente destacar que para promover a saúde dos usuários tem que haver uma garantia mínima de investimento nos setores sociais.

Mattos (2009) considera de grande valia pensar sobre as práticas de saúde que têm sido empregadas nos dias de hoje, e destaca que trazer o outro e seu sofrimento para o campo das reflexões sobre as práticas concretas, é uma trajetória aberta ao diálogo e a negociação, pensando em uma possibilidade de sempre avaliar o trabalho que é desenvolvido, e assim, por meio do diálogo, reconhecer as necessidades de saúde todos e de cada um.

A proposta deste trabalho, não foi de apontar as falhas que o sistema brasileiro de saúde apresenta. Mas, uma tentativa de questionar as práticas profissionais que desfavorecem o sujeito em detrimento de uma alteração orgânica, para que novos caminhos possam ser traçados e discutidos, pensando-se sempre na garantia do direito dos usuários, enquanto pessoas e não objetos. Foi uma forma de ressaltar que ainda os usuários são vistos como portadores de doenças, muitas vezes reduzidos à sua alteração orgânica e destituídos de subjetividade.

Essa tendência é o aspecto mais relevante a ser considerado na grande tendência à medicalização, uma vez que a formação dos profissionais de saúde ainda privilegia o modelo biomédico, ao invés de uma perspectiva interdisciplinar. Portanto, há passos importantes a serem dados, no sentido de uma atuação em saúde que privilegia o modo de vida do usuário e de poder acolhê-lo de maneira mais integral e humanizada.

Referências

Brasil. (1988). Constituição. *Constituição [da] República Federativa*

- do Brasil, Brasília: Senado Federal. Arts. 196 a 200. Retirado em 14 maio, 2011, de <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>
- Brasil. (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Retirado em 14 maio, 2011, de <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>
- Brasil. (2003). *Política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Retirado em 16 maio, 2011, de <http://www.saude.gov.br>
- Clavreul, J. (1978). *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Ed. Brasiliense.
- Mattos, R. A. (2006). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In R. Pinheiro & R. A. Mattos. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 41-66). Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- Mattos, R. A. (2009). Princípios do sistema único de saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface (Botucatu)*, 13 (1), 771-780. Retirado em 18 de abril, 2011, de www.scielo.com.br
- Paim, J. S. (2003). Políticas de saúde no Brasil. In Z. M. Rouquayrol & N. Almeida Filho. *Epidemiologia & saúde* (pp. 587- 603). Rio de Janeiro: MEDSI.
- Paim, J. S. (2008). A reforma sanitária brasileira e o sistema único de saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis*, 18 (4), 625-644. Retirado em 18 de abril, 2011, de www.scielo.com.br
- Paim, J. S., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *TheLancet*, 6736 (11), 11-31. Retirado em 21 de maio, 2011, de www.thelancet.com
- Rose, N. (2010). A biomedicina transformará a sociedade? O impacto político, econômico, social e pessoal dos avanços médicos no século XXI. *Psicologia & Sociedade*, 22 (3). Retirado em 21 de maio, 2011, de www.scielo.org.br
- Santos, N. R. (2010). *SUS: qual o rumo?* Subsidio à reunião de planejamento do CEBES de 26 a 27 de fevereiro de 2010. Rio de Janeiro: CEBES. Retirado em 18 de abril, 2011, de http://www.cebes.org.br/media/file/SUS_QUAL_O_RUMO.pdf
- Sucupira, A., C. (2007). A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface (Botucatu)*, 11 (23). Retirado em 25 de maio, 2011, de www.scielo.org