



19 Congresso de Iniciação Científica

UMA GRAMÁTICA DA SAÚDE

Autor(es)

ALEXANDRE CECONELLO MARINHO

Orientador(es)

TATIANA SLONCZEWSKI CASELLI MESSIAS, EDSON OLIVARI DE CASTRO

Apoio Financeiro

FAPIC/UNIMEP

1. Introdução

A história que compreende a construção do olhar biomédico, predominante no século XIX e com influência até os dias atuais, leva-nos à busca de sua compreensão, no escopo da dialética saúde-doença. Historicamente, o modelo médico clássico tendeu a estabelecer critérios diagnósticos a partir de posicionamentos valorativos, que ocorrem de maneira intencional e racional, atribuindo importância àquilo que é mensurável, na medida em que é característica encontrada na maioria dos indivíduos, tornando-se valorizado, idealizado e, conseqüentemente, algo que pretende ser estabelecido para ser alcançado por todos. Segundo Canguilhem (2002, p.113), não existe fato que seja normal ou patológico em si. Do ponto de vista mutante é patológico na medida em que se desvia, mas é normal porque se conserva e se reproduz, por que busca um equilíbrio para se manter adaptado: tais fatos exprimem outras formas de vidas possíveis (Cf. CANGUILHEM, 2002, p.113). O estado patológico, portanto, implica na impossibilidade da criação de novas normas que solucionarão a questão da adaptação: exprime a paralisação da continuidade de funções vitais, ocasionando sofrimento e angústia, o que Canguilhem (2002, p.113) denomina de sentimento de vida contrariada. Por isso, Dalgallarrondo (2000) destaca a importância de se considerar as normas culturais, o modo particular de existência dos indivíduos e a relação de ambos como fatores determinantes nos processos de saúde e doença. Trata-se de um olhar ampliado à dimensão (bio)psicossocial. No entanto, hoje, a medicina existe de maneira imprescindível na vida humana, pois o próprio indivíduo considera patológicos certos estados e comportamentos que foram apreendidos por influência do meio (principalmente da mídia atual) como inaceitáveis e inadequados. Nessa conjuntura, atravessados pela lógica do consumo na ilusão de que a saúde poderia ser comprada, o uso e o abuso das drogas lícitas produtos de uma indústria da saúde tornam-se um grande risco para os indivíduos que abrem mão do destino de suas vidas e as entregam para uma medicina industrializada. Illich (1975) afirma que em uma sociedade na qual a industrialização e a superprodução dominam o modo de vida do indivíduo, as desigualdades e o controle social ficam exacerbados: as pessoas ficam condicionadas a obter coisas e não a fazê-las, permanecendo em uma posição alienada diante do Estado e conseqüentemente da medicina que, por hora, como denomina Foucault (1979;2006), exercem uma biopolítica. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, ampliaram-se os olhares para a universalização da atenção básica em saúde no Brasil. Com uma concepção de saúde que não se limita à ausência de doença, mas a uma vida de qualidade, o serviço esbarra em problemas e dificuldades que demandam, além de aperfeiçoamento, uma mudança paradigmática. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde criou no ano de 2004 a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS, o HumanizaSUS, que traz consigo o conceito de Clínica Ampliada: trata-se de respeitar o contexto cultural, social e econômico. Dessa forma, reafirma que a clínica não pode estar limitada às práticas objetivas, normatizadas e idealizadas, que pressupõe certa regularidade e repetição, nem mesmo entregue apenas a uma especialidade ou campo de saber.

2. Objetivos

1 - Identificar as compreensões relativas à saúde (mental) que os trabalhadores da Atenção Básica têm em seu trabalho e os referenciais que utilizam para lidar com os sofrimentos dos indivíduos; 2 - Elaborar um estudo teórico-conceitual de maneira a dar visibilidade e consistência a alguns obstáculos que vêm sendo experimentados na implementação da Reforma Psiquiátrica; 3 - Articular as concepções teórico-técnicas implicadas no cuidado psicossocial à saúde na perspectiva da clínica ampliada, como forma de colaborar com a avaliação posterior da efetivação da reforma psiquiátrica.

3. Desenvolvimento

Foram entrevistados cinco profissionais da rede pública de saúde, oriundos do colegiado de gestão uma cidade de médio porte do interior de São Paulo, participantes da Educação Permanente (EP) em Saúde Mental na Atenção Básica, oferecido pelo curso de Psicologia de uma universidade referência na região. Todos foram esclarecidos sobre a proposta e, tendo concordado com o que foi explicitado, firmaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Resolução nº 196 do CNS (Conselho Nacional de Saúde), garantindo inclusive o anonimato aos sujeitos. Para alcançar o primeiro objetivo, foi utilizada como instrumento de coleta de dados a entrevista semi-estruturada, composta de perguntas abertas e fechadas, que, de acordo com Minayo (2004), permite oferecer oportunidade de comunicação mais abrangente dos elementos que se referem diretamente ao entrevistado, isto é, suas atitudes, valores, opiniões e descrição de suas práticas, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador. Posteriormente, as entrevistas foram realizadas, transcritas e digitalizadas pelo pesquisador discente (bolsista). Após a transcrição, se procedeu a uma análise qualitativa que, de acordo com Minayo (2004), consiste na busca de se compreender significados e características contextuais oferecidos pelos participantes e interlocutores, ao invés de se produzir medidas quantitativas de sua conduta. Posteriormente, efetivou-se a análise de conteúdos que, de acordo com Minayo (2004), é a técnica mais comumente aplicada para examinar dados e discorrer a respeito deles no escopo de pesquisas qualitativas, calcada na dedução/inferência que busca ultrapassar significados apenas manifestos. Para atingir os demais objetivos dessa pesquisa, foi realizado trabalho de cunho bibliográfico, que se consistiu em fichamentos, reflexões e discussões críticas entre os pesquisadores (orientador e bolsista).

4. Resultado e Discussão

Constata-se que todos os profissionais entrevistados possuem graduação em medicina, sendo possível agrupá-los em dois períodos de formação: dois graduaram entre 1978 e 1988 (período posterior ou concomitante à implantação do SUS) e três entre 1998 e 2001 (vinte anos ou mais de implantação do SUS). As demais informações referentes à formação dos profissionais foram sistematizadas no Quadro 1, que encontra-se em anexo. No que tange a graduação, os profissionais, além de compreenderem que o conteúdo presente nos currículos dos cursos de medicina ainda está amparado pelo paradigma higienista e biomédico, com foco no organismo e suas possíveis falhas, reconhecem o pacto da medicina com a lógica de cuidado capitalista, cada vez mais recortada e especializada. Três entrevistados (A, B e D) revelaram que a tendência em atuar com saúde pública e coletiva partiu de um desejo pessoal, inaugurando um rompimento paradigmático. Essa quebra de paradigmas é significado por eles como um remar contra a corrente, pois são vistos por seus pares como médicos que não deram certo logo, que não pactuaram explicitamente com a boa medicina, a tecnocrata e comercial. Nessa perspectiva, Baremlitt (2002, p. 14) destaca que o crescimento implacável da produção de conhecimentos nos últimos anos têm resultado na oferta dos chamados experts vislumbrados como detentores de saberes específicos. Esses conhecedores têm se colocado, em geral, a serviço das entidades e das forças que são dominantes em nossa sociedade como, por exemplo, o Estado e as indústrias. Dos cinco entrevistados, percebe-se no discorrer das entrevistas que dois deles (C e E), apesar desse reconhecimento, são cooptados pelas forças paradigmáticas instituídas no campo do saber médico. O Quadro 2, em anexo, apresenta os locais de atuação dos entrevistados, bem como o tempo em que vêm atuando na rede de saúde pública. É importante ressaltar que tais profissionais intitulam de clínico o atendimento realizado em sala e individualizado, quando, mais do que abordagem ou estratégia, o termo clínica quer indicar um dispositivo apto a propiciar, configurar, formar e constituir tanto os homens como seus mundos ou, em outras palavras, a instalações do humano. É deste modo que chegamos a compreender que a Clínica é uma Ética! (Cf. CASTRO, 1995 apud FIGUEIREDO, 1998, p.115). Identifica-se, também, a dificuldade em buscarmos e aceitarmos a transversalidade de saberes, que inclui, além dos outros profissionais, o próprio usuário nas decisões terapêuticas. Reconhecem que as diferenças na remuneração, no grau de formação e na categoria profissional dentro das equipes evidenciam as relações de poder que colocam em cheque a valorização de diferentes saberes, principalmente o conhecimento popular. Nessa perspectiva, Moreira & Sloan (2002, p.21) afirmam que desconsiderar as relações de poder, as formas indiretas e diretas de exploração e dominação, as forças instituídas, omitidas ou declaradas, podem causar sérias conseqüências nas práticas em saúde, resultando em respostas práticas (intervenções, tratamento, defesa, etc.) que estariam consideravelmente fora de contexto, sendo, em última instância, ineficientes. De maneira geral os profissionais discursam sobre a saúde (mental) como um estado que compreende a complexidade (bio)psicossocial. Algumas definições estiveram mais próximas da concepção da Organização Mundial de Saúde

(OMS) como estado de completo bem estar físico, mental e social. Apesar dessa referência, três dos cinco entrevistados (A, B e D), através de um movimento reflexivo, discursaram criticamente em relação a essa definição. Outros dois entrevistados (C e E), um graduado em 1978 e outro em 1998, estiveram mais próximos da visão de saúde como ausência de doenças, fazendo menção a uma concepção normatizadora e moralista, com foco no desvio, atribuindo ao próprio sujeito a culpa pelo seu sofrimento. Quando questionados sobre o diagnóstico e a terapêutica oferecidas aos usuários, os profissionais A, B e D destacam que enquadrar as pessoas em categorias referência à Classificação Internacional de Doenças (CID) é necessário para prestação de contas do trabalho realizado, mas que não se trata de prioridade em suas condutas profissionais. Nesse contexto, todos lançam mão dos (psico)fármacos como principais instrumentos terapêuticos. O que se percebe mais uma vez é que o medicamento, muitas vezes, atua como um instrumento de defesa para os próprios profissionais, que por hora também sofrem com a impossibilidade de resolver todas as demandas e lidar com o sofrimento que chegam até eles. Além disso, conforme apontam Moreira & Sloan (2002, p. 24), o público demanda tais intervenções porque os indivíduos têm sido ensinados a procurar ajuda individualmente. Outra grande questão despertada pelos profissionais entrevistados é a atuação junto às camadas mais pobres, através da freqüente medicalização e fabricação da dependência química lícita que, por um lado, tem a ver com a imediatividade e tecnologia das sociedades contemporâneas, que requerem respostas rápidas para todos os males (Cf. MORRIS, 1998 apud MOREIRA & SLOAN, 2002). O que se têm notado é que no serviço público de saúde um grande número de pessoas ainda recebe prescrição medicamentosa para o alívio de dores e ansiedades, quando tais sintomas são causados pela fome, pelo desemprego, pelas condições precárias de moradia e saneamento, pela falta de lazer e, principalmente, pela impossibilidade de melhorarem essas condições (Cf. OLIVEIRA, 2000 apud MOREIRA & SLOAN, 2002). Os profissionais reconhecem que tais procedimentos terapêuticos têm como foco o retorno de funções socialmente estabelecidas e valorizadas, e que fora subtraída segundo eles, pela doença desses indivíduos, como, por exemplo, trabalhar e estudar. Tal prática evidencia que o foco predominante ainda está no alívio rápido/imediato dos sintomas, para o retorno das atividades instituídas como normais. Nota-se, portanto, que o olhar clínico dos profissionais ainda encontra-se, apesar de um movimento crítico e reflexivo, atravessado pelos modelos idealizados e normatizados, o que acaba por reproduzir na prática uma biopolítica, através do conhecimento construído sobre as doenças, exercendo o papel de agentes reprodutores de um biopoder.

5. Considerações Finais

É evidente que, através do discurso, os entrevistados consideram que condições sócio-culturais modelam a apreensão de si, no entanto, nota-se que a maioria dos profissionais encontra dificuldades, na prática, de lidar com a saúde dos indivíduos como produção social, econômica e cultural. Isso se deve, dentre outras, às inúmeras problemáticas presentes na formação acadêmica; na lógica capitalista de compreender a saúde como produção de capital; nas aspirações culturais dos profissionais; na impregnação da cultura biomédica em nossa sociedade; na cristalização das formas de se estabelecer as relações, determinadas pela apropriação de saberes e conhecimentos. Em alguns casos, esse desconhecimento ou não junção do teórico-técnico com as dimensões sócio-histórico-culturais (a pobreza, os valores, os problemas de racismo, as dificuldades das minorias, os estigmas, etc.), acarretam na patologização e medicalização do comportamento, ou seja, todas as questões de acesso à cultura (erudita), de moradia, de inserção e dignidade no mundo do trabalho, possibilidades de lazer, saúde, educação, etc. que envolvem a saúde (mental) acabam sendo veladas através da prescrição de psico(fármacos) e outras terapêuticas massificadas. Assim, fica interdita também qualquer possibilidade de se buscar um trabalho integrado com a rede de atenção à saúde e/ou articulado com outros setores (intersectorial) assistência social; educação; esportes; meio ambiente; etc. que, como vimos anteriormente, influencia diretamente na produção da saúde de indivíduos e coletivos. Por fim, o presente estudo reafirma o papel ético-político dos profissionais da atenção à saúde, que necessitam constantemente questionar: a serviço de que ou de quem os estamos atuando? Das indústrias e de um Estado que prima pelo controle dos corpos ou pela saúde e bem-estar dos indivíduos e grupos?

Referências Bibliográficas

AMARANTE, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2007. BAREMBLITT, G. F. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. 5a ed. Editora Instituto Félix Guatarri. Belo Horizonte, 2002. _____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, 2008. CANGUILHEM, G. O normal e o Patológico. Editora Forense Universitária. Rio de Janeiro, 2002. FIGUEIREDO, L. C. M., Revisitando as psicologias: da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos. Ed. Vozes, Rio de Janeiro. Editora Educ, São Paulo, 1998. DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Editora Artes Médicas. Porto Alegre, 2000. FOUCAULT, M. O Nascimento da Clínica. 6ª Edição, Editora Forense Universitária, Rio de Janeiro, 2006. _____ Microfísica do Poder. 7ª Edição, Editora Graal, Rio de Janeiro, 1979. ILLICH, I. Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina. Editora Nova Fronteira. Rio de Janeiro, 1975. MARINHO, A. C. & CASTRO, E. O. Saúde Mental e Práticas Grupais. Relatório final da pesquisa de Iniciação Científica. UNIMEP. Piracicaba, 2010. MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8a ed. Editora Hucitec. São Paulo, 2004. MOREIRA, V. & SLOAN, T. Personalidade, Ideologia e Psicopatologia Crítica.

Quadro 2 – Relação do campo e tempo de atuação na rede, de cada um dos entrevistados.

ENTREVISTADO	Campo de atuação	Tempo na rede
A	Programa Saúde na Família (PSF)	6 anos
B	Programa Saúde na Família (PSF)	6 anos
C	Ambulatório de Especialidades	6 anos
D	Programa Saúde na Família (PSF)	10 anos
E	Programa Saúde na Família (PSF)	8 anos

Quadro 1 – Relação das formações, seguidas do ano de conclusão, de cada um dos entrevistados.

ENTREVISTADO	Graduação / Conclusão	Residência / Conclusão	Especialização / Conclusão
A	Medicina / 2001	Medicina da Família / 2003	Acupuntura 2004 / Geriatrics 2005
B	Medicina / 2001	Medicina da Família / 2003	Acupuntura / 2004
C	Medicina / 1988	Pediatria / 1990	Eletrofisiologia (exterior) / 1993
D	Medicina / 1978	Neuropediatria / 1979	Saúde Pública / 1983
E	Medicina / 1998	Fuzileira Naval / 1999	Saúde Pública / 2008