

A RELAÇÃO ENTRE CONCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA E A IDENTIFICAÇÃO/HIERARQUIZAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE

Maria Fátima Balestrin^{**}

Solange Aparecida Barbosa de Moraes Barros^{***}

RESUMO: O tema trata dos princípios da integralidade/equidade no atendimento às necessidades em saúde; princípios estes advindos com a constitucionalização do Sistema Único de Saúde - SUS em 1988. Com esse novo modelo de atenção à saúde, se coloca uma nova concepção do processo saúde-doença que ultrapassa a visão hospitalocêntrica, na qual as necessidades em saúde, em geral, são consideradas como a falta de hospitais, ambulatórios, medicina tecnológica; para uma visão mais social, abrangendo, também, a falta de educação, saneamento básico, programas de prevenção. No entanto, ainda persistem diferentes concepções do processo saúde/doença que interferem na identificação/hierarquização das necessidades em saúde e na efetivação das políticas públicas direcionadas ao setor.

Palavras-Chave: Processo Saúde/Doença, Necessidades em Saúde, Integralidade.

INTRODUÇÃO

Durante séculos o mundo foi dirigido pela tradição, cujos costumes eram passados de geração a geração. A tradição, então, era a fonte de todo o conhecimento, de todo o poder, de todo o valor. Toda atividade social era controlada por usos e costumes, todo poder era recebido pela herança. Mas, com o advento da Idade Moderna, o tradicionalismo passou a ser fortemente atacado pelo racionalismo; isso tem início nos séculos XVI e XVII, num período que ficou conhecido como “Revolução Científica”. A excessiva ênfase dada ao método

^{**} Assistente Social. Professora do Curso de Serviço Social da Faculdade Guairacá - Guarapuava/ PR. Mestre em Ciências Sociais Aplicadas, pela Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG. maria.balestrin@ig.com.br.

^{***} Assistente Social. Professora do Departamento de Serviço Social e do curso de Mestrado Interdisciplinar em Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Mestre em Serviço Social, pela PUC-RS, e Doutora em Serviço Social, pela PUC-SP. solangebarros@brturbo.com.br.

Maria Fátima Balestrin

Solange Aparecida Barbosa de Moraes Barros

A RELAÇÃO ENTRE CONCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA E A IDENTIFICAÇÃO/HIERARQUIZAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE

cartesiano levou à fragmentação característica de nosso pensamento em geral e das disciplinas acadêmicas, conduzindo à atitude generalizada de reducionismo nas ciências e, dentre elas, as ciências da saúde, conduzindo a um modelo de atenção centrado no biologismo, no mecanicismo, no curativismo, na tecnificação do ato médico e na especialização crescente dos profissionais. Isso, conseqüentemente, se reproduz na formulação de políticas públicas para o setor, nos modos de gerir estas políticas e nas práticas profissionais. Com a Constituição Federal de 1988 se constitucionaliza o Sistema único de Saúde – SUS, ou seja, se implanta legalmente um novo modelo de atenção à saúde. Se até então, as necessidades em saúde partiam do ponto de vista de quem elaborava as políticas para o setor, a partir desse novo modelo, a classificação dessas necessidades devem partir da população usuária. Surge daí, então, que a identificação e a hierarquização das necessidades estão intrinsecamente ligadas à concepção do processo saúde/doença pelos profissionais e usuários do sistema de saúde.

1 CONCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA NA HISTÓRIA

1.1 DA ANTIGUIDADE À IDADE MÉDIA

Desde a origem das espécies o homem tem buscado a cura para as doenças, seja através de rituais mágicos, seja através de remédios, o que demonstra que essa é uma característica inerente ao homem em defesa da vida e que a arte de curar nasceu ao mesmo tempo mágica e empiricamente.

A concepção mágico-religiosa atribuía/atribui a doença como resultado da ação de forças externas que invadem organismo causando-lhes doenças por força de algum pecado ou de alguma maldição.

Na Grécia Antiga é atribuído ao médico Hipócrates (460–370 a.C.) o início da medicina científica, por ter sido ele quem sistematizou o saber médico do seu tempo. Hipócrates via o homem como uma unidade organizada e entendia a doença como uma desorganização desse estado. Sua obra caracterizava-se pela valorização da observação empírica, observações estas que não se limitavam ao paciente em si, mas a seu ambiente. Segundo Branco (2003b), as idéias de Hipócrates vêm substituir a crença na superstição pela crença racional sobre a causa das doenças. Hipócrates já havia ensinado que “a doença não era punição nem castigo enviado pelos deuses, mas apenas algo que precisava ser estudado, como quaisquer outros fenômenos da natureza” (SOUZA, 2003: p.34).

É certo que, na mitologia grega, várias divindades estavam vinculadas à saúde; mas a cura, para os gregos, era também obtida pelo uso de plantas e de métodos naturais e não apenas por procedimentos ritualísticos; isso e as contribuições de

Maria Fátima Balestrin

Solange Aparecida Barbosa de Moraes Barros

A RELAÇÃO ENTRE CONCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA E A IDENTIFICAÇÃO/HIERARQUIZAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE

Hipócrates representavam para a medicina grega uma nova maneira de encarar a doença.

A medicina romana foi influenciada pelos conhecimentos gregos, a exemplo do fisiologista Cláudius Galenus (129-199 d.C.) que foi considerado o principal nome da medicina romana. Galeno entendia que a causa da doença estaria dentro do próprio homem (endógena), na sua constituição física ou nos hábitos de vida que poderiam levar a um desequilíbrio.

Na Idade Média européia (476-1492), em especial no seu início, a medicina foi cultivada quase que somente nos mosteiros e voltava-se ao modelo de concepção da doença ligada ao pensamento mágico e a conceitos religiosos, correlacionando as doenças à ação demoníaca, como acontecia nos primórdios da medicina. Nesse período, os conhecimentos avançaram pouco, pois havia uma forte influência da Igreja Católica que condenava as pesquisas científicas.

No final da Idade Média, com o crescente número de epidemias que assolava a Europa, passou-se à percepção da causalidade das doenças por fatores externos ao indivíduo, que atingiam o organismo humano causando-lhe doenças. Com isso, a medicina começou a desvincular-se da Igreja, voltando a ser exercida por leigos.

Também, o fim do modo de produção feudal na Europa Ocidental foi marcado por um conjunto de revoluções sociais dirigidas contra as autoridades tradicionais da vida político-econômica, que acabaram por determinar um novo modo de produção e, conseqüentemente, um novo modo de viver em sociedade, o capitalismo. As transformações sociais, políticas e econômicas, o surgimento das universidades, que proporcionou uma renovação da pesquisa médica, até então obra dos clérigos, criaram espaço para o desenvolvimento da ciência e para o avanço da medicina.. Para as Universidades afluía uma população cosmopolita (pensadores judeus, árabes e persas) começando a difundir novos conceitos do processo de adoecer. Movidos por uma grande vontade de descobrir o funcionamento do corpo humano, médicos buscaram explicar as doenças através de estudos científicos e testes de laboratório. Dilui-se, assim, o período chamado de Idade Média e entramos no período denominado Renascimento.

1.2 NO RENASCIMENTO

O Renascimento¹ é entendido como um período de transição de épocas (de feudal para moderna), movimento histórico de rupturas das relações sociais. A ideologia religiosa até então dominante passou a ser tida como um impedimento objetivo não apenas do pensamento, da criatividade, mas, também, da ação

¹ O Renascimento (séculos XV e XVI) teve início na Itália, Florença, enquanto movimento artístico, literário, científico, se expandiu por toda a Europa, tendo o século XVI como auge (LUZ, 1988).

Maria Fátima Balestrin

Solange Aparecida Barbosa de Moraes Barros

A RELAÇÃO ENTRE CONCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA E A IDENTIFICAÇÃO/HIERARQUIZAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE

humana. Há a revalorização do saber greco-romano e, assim, “o pensamento criado pelo Renascimento originou-se da reflexão sobre os textos da Antigüidade combinada com os valores culturais herdados da Idade Média” (ABREU, 2006: p. 1).

Leonardo da Vinci (1452-1519) e Michelangelo (1475-1564) foram grandes estudiosos do corpo humano e Andréas Vesalius (1514-1564), com a publicação, em 1543, do livro *De Humani Corporis Fabrica libri septem* (Sete Livros sobre a Estrutura do Corpo Humano), foi o pioneiro da anatomia científica, marcando o início da técnica médica e estabeleceu os fundamentos da anatomia moderna., pois se baseava na dissecação de cadáveres e na observação direta da morfologia e das relações que os órgãos mantêm entre si.

Entre outros grandes pensadores contemporâneos a Vesalius, destacou-se o médico suíço Paracelso (1493-1541), que acabou por mudar conceitos da medicina tradicional; “descreveu as doenças mentais, incluindo, dentre elas, a insensatez, a insanidade, a desordem mental, a melancolia, a mania e as mudanças de caráter” (BRANCO, 2003b: p. 75).

Como a representação renascentista da doença era tida como um mal externo ao homem, que invade seu organismo para destruí-lo, a medicina passou a ser a grande aliada do homem nesta guerra e, desta forma, o aliado da medicina passou a ser cada vez mais o remédio.

Naquela época, a química começava a se desenvolver e influenciava a medicina e Paracelso revolucionou a medicina do seu tempo ao fazer uso da química no tratamento médico. Dizia que, se os processos que ocorrem no corpo humano são químicos, os melhores remédios para expulsar a doença seriam também químicos, e passou então a administrar aos doentes pequenas doses de minerais e metais, notadamente o mercúrio, empregado no tratamento da sífilis, fazendo, em 1530 a melhor descrição até então registrada da sífilis e assegurou que a doença podia ser curada com doses de mercúrio pelo uso interno (o uso externo já era habitual) (LUZ, 1988).

Conforme Porto (2003), estas descobertas constituíram uma contribuição que pode ser considerada o novo paradigma da medicina, ou seja, a passagem da medicina de uma arte de curar para uma disciplina das doenças, que se iniciou com o Renascimento, ou, mais exatamente, a nova racionalidade teve na anatomia, com Leonardo da Vinci e com Vesalius, um momento inaugural de rupturas com as concepções místicas do organismo humano.

No renascimento, não cabia ao médico se envolver com questões que iriam além dos sintomas físicos. A idéia hegemônica da época estava na consciência secularizada, ou seja, dessacralizada, da qual se retirou o componente religioso, mental, para considerar apenas a natureza biológica; o corpo físico como objeto da ciência quando se tratava de doença. Nesse sentido, essa dicotomia entre mente e corpo veio a empobrecer progressivamente a relação do médico com o seu paciente.

Maria Fátima Balestrin

Solange Aparecida Barbosa de Moraes Barros

A RELAÇÃO ENTRE CONCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA E A IDENTIFICAÇÃO/HIERARQUIZAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE

1.3 NA IDADE MODERNA

1.3.1 Da Revolução Científica ao Iluminismo

O final da renascença foi um período que marcou intensamente o desenvolvimento da medicina científica¹. Copérnico (1473-1543), Galileu Galilei (1564-1642), Francis Bacon (1561-1626), René Descartes (1596-1650) e Isaac Newton (1642-1727) promoveram uma revolução profunda nos caminhos da ciência e no modo de pensar do mundo ocidental. Se durante séculos o mundo foi dirigido pela tradição, cujos costumes eram passados de geração a geração; se toda atividade social era controlada por usos e costumes, com o advento da Idade Moderna, o tradicionalismo passou a ser fortemente atacado pelo racionalismo; isso tem início nos séculos XVI e XVII, num período que ficou conhecido como “Revolução Científica”.

Se o desenvolvimento da química influenciou as idéias de Paracelso, já o desenvolvimento da mecânica influenciou as idéias de René Descartes, no século XVII. Ele postulava um dualismo mente–corpo, o corpo funcionando como uma máquina.

Descartes foi o fundador do racionalismo moderno². Seu método analítico³ é, provavelmente, a sua maior contribuição à ciência. Tornou-se uma característica essencial do moderno pensamento científico e provou ser extremamente útil no desenvolvimento de teorias científicas e na concretização de complexos projetos tecnológicos. Por outro lado, a excessiva ênfase dada ao método cartesiano levou à fragmentação característica de nosso pensamento em geral e das disciplinas acadêmicas, conduzindo à atitude generalizada de reducionismo na ciência e na crença de que todos os aspectos dos fenômenos complexos podem ser compreendidos se reduzidos às suas partes constituintes.

¹ “A medicina moderna, conhecida como medicina científica ou biomedicina, tem sido praticada e desenvolvida nos últimos 200 anos no Ocidente. O termo científico é definido como aquilo que é observável, mensurável, objetivo e, cada vez mais, como o resultado da observação pessoal ou da prática com alta tecnologia. Este pressuposto tem uma abordagem materialista, tendo em vista que reduz toda função e disfunção corporal a causas materiais, mecânicas, e faltas estruturais que podem ser pensadas e estudadas independentemente daqueles que as sofrem” (PORTER, 2002: p.42).

² “Pode-se distinguir esta forma de racionalismo com o nome de racionalismo *imane*nte, em oposição ao teológico e ao transcendente” (HESSEN, 1978: p. 66).

³ Consiste em decompor pensamentos e problemas em suas partes componentes e em dispô-las em sua ordem lógica (MATTOS, 2001).

Maria Fátima Balestrin

Solange Aparecida Barbosa de Moraes Barros

A RELAÇÃO ENTRE CONCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA E A IDENTIFICAÇÃO/HIERARQUIZAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE

Mas isto não implicou grandes progressos na luta contra as doenças. Segundo Scliar, nesse período as doenças eram aceitas com resignação: Pascal, citado por Scliar, dizia que

a enfermidade é um caminho para o entendimento do que é a vida, para a aceitação da morte, principalmente de Deus. Mais tarde os românticos não apenas aceitariam a doença, como a desejariam: morrer cedo (de tuberculose, sobretudo) era o destino habitual de poetas e músicos como Castro Alves e Chopin. Para o poeta romântico alemão, a doença refinaria a arte de viver e a arte propriamente dita. Saúde, nestas circunstâncias, era até dispensável (2007: p 6).

Somente em meados do século XX é que veio à tona a idéia de que o modelo de ciência formulado, e aceito até então, começaria a ser seriamente abalado nas três primeiras décadas do século XX, quando as novas descobertas no campo da física culminaram na teoria da relatividade de Einstein e na teoria quântica, abalando todos os principais conceitos da divisão do mundo cartesiano e da mecânica newtoniana.

A invenção do microscópio no século XVII abriu à observação áreas até então inacessíveis do corpo humano, revelavam a existência de microorganismos causadores de doença e possibilitavam a introdução de soros e vacinas. Era uma revolução porque, pela primeira vez, fatores etiológicos até então desconhecidos estavam sendo identificados; doenças agora poderiam ser prevenidas e curadas, o que significou um novo modo de produzir verdades, baseado na operação lógica do raciocínio.

Morgagni (1682-1771) deixou seu legado à Medicina, contribuindo com a localização e causa das doenças, ao entender que se

pode sistematizar as alterações que atingem os órgãos por ação dos agentes capazes de causar doenças, ligando a correlação dos sintomas clínicos com as lesões anatômicas, estabelecendo as bases da anatomia patológica no século XVIII (LUZ, 1988: p. 50).

Em fins do século XVIII, com a Revolução Francesa e a consolidação do sistema industrial, é que apareceu, pela primeira vez, a concepção de causa social das doenças, percebendo-se a relação entre as condições de vida e de trabalho e o aparecimento das doenças, onde a causa dessas deixou de ser natural para ser, também, social.

Maria Fátima Balestrin

Solange Aparecida Barbosa de Moraes Barros

A RELAÇÃO ENTRE CONCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA E A IDENTIFICAÇÃO/HIERARQUIZAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE

Foi também nesse período – com o programa político dos “direitos do cidadão”⁴ – que surgiu na Europa a medicina social⁵ em consequência do rápido processo de industrialização e urbanização, processos esses acompanhados pela considerável deteriorização das condições de vida da classe trabalhadora, momento em que “a medicina social passou a tematizar a realidade social fruto do capitalismo, a fome, a miséria, a exploração e a dominação como ‘origem’, ‘causa’, ‘determinação’ da doença” (LUZ, 1988: p. 93).

Para Foucault (1977), a medicina que nasceu em fins do século XVIII, com o aparecimento da anatomia patológica, era uma medicina social, e mesmo que a medicina desse período estivesse ligada a uma economia capitalista, não era individualista. Diz Foucault (1977: p.80) que o capitalismo

socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política.

Assim, a partir do final do século XVIII, entramos numa nova era, sem precedentes, da história da humanidade, não apenas para a ciência médica, mas para todos os ramos do conhecimento.

1.3.2 Séculos XIX e XX

A partir desse pensamento e com o progresso da anatomia, da fisiologia e de outras disciplinas, a medicina formou-se, no século XIX, como ciência experimental⁶

⁴ Com a Revolução Francesa e os princípios de Liberdade, Igualdade e Fraternidade e com a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, houve a negação da ordem feudal; a palavra cidadão passou, então, a ser sinônimo de homem livre, portador de direitos e obrigações. Com a emergência do sistema capitalista deu-se a exploração da mão de obra e conseqüente deteriorização das condições de vida do trabalhador. Essa condição de cidadão portador de direitos, influenciou a percepção das condições de exploração e negação dos direitos e, com isso, passou-se a perceber que as condições de vida, as causas das doenças não são naturais ou apenas biológicas, mas possuíam determinações sociais.

⁵ ‘Especialidade’ a tematizar as relações entre a doença e a sociedade.

⁶ O experimentalismo, como base de produção de novos conhecimentos, pode ser encontrado como traço constitutivo da ciência moderna desde o século XIII. Portanto, é preciso não confundir o experimentalismo renascentista com o experimentalismo contemporâneo, pois, neste, “o completo domínio dos meios de produção do conhecimento, através da tecnologia sofisticada do laboratório,

Maria Fátima Balestrin

Solange Aparecida Barbosa de Moraes Barros

A RELAÇÃO ENTRE CONCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA E A IDENTIFICAÇÃO/HIERARQUIZAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE

e, com o surgimento da bacteriologia ocorrido na metade do século XIX, a concepção social de medicina teve seu desenvolvimento retardado e estabeleceu-se, com mais força, a concepção externa, onde partículas são responsáveis pelo aparecimento de doenças, ou seja, reforça o agente unicausal⁷ da doença (BARATA, 2001). A evidência da insuficiência da formulação unicausal da doença só aconteceria no início do século XX.

Outro momento especial da evolução da prática médica ainda no século XIX, destacado por Porto (2003), foi em 1895 quando da descoberta do Raio-X, por Roentgen (1845-1922). No pensamento de Porto, naquele momento não estava surgindo apenas um novo método de diagnóstico, mas uma nova vertente que deu origem a uma seqüência de descobertas – o eletrocardiógrafo, a medicina nuclear, a ultra-sonografia e muitas outras.

A partir do século XV, Paracelso colocou a química a serviço da medicina, possibilitando aos outros cientistas nos séculos XVII e XVIII colocar a farmacologia e a farmacoterapia como ciência, mas foi no século XIX que ocorreu a grande revolução da ciência e da arte de manipular medicamentos.

Também, a partir dos avanços tecnológicos, os cirurgiões passaram a conhecer melhor a anatomia humana, bem como, não se pode negar que o médico, com uma postura positivista (ficando apenas na observação dos fatos), deixou de ter “poderes” miraculosos. Por outro lado, acabou-se por criar um novo mito, o de que a ciência – expressa de forma reducionista através da técnica – é capaz, por si só, de resolver todos os problemas da humanidade como também os problemas existentes em relação à saúde do homem.

No início do século XX, nos Estados Unidos, a *American Medical Association* encomendou uma pesquisa nacional sobre as escolas de medicina, com o objetivo de dar a esse ensino uma sólida base científica. Um dos objetivos da pesquisa foi canalizar as gigantescas verbas de fundações recém-estabelecidas – especialmente as subsidiadas pelas fundações Carnegire e Rockefeller – para algumas instituições médicas cuidadosamente selecionadas. O resultado dessa pesquisa foi o Relatório Flexner, publicado em 1910, que serviu de embasamento decisivo para o ensino da medicina nos Estados Unidos, fixando rigorosas diretrizes que ainda hoje são obedecidas (MENDES, 1996).

O modelo flexneriano, como ficou conhecido, tem como características: o mecanicismo, o biologismo, o individualismo, a especialização, a tecnificação do ato médico e o curativismo. O *mecanicismo*, introduzindo a analogia do corpo humano com a máquina; o *biologismo*, pressupondo o reconhecimento apenas da natureza biológica das doenças e das suas causas e conseqüências; o *individualismo*,

está em grande parte assegurado. Mas o traço originário - constitutivo - de basear a validação das verdades no método de sua produção está presente na modernidade desde o renascimento avançado” (LUZ, 1988: p. 23).

⁷ Unicausal: para cada doença um agente etiológico deverá ser identificado e combatido, por meio de vacinas ou produtos químicos (BARATA: 2001).

Maria Fátima Balestrin

Solange Aparecida Barbosa de Moraes Barros

A RELAÇÃO ENTRE CONCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA E A IDENTIFICAÇÃO/HIERARQUIZAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE

manifestando-se, de um lado, pela instituição do objeto individual da saúde e, de outro, pela alienação dos indivíduos excluindo, de sua vida, os aspectos sociais; a *especialização*, que substitui a globalidade do sujeito pela propriedade do conhecimento de suas dimensões específicas, resultando: a *tecnificação do ato médico*, como nova forma de mediação entre homens, os profissionais e a doença; o *curativismo*, em que toda ênfase está nos aspectos curativos por prestigiar o diagnóstico e a terapêutica em detrimento da prevenção (MENDES, 1996).

Com tal modelo retornou-se às concepções multicausais⁸ das doenças, tema dominante no campo da Epidemiologia durante todo o século XX, sem recuperar o conceito de causa social. Segundo Mery e Queiroz (1993), este modelo pressupunha o processo saúde-doença como um fenômeno coletivo, porém, determinado, em última instância, pelo nível individual.

O conceito de ‘consciência sanitária’ permitia compreender como o meio insalubre atingia os indivíduos. Medicina e saúde pública eram entendidas como campos distintos; a primeira para curar através da clínica, patologia e terapêutica, e a segunda para prevenir doenças, prolongar e promover a saúde através da higiene e da educação sanitária (MERY; QUEIROZ, 1993: p. 3)

Apesar de multicausalidade admitir a existência de relações de interações recíprocas entre os múltiplos fatores envolvidos na causa das doenças, os elementos causadores de dessas são colocados no plano a-histórico, reduzindo a causa de doenças que atingem o homem à condição natural (BARATA, 2001).

Esse modelo, no entanto, ainda era mecanicista porque, como revela Barata (2001), há uma simplificação do complexo processo de causa e os fatores são tomados isoladamente como se não houvesse interação entre eles e, na prática, apenas o fator de maior peso atua na produção da doença. Nesse sentido, a multicausalidade é reduzida a unicausalidade, com a única diferença de serem admitidas outras causas que não apenas a presença do agente etiológico⁹.

Segundo Barata (2001), essa concepção de multicausalidade esconde as profundas diferenças de classe resultantes da organização produtiva e permitem

⁸ “No modelo multicausal, a realidade é fragmentada em conjunto de fatores, reduzindo-se o social e o biológico a ‘fatores de risco’ em uma rede destituída de hierarquia. A abordagem epidemiológica tradicional isola os fatores, transforma os aspectos da vida social em fatores observáveis para permitir seu manejo empírico (reificação), e os reduz a condições de variáveis que pode assumir o estatuto de causas, enquanto as relações probabilísticas que vinculam essas ‘causas’ à doença assumem o estatuto de leis científicas” (BARATA, 1996, p. 42). Os Múltiplos determinantes aqui não coincidem com o conceito da dialética (biológicos, psíquicos, econômicos, social, etc), mas como uma “Relação mecânica, unidirecional, probabilística, linear” (BARATA, 1996: p. 37).

⁹ Etiologia “pesquisa das causas de uma doença” (DUROZOL, 1992: p.171).

Maria Fátima Balestrin

Solange Aparecida Barbosa de Moraes Barros

A RELAÇÃO ENTRE CONCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA E A IDENTIFICAÇÃO/HIERARQUIZAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE

uma atuação limitada com relação aos problemas de saúde. As críticas a esse modo de perceber e tratar os problemas de saúde se intensificou no final da década de 1960, visando uma reformulação do processo saúde-doença da coletividade¹⁰ e da concepção de determinação social das doenças em que os conhecimentos epidemiológicos estão mais próximos dos interesses populares.

Podemos perceber, então, que

no início do século [XX], uma outra ordem de fatores causais passa a ser agregada ao conceito de multicausalidade: os fatores psíquicos. O movimento da Medicina integral, nos Estados Unidos, na década de 40, vai definir o homem como ‘ser bio-psico-social’ [...]. O homem que tem um corpo biológico também tem funções psíquicas e atributos sociais, tais como a ocupação, renda, instrução e outros (BARATA, 2001: p.22).

Entre os séculos XIX e XX surgiu, na Alemanha, a Psicologia como ciência, destacando-se o psicólogo russo Ivan Pavlov (1849-1936) e o psicoterapeuta austríaco Sigmund Freud (1856-1939). O primeiro se destacou pelos seus estudos do sistema nervoso central, numa vertente psicofísica que acabou por influenciar tanto a psicologia quanto a Medicina, através de seus estudos sobre os reflexos condicionados (BRANCO, 2003b). O segundo, pela psicanálise, cuja repercussão incidiu principalmente sobre o século XX e levou à reformulação da psiquiatria, da psicologia e da própria compreensão da natureza humana.

Depois da Segunda Guerra Mundial se iniciou, com a Medicina Ocidental, o aprofundamento das pesquisas no campo das doenças psicossomáticas¹¹. Conforme Dossey (1999), Jean-Martin Charcot, neurologista francês (século XIX), estudou as reações histéricas e o efeito da sugestão nas funções orgânicas, e Freud, seu discípulo, ampliou esta idéia para a influência do inconsciente no comportamento, mas “isso só se reafirmou quando o fim da Guerra deu força à idéia de que a mente podia influenciar profundamente o corpo, quando milhares de soldados de volta ao lar, manifestaram sintomas de um distúrbio conhecido como ‘neurose de guerra’” (DOSSEY, 1999: p. 28).

Salienta Porto (2003) que entre os psicanalistas seguidores de Freud destacou-se Michel Balint (1896-1970), que criou uma metodologia para o estudo da relação médico-paciente, Para Branco (2003a), Balint contribuiu para que os médicos passassem a perceber o paciente em sua totalidade, onde fatores psíquicos, sociais,

¹⁰ “O modo específico pelo qual ocorre no grupo o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momento particular a presença de um funcionamento biológico das atividades cotidianas, isto é o surgimento da doença” (LAURELL *apud* BARATA, 1996: p. 42).

¹¹ “Psicossomática do grego psyche, que significa hausto, espírito ou alma, e soma, que significa corpo” (DOSSEY, 1999: p. 28)

Maria Fátima Balestrin

Solange Aparecida Barbosa de Moraes Barros

A RELAÇÃO ENTRE CONCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA E A IDENTIFICAÇÃO/HIERARQUIZAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE

econômicos e relacionais podem interferir no surgimento ou agravamento de doenças. Também, seus estudos contribuíram, em grande medida, para o entendimento da doença como conseqüência de múltiplos determinantes.

Pode-se dizer que o conhecimento que emerge hoje tende a ser um conhecimento não dualista, um conhecimento que se funda na superação do modelo de racionalidade científica que se iniciou no século XVI e que em alguns dos seus traços principais atravessa uma crise. Estamos, pois, a viver um período que se iniciou com Albert Einstein (1879-1955), constituindo o primeiro rombo no paradigma da ciência moderna ao relativizar as leis de Newton no domínio da astrofísica.

Assim, foi no final do século XX que o saber da prática médica começou a relativizar certas “verdades” e a reconhecer a importância de outros instrumentos teórico-metodológicos, ou de outros saberes tais como a filosofia, a sociologia a antropologia, que são fundamentais na prática da medicina, discutindo determinantes como: classe social, gênero, etnia, poder político e cidadania na produção do conhecimento e dos processos sociais que se fazem presentes na organização do exercício da prática médica.

2 A SAÚDE NO BRASIL: DO MODELO SAÚDE CURATIVO E EXCLUDENTE AO MODELO DE SAÚDE UNIVERSAL E INTEGRALIZADO

2.1 DO MODELO DE SAÚDE CAMPANHISTA AO MODELO MÉDICO-ASSISTENCIAL-PRIVATISTA

No início do século XX, período da economia caracterizado pela monocultura cafeeira e conhecido como agroexportador, exigia do sistema de saúde, sobretudo, uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação/controlar das doenças que poderiam prejudicar a exportação. Nesse período o modelo de saúde era denominado campanhista.

No que se refere à assistência à saúde individualizada, ainda na década de 1920, foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) que se estruturavam por empresas e eram administradas e financiadas por empresários e trabalhadores. Embora sinalizassem o início da substituição do modelo campanhista, as Caixas só atendiam a grupos específicos da população trabalhadora inserida no mercado formal.

Entre 1933 e 1945 foram criados sete IAPs, que foram substituindo as CAPs em estrutura e funcionamento. As CAPs mantinham representação paritária das categorias de trabalhadores, os IAPs, por sua vez, eram autarquias, isto é, estavam sob controle do Estado. (OLIVEIRA, 2006). Ou seja, tanto as CAPs quanto os IAPs atendiam aquela parcela da população ligada à economia exportadora ou industriária.

Maria Fátima Balestrin

Solange Aparecida Barbosa de Moraes Barros

A RELAÇÃO ENTRE CONCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA E A IDENTIFICAÇÃO/HIERARQUIZAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE

A partir de 1950, quando se formulou a política de substituição das importações, cujo objetivo era promover a industrialização do país, houve o deslocamento do pólo dinâmico da economia para os centros urbanos, gerando uma massa operária que deveria ser atendida com outros objetivos pelo sistema de saúde: garantir mão-de-obra saudável para a indústria, atuando, agora, sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva, e não mais tendo como alvo principal os corredores de circulação das mercadorias exportáveis.

No período que se iniciou em 1964, com o Golpe Militar, houve, no Brasil, preponderância de uma política internacional modernizadora. Institucionalmente os IAPs foram substituídos por um único instituto, o INPS (criado em 1966), o que significou uma uniformização dos benefícios, numa Previdência Social concentrada e num crescimento da demanda por serviços médicos em proporções muito superiores à capacidade de atendimento disponível nos hospitais e ambulatórios dos antigos Institutos de Previdência.

Com a criação do INPS, houve um crescimento de estabelecimentos hospitalares privados conveniados com este órgão.

Vem desse momento histórico a consolidação do modelo hospitalocêntrico que até hoje domina o mercado de saúde, assim como provoca o imaginário da população brasileira como sendo o ideal para o tratamento de saúde (MINAYO, 2001: p.29).

Em 1968, foi criado o Plano Nacional de Saúde que procurou cumprir o Decreto-Lei 200/67, mas que, porém, “privilegiava a prática médica curativa individual, assistencialista e especializada, praticamente abandonando as medidas de saúde pública, de interesse coletivo, cuja base é a prevenção” (GERALDES, 1992: p. 6).

Esse modelo, denominado “modelo médico-assistencial privatista” vigorou de forma hegemônica de meados dos anos 1960 até meados dos anos 1980, sendo introduzindo paralelamente ao modelo campanhista, num movimento crescente de integração e universalização da Previdência Social: das CAPs (Caixas de Aposentadoria e Pensões) da década de 20, aos IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões) dos anos 1930 a 1960, até o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) em 1966, se institucionalizando com criação do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdenciária Social) em 1977

Também em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), com a seguinte estrutura: INPS, para cuidar dos benefícios; INAMPS, para a assistência médica (englobando o extinto IPASE – Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado e o FUNRURAL – Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural); Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), para a administração financeira e patrimonial (GERALDES, 1992).

Maria Fátima Balestrin

Solange Aparecida Barbosa de Moraes Barros

A RELAÇÃO ENTRE CONCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA E A IDENTIFICAÇÃO/HIERARQUIZAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE

Assim, o modelo médico-assistencial privatista caracterizava-se por consumir tecnologias freqüentemente desnecessárias; por visar o lucro das empresas médicas, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando a produção privada desses serviços; por se basear mais nas doenças do que na promoção¹² e prevenção da saúde; por privilegiar a prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública; por excluir a cobertura assistencial de amplos segmentos sociais não cobertos pela assistência previdenciária; por demonstrar falta de controle público nas ações desenvolvidas pelo setor privado médico-hospitalar contratado, gerando distorções, fraudes, desperdícios e custos crescentes, ou seja, inspirado no modelo flexneriano, descrito no item anterior. Para Minayo (2001: p.29), “dentre seus efeitos, tal modelo gerou um tipo de subjetividade médica muito mais comprometida com as especialidades e, sobretudo, discriminador e excludente”.

Ainda, o modelo médico-assistencial privatista, por determinações estruturais impostas pela estratégia de desenvolvimento capitalista no país e por motivações políticas conjunturais, fazia parte de um conjunto de políticas sociais compensatórias, necessárias para a legitimação política do surto de crescimento econômico que caracterizou o período denominado de “milagre econômico”.

Em meados do século XX, após a Segunda Guerra Mundial com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) é que se introduziu conceito de saúde/doença universalmente aceito. A saúde passa a ser entendida como o estado do completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças.

A partir desse novo conceito, a saúde passou a abranger:

- a biologia humana, que compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento;
- o meio ambiente, que inclui o solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho;
- o estilo de vida, do qual resultam decisões que afetam a saúde: fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não exercícios;
- a organização da assistência à saúde. A assistência médica, os serviços ambulatoriais e hospitalares e os medicamentos (SCLIA, 2007: p. 8-9).

Essa medida implicava o reconhecimento do direito à saúde e do dever do Estado na promoção e proteção da saúde.

¹² A definição adotada na carta de Otawa, em 1986, e que tem sido utilizada, é a seguinte: “processo de ‘capacitar’ (enabling) as pessoas para aumentarem o controle sobre a sua saúde e para melhorar a qualidade de vida” (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 1996).

Maria Fátima Balestrin

Solange Aparecida Barbosa de Moraes Barros

A RELAÇÃO ENTRE CONCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA E A IDENTIFICAÇÃO/HIERARQUIZAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE

2.2 DO MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA AO NOVO CONCEITO DE SAÚDE CONTEMPLADO NA CONSTITUIÇÃO DE 1988

A partir de 1974, findo o período de expansão econômica brasileiro, iniciou-se o processo de transição democrática do regime autoritário para um pacto estruturado na definição de um novo padrão de desenvolvimento.

Em 1978 foi realizada, em Alma-Ata, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada e patrocinada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). A partir dessa Conferência, os cuidados primários de saúde deveriam ser adaptados às condições econômicas, sociais, culturais e políticas de cada região, devendo incluir, pelo menos, educação em saúde, nutrição adequada, saneamento básico, cuidado materno-infantil, planejamento familiar, imunizações, prevenção e controle de doenças endêmicas e de outros freqüentes agravos à saúde, provisão de medicamentos essenciais.

No Brasil iniciaram-se experiências com a concepção do exercício da medicina simplificada¹³, da valorização do trabalho auxiliar dos leigos e da participação comunitária. Uma das experiências foi o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS), alcançando abrangência nacional em 1979, e o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE).

Tais propostas representavam expressões dos setores críticos alojados no aparelho estatal, que propunham um sistema de saúde público, descentralizado e de base municipal, e a expressão nacional do movimento mundial de assistência primária à saúde, que se gerou na Conferência de Alma-Ata em 1978. Os cuidados primários de saúde propõem ainda uma tecnologia simplificada em vez de tecnologias sofisticadas; ambulatorios no lugar de grandes hospitais; médicos generalistas antes do especialista; uma lista básica de medicamentos no lugar de um grande arsenal terapêutico. Ou seja, substituir a medicina econômica do consumo para uma perspectiva de utilidade social dos cuidados com a saúde.

O Projeto da Reforma Sanitária Brasileira, iniciado na década de 1970 e percorrendo a década de 1980, se sustentou num conceito de saúde ampliado, relacionando a saúde às condições gerais de vida, como a moradia, saneamento, alimentação, condições de trabalho, educação, lazer, ou seja, os cuidados com a saúde ultrapassam o atendimento à doença para se estenderem à prevenção e ao melhoramento das condições de vida geradoras de doenças.

¹³ As políticas alternativas de saúde através de experiências comunitárias tinham como princípio “a simplificação dos cuidados de saúde de maneira que estivessem ao alcance da comunidade através da atenção primária, sem instrumental de alta complexidade e com participação de agentes de saúde da própria comunidade e a supervisão e adestramento dos profissionais de saúde” (GERSCHMAN, 1995: p.71).

Maria Fátima Balestrin

Solange Aparecida Barbosa de Moraes Barros

A RELAÇÃO ENTRE CONCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA E A IDENTIFICAÇÃO/HIERARQUIZAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE

Assim, através da VIII Conferência, convocada pelo Ministério da Saúde e realizada em março de 1986, rompeu com o muro que separava a medicina preventiva da assistência médica curativa e com o INAMPS (pelo menos no plano ideal), que com sua proposta corporativa foi extinto.

É com essa perspectiva social que o Brasil contempla na sua Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, que "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 a promoção, proteção e recuperação". Este é o princípio que norteia o nosso Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda, conforme artigo 199, a saúde foi definida como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado, como parte da seguridade social e cujas ações e serviços devem ser providos por um sistema único de saúde organizado segundo as seguintes diretrizes: descentralização, comando único em cada esfera do governo, atendimento integral, equidade e participação comunitária.

Dessas diretrizes nos deteremos no atendimento integral e na equidade, nos quais, as necessidades em saúde estão diretamente ligadas.

3 NECESSIDADES EM SAÚDE, O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE E A EQUIDADE

Definir necessidade em saúde é tarefa complexa, pois existem diferentes concepções do que sejam essas necessidades em saúde. Numa perspectiva hospitalocêntrica podem ser consideradas como a falta de hospitais, ambulatórios, medicina tecnológica; numa perspectiva mais social, pode também ser a falta de educação, saneamento básico, programas de prevenção; ou ainda, a falta de atenção médica (no sentido mesmo de relação calorosa entre médico-paciente).

As necessidades em saúde podem ter natureza diversa: biológica, psicológica, social e cultural. Exigem abordagens dos diferentes níveis de intervenção: prevenção, tratamento, recuperação, promoção da saúde; podem necessitar de cuidados primários, secundários, terciários (os diversos "níveis" de atenção); e envolvem o contexto familiar e social.

No que diz respeito à ao princípio d integralidade, num nível mais amplo, pode ser entendida como o conjunto de serviços ofertado nos diversos níveis do sistema de saúde proporcionado, individual ou coletivamente, o atendimento das necessidades em saúde da população. Assim, a integralidade é capacidade de identificar o conjunto de necessidades e dar respostas a elas.

Nesse sentido, Cecílio (2008) coloca que a integralidade tem duas dimensões: a integralidade focalizada e a integralidade ampliada. A focalizada acontece nos diferentes serviços de saúde e no trabalho realizado por equipes multiprofissionais

Maria Fátima Balestrin

Solange Aparecida Barbosa de Moraes Barros

A RELAÇÃO ENTRE CONCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA E A IDENTIFICAÇÃO/HIERARQUIZAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE

(Programa Saúde da Família – PSF), onde profissionais comprometidos escutam atenta e cuidadosamente os usuários para identificar suas necessidades em saúde. A integralidade ampliada é resultado da articulação de cada serviço com uma rede complexa composta por outros serviços e instituições.

A equidade, segundo Cecílio (2008), é entendida como a superação das desigualdades. Está conectada ao princípio da integralidade, pois se a integralidade for ampliada o máximo possível, incluindo aí a escuta dos usuários pelos profissionais, as iniquidades em saúde seriam reconhecidas como necessidades não atendidas.

3.1 IDENTIFICAÇÃO, HIERARQUIZAÇÃO E SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE

Identificar e hierarquizar, ou construir socialmente as necessidades em saúde é um dos nexos constituintes do princípio da integralidade instituído com o Sistema Único de Saúde – SUS. Dessa forma, reconhecer que as necessidades em saúde são construídas social e historicamente significa reconhecer que sua configuração atual reflete uma luta política, que diversos sujeitos disputam em torno do entrelaçamento entre necessidades e poderes.

De um lado se tem o setor que demanda por serviços de saúde e, do outro, o setor que oferta esses serviços. O primeiro é composto pelas populações que, segundo Castel (1985) podem ser classificados em três grandes grupos: a) das classes de baixa renda — constituídas por grande parcela da população carente de atenção médica, são alvo das ações preventivas do Ministério da Saúde e buscam atenção nos postos de saúde da rede municipal e/ou estadual das Secretarias de Saúde; b) das classes médias — que procuram utilizar a assistência médica da previdência social e que buscam (progressivamente menos) o setor privado; c) das classes de alta renda — pequena minoria que, predominantemente, paga diretamente pelos serviços do setor privado.

O segundo, o setor da oferta, é constituído pelo sistema previdenciário de atenção médica; pelo Ministério da Saúde, responsável basicamente por ações preventivas e controle de doenças; pelas redes de Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, atuando tanto em ações preventivas como em assistência médica (através de postos de saúde); a medicina privada, representada por policlínicas (medicina de grupo), casas de saúde e médicos particulares (CASTEL, 1985).

Nesse sentido, Campos (2002) aponta estudos identificados na produção científica sobre o conceito de necessidades em saúde, as quais foram categorizadas em dois grandes grupos: necessidade em saúde no âmbito abstrato do conceito e

Maria Fátima Balestrin

Solange Aparecida Barbosa de Moraes Barros

A RELAÇÃO ENTRE CONCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA E A IDENTIFICAÇÃO/HIERARQUIZAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE

necessidade de saúde no âmbito operacional do conceito, utilizado na área de Planejamento em Saúde.

No primeiro caso, a satisfação das necessidades em saúde, compreendida como carências complexas, deve ser apreendida como um direito do cidadão (seria o setor que demanda por serviços de saúde) onde o autor citado criticou a interpretação da necessidade social como generalidade que subordina as diferentes necessidades dos indivíduos. No segundo caso, a necessidade a partir da qual será organizada a produção de serviços, ou seja, as necessidades apresentadas por aqueles que organizam (que ofertam) a assistência à saúde.

Assim, nesse entrelaçamento entre necessidades e poderes, o que se entende com isso é que as necessidades têm se diferenciado quando se trata de quem demanda a saúde e de quem elabora as políticas para atender aos demandatários.

A avaliação das necessidades em saúde do ponto de vista daqueles que organizam a assistência à saúde, possui um componente subjetivo, isto é, baseada em juízos de valor. Assim, existe possibilidade de que a percepção do profissional ou gestor não seja movida tão somente por critérios objetivos e concretos, mas, muitas vezes, por motivações inconscientes que intermediam essas avaliações. Para controlar o grau de subjetivismo nos julgamentos, de acordo com Castel, critérios objetivos devem ser explicitados e discutidos não apenas no meio restrito das decisões, mas com a participação daqueles que demandam tais necessidades. Entretanto,

a autoridade do técnico pressupõe, 'logicamente', sua inequívoca habilidade para julgar e sugerir prioridades para ações de saúde. Essa capacidade é mistificada por uma aura de competência que o abstém de tornar explícitos os critérios de julgamento, por vezes não somente técnicos (CASTEL, 1985: p. 6).

Por outro lado existem limitações dos profissionais do setor saúde na identificação das necessidades sanitárias da população, pois, segundo Castel (1985: p. 2):

No processo de se estabelecer prioridades para políticas sociais, os setores de decisão recebem a influência de grupos com diferentes interesses. Esses interesses podem ser conflitivos e, por isto, produzem antagonismo entre as partes envolvidas.

Para alguns gestores a identificação das necessidades em saúde afluem nos próprios serviços de saúde, a exemplo das reclamações de falta de leitos em hospitais, UTIS, falta de médicos. Nesses casos, a identificação de necessidades não atende necessariamente as prioridades da comunidade, que muitas vezes podem ser saneamento básico, falta de água potável, pois essas necessidades podem não

Maria Fátima Balestrin

Solange Aparecida Barbosa de Moraes Barros

A RELAÇÃO ENTRE CONCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA E A IDENTIFICAÇÃO/HIERARQUIZAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE

representar a necessidades reais da comunidade, não havendo hierarquização das mesmas.

As necessidades em saúde são de todos os níveis, o que não implica que por isso não se exerça um planejamento, a população muitas vezes entende como necessidade apenas o nível curativo e, assim, contribui para que práticas curativas sejam ofertadas em detrimento de práticas preventivas sendo, pois, necessário ser informada da importância de práticas preventivas, de conciliar medicina curativa e preventiva.

Analisando a questão das necessidades do ponto de vista de quem demanda por os serviços de saúde, seguimos o raciocínio de Cecílio (2008) ao apresentar três conjuntos de necessidades em saúde: O primeiro estaria ligado à qualidade de vida, entendendo-se que o modo como se vive se traduz em diferentes necessidades. O segundo diz respeito ao acesso às tecnologias que melhoram ou prolongam a vida. Destaca o autor que, nesse caso, o valor de uso de cada tecnologia é determinado pela necessidade de cada pessoa, em cada momento. O terceiro conjunto refere-se à criação de vínculos efetivos (entendido como relação contínua, pessoal e calorosa) entre os usuários e profissionais dos sistemas de saúde. Por fim, coloca que as necessidades de saúde estão ligadas também aos graus crescentes de autonomia que cada pessoa tem no seu modo de conduzir a vida, o que vai além da informação e da educação.

Um outro ponto a discutir, em relação à identificação e hierarquização das necessidades em saúde, é a participação popular; num regime democrático elas estão diretamente relacionadas ao princípio da participação popular, pois é através dessa participação que a comunidade, juntamente com os gestores, identifica suas necessidades e as hierarquiza de acordo com as prioridades e possibilidades de atendimento.

É importante a ida a comunidade para conhecer a real necessidade da população, as condições de vida e a partir dos dados reais levantar alternativas de atendimento baseado na necessidade daqueles que vivem o problema.

Porém, seria ingenuidade pensar que a identificação das necessidades em uma comunidade acontece de forma harmoniosa. É certo que as necessidades em saúde hoje são muitas, e por isso é necessário hierarquizar e priorizar, o que não justifica que a tomada de decisão esteja centralizada na figura dos gestores e profissionais. Também é obvio que com necessidades em todos os níveis de atenção, tudo o que se fizer é válido e, com isso existirão sempre insatisfeitos. Mas a prioridade vai se definir em projetos que atendam a coletividade e não a individualidade, ou seja, projetos que beneficiem a maioria da população.

É preciso também ter claro, segundo Munhoz (1996), que dificilmente se encontrará harmonia de interesses entre os indivíduos dos grupos quanto às suas necessidades ou solução de seus problemas, pois há também interesses individuais em jogo, assim como não há interesses comuns de diferentes indivíduos e

Maria Fátima Balestrin

Solange Aparecida Barbosa de Moraes Barros

A RELAÇÃO ENTRE CONCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA E A IDENTIFICAÇÃO/HIERARQUIZAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE

interesses imediatos de cada indivíduo. Nesse sentido a autora observa que é um exemplo disso

o fato de, mesmo dentre os menos favorecidos, os menos marginalizados discriminarem os mais excluídos que eles, o que, apesar de incompatível com os direitos humanos, explica-se em função dos valores presentes na sociedade e até mesmo da preservação da vida-objetiva ou imaginariamente ameaçada (MUNHOZ, 1996: p. 367).

Assim, a relação entre necessidade e satisfação dessa necessidade é algo complexo, tendo em vista que envolve a articulação do Estado, sociedade civil¹⁴ e sociedade política. O Estado, historicamente, tem sido entendido como gestor de diferentes interesses de classes. É a instituição reguladora dos conflitos entre as classes sociais e, como nasceu da necessidade de conter esses antagonismos, o Estado é a instituição social legitimadora, o “comitê executivo” da classe dominante a partir da fundação do Estado moderno e, ao gerir conflitos sociais, tende a privilegiar, historicamente, a classe dominante. Isso manifesta claramente os processos de universalidade e de igualdade no acesso à saúde, tendo como propósitos a idéia de justiça social, capaz de garantir tal direito à sociedade como um todo.

Na organização social brasileira pode-se considerar que é o Estado quem organiza e determina a atuação do Setor Saúde. A intervenção do Estado resulta da confluência de diversos interesses, mas sua função básica é a de manter as condições para a sustentação do sistema econômico. Assim, a organização dos setores responsáveis por definir as necessidades da população (e atendê-las) vai, em última instância, depender do "modelo econômico" adotado.

No Brasil, as práticas de saúde, na maioria dos casos não têm ultrapassado os limites da satisfação das necessidades existenciais, isto é, aquelas relativas à manutenção da vida. Mesmo a expressão mais progressista do setor de saúde – Movimento Sanitário – apesar do avanço em termos legais, não conseguiu constituir uma proposta na direção da construção do indivíduo, se detendo muito mais no coletivo. Atender as necessidades em saúde é satisfazer as necessidades atinentes ao indivíduo coletivo e à conservação da vida e, ao mesmo tempo, ultrapassá-las em

¹⁴ Sociedade Civil, “recobre um amplo leque de experiências, que vão desde as organizações recreativas, desportivas até as entidades filantrópicas e assistenciais, os diversos grupos de manifestação cultural, as organizações empresariais, as associações de defesa dos direitos humanos de maneira geral, incluindo as ONGs e os diferentes movimentos sociais. Nesse sentido, a sociedade civil configura-se como um amplo e diverso conjunto de experimentações de organização política, que abriga diferentes objetivos e projetos” (GRUPO DE ESTUDOS SOBRE A CONSTRUÇÃO DEMOCRÁTICA/IDÉIA, 1998/1999: p. 13-14).

Maria Fátima Balestrin

Solange Aparecida Barbosa de Moraes Barros

A RELAÇÃO ENTRE CONCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA E A IDENTIFICAÇÃO/HIERARQUIZAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE

direção à superação da vida cotidiana, no sentido de atender as necessidades existenciais e as propriamente humanas.

O Brasil está entre os países em que a renda per capita seria suficiente para garantir o essencial à população, mas a desigualdade na distribuição da renda leva a privações e a enormes distâncias sociais. Isso se reflete na saúde da população, o que tem sido mostrado em pesquisas e estudos sobre a relação entre as condições de saúde e o nível sócio-econômico.

Para romper com esta lógica sanitária

faz-se necessário reconhecer que a desigualdade no âmbito da saúde é um sintoma de iniquidade social – em um sentido mais amplo – possuindo, outrossim, dispares mecanismos de ‘auto-organização’ nos diferentes países (BATISTA; SCHRAMM, 2004: p. 5).

Falam os autores acima citados que reconhecer isto traz implicações decisivas para a redução das desigualdades sociais em saúde, podendo, também, se tornar um poderoso estímulo para a formação de diferentes estratégias que visem à redução das injustiças sociais e questionam: mas seria realmente possível a justiça com igualdade?

Uma sociedade democrática tem por finalidade a realização da justiça social e pressupõe a prática da igualdade e da liberdade. O princípio da igualdade precede o da justiça. Sem igualdade não há liberdade, sem liberdade não há justiça social. Democracia, igualdade e liberdade são valores éticos vinculados à justiça social.

Parte-se do pressuposto de que a saúde da população depende, genericamente, da dimensão média do consumo de certos bens e serviços de subsistência, alimento, habitação, assistência à saúde e educação. Qualquer que seja o conceito de saúde, não se deve deixar de reconhecer que ele está estritamente relacionado com o modo de o homem produzir seus meios de vida (trabalho) e satisfazer suas necessidades (consumo), estabelecendo, neste duplo movimento, as relações que mantém com os outros.

CONCLUSÃO

Muito embora o rompimento com a visão mística do corpo humano tenha contribuído para o avanço da medicina científica na cura das doenças, por outro lado, levou à fragmentação do homem e à gradativa separação entre o campo da fé (religião) e o da razão (ciência), sinais da racionalidade científica que se iniciou com o Renascimento e recairá sobre a sociedade moderna determinando profundas transformações no modo de pensar, sentir e agir do homem, que, no tratamento em saúde, veio prejudicar, em grande parte, a relação médico-paciente e a desumanização no atendimento em saúde.

Maria Fátima Balestrin

Solange Aparecida Barbosa de Moraes Barros

A RELAÇÃO ENTRE CONCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA E A IDENTIFICAÇÃO/HIERARQUIZAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE

A concepção de saúde/doença está relacionada ao momento histórico, a uma determinada sociedade, refletindo, assim, uma determinada conjuntura social, política, econômica e cultural. Assim, a concepção de saúde/doença não é a mesma para todas as pessoas ou profissionais, pois depende dos valores individuais, das crenças, de concepções científicas, religiosas e filosóficas.

Essas diferentes concepções contribuem em grande medida para quem organiza o setor de saúde e para quem demanda esses serviços, no sentido de que na nova organização do setor proposta pelo SUS, ainda persistam organizações e práticas tradicionais.

No caso do Brasil, historicamente, o atendimento às necessidades em saúde responderam muito mais a interesses econômicos e a grupos específicos do que propriamente às necessidades da população. O que se observava sobre a organização contemporânea do sistema de saúde no Brasil, foi a separação político-ideológica e institucional entre a assistência à saúde individual, eminentemente privada, ainda que financiada direta ou indiretamente pelo Estado, e as ações públicas dirigidas à saúde coletiva.

Quando se fala em necessidades em saúde, o médico, os serviços ambulatoriais e hospitalares, medicamentos, são as primeiras coisas que vem à mente de muitas pessoas. No entanto, esse é apenas um componente do setor da saúde, e não necessariamente o mais importante; às vezes, é mais importante para a saúde da população ter saneamento básico, alimentos saudáveis, emprego e renda do que dispor de medicamentos.

A ênfase na doença e não na saúde persiste ainda na visão de grande parte dos profissionais, gestores e da população. Assim sendo, se as necessidades em saúde são buscadas na própria comunidade, muitas vezes, a própria população exige que os investimentos sejam na medicina curativa, não valorizando a medicina preventiva. O que se reforça novamente aqui é que, por um longo período, foi disseminado um conceito de saúde como ausência de doenças e a questão do curativo como prioridade; não se pode esperar, pois, que uma população atrelada a uma cultura política marcada pelo autoritarismo, pelo clientelismo, pelo paternalismo político, simplesmente mude a forma de perceber o processo saúde/doença porque mudou o modelo de atenção, ainda mais que, muitos profissionais e gestores continuam reproduzindo o modelo hegemônico.

Assim, a organização do setor de saúde, com a implantação do novo modelo de assistência à saúde instituído com o SUS, e entendendo a busca da população pela saúde curativa em detrimento da preventiva, foram mantidas as Unidades Básicas de Saúde em funcionamento normal e, paralelamente, implantado o PSF, como estratégia de viabilização do sistema de saúde, de forma a levar a comunidade a perceber, progressivamente, a importância da saúde preventiva e do PSF para a comunidade, através do trabalho das equipes.

Maria Fátima Balestrin

Solange Aparecida Barbosa de Moraes Barros

A RELAÇÃO ENTRE CONCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA E A IDENTIFICAÇÃO/HIERARQUIZAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE

As necessidades são históricas, o que significa que não são naturais e nem finais, pois desigual é a distribuição do consumo dos produtos do trabalho e, conseqüentemente, as necessidades em saúde no plano individual ou coletivo.

Por isso, discutir necessidades em saúde não é nada harmonioso, pois diversos sujeitos com diferentes mentalidades disputam em torno do entrelaçamento de necessidades e poderes. Mas nessa disputa de visões diferenciadas é que se expressa um potencial de transformação da realidade, onde esses sujeitos com suas vivências e/ou práticas cotidianas podem construir novos espaços de ampliação do sentido da vida.

REFERÊNCIAS

ABREU, E. *Características do Renascimento*. Disponível em: <http://www.saberhistoria.hpg.ig.com.br/novahtm>. Acesso em 25/07/06.

ALBUQUERQUE, C. M. de S.; OLIVEIRA, C. P. F. de. *Saúde e Doença: Significações e Perspectivas em Mudança*. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium.htm>. Acesso em: 25/7/2006.

BARATA, R. *Historicidade do conceito de causa*. Texto mimeo, 2001.
_____. Causalidade e epidemiologia. *Revista História, Ciência, Saúde*: Buenos Aires. V. IV (1): p.31-49 mar-jun, 1997. (Conferência apresentada no IV Congresso Argentino de Epidemiologia e Atenção à Saúde Buenos Aires, 1996).

BATISTA, R. S.; SCHRAMM, F. R. *A saúde entre a iniquidade e a justiça*; contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. texto mimeo, 2004.

BRANCO, Rita Francis Gonzáles Y Rodrigues. A contribuição de Balint à relação entre o clínico geral e seu paciente. In: BRANCO. R. F. G. Y R. (Org). **A relação com o paciente**: teoria, ensino e prática. Rio de Janeiro: Guanabara: Koogan, 2003a.

_____. Aspectos históricos do ensino da relação médico-paciente. In: BRANCO, Rita Francis Gonzáles Y Rodrigues (org). **A relação com o paciente**: ensino, teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

CAMPOS, M. C. S. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde). São Paulo: C.M.C Campos, 2002. (Tese de Doutorado).

CASTEL, Luis David. *O técnico e as necessidades em saúde*. Cad. Saúde Pública vol.1 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 1985.

Maria Fátima Balestrin

Solange Aparecida Barbosa de Moraes Barros

A RELAÇÃO ENTRE CONCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA E A IDENTIFICAÇÃO/HIERARQUIZAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. *As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde*. Disponível em: www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm Acesso em: 06/01/2008.

DOSSEY, L. *Reinventando a medicina: transcendendo o dualismo mente-corpo para uma nova era de cura*. Trad. Milton Chaves de Almeida. São Paulo: Cultrix, 1999.

DUROZOI, G; ROUSSEL, A. *Dicionário de filosofia* Trad. Maria Appenzeller. Campinas: Papirus, 1992.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

GERALDES, P. C. *A saúde coletiva de todos nós*. Rio de Janeiro: Revinter, 1992.

GERSCHMAN, S. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

GRUPO DE ESTUDOS SOBRE A CONSTRUÇÃO DEMOCRÁTICA. Sociedade Civil e democracia: reflexões sobre a realidade brasileira. In: *IDÉIA. Revista do instituto de Filosofia e Ciências Humanas*, UNICAMP. 1998/1999. Dossiê: os movimentos sociais e a construção democrática. p. 13-42.

HESSEN, J. *Teoria do conhecimento*. Trad. António Correia. 7a ed. Coimbra/Portugal: Armênio Amado – Editor, sucessor, 1978.

LUZ, M. T. *Natural, Racional, social: Razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MATTOS, V. *Medicina quântica*. Curitiba: Corpo Mente, 2001.

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERY, E. E.; QUEIROZ, M. S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública* v.9 n2. Rio de Janeiro abril/jun. 1993.

MINAYO, M. C. de S. Sobre a complexidade da implementação do SUS. In: SILVA, S. F. da. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Hucitec, 2001.

MUNHOZ, D. E. N. *O desafio do cotidiano: o enfrentamento da contradição*. Tese de Doutorado em Serviço Social. São Paulo: PUC/SP, 1996.

Maria Fátima Balestrin

Solange Aparecida Barbosa de Moraes Barros

A RELAÇÃO ENTRE CONCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA E A IDENTIFICAÇÃO/HIERARQUIZAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE

PORTER, Roy. *Medicina a história da cura: das antigas tradições às práticas modernas*. Lisboa: Livros e Livros, 2002. Impresso em China . Teletraduções Lisboa.

PORTO, C. C. Medicina dos doentes e medicina das doenças. In: BRANCO, R. F. G. Y R. (Org). *A relação com o paciente: Teoria, ensino e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara: Koogan, 2003.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. Rio de Janeiro. *Revisa de Saúde Coletiva*. v. 17 n 1 jan/abr, 2007.

SOUZA, Dabiel Emídio. Anotações sobre a relação médico-paciente: um ponto de vista psicanalítico. In: BRANCO, Rita Francis Gonzáles y Rodrigues . *A relação com o paciente: Teoria, ensino e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara: Koogan, 2003.

THE RELATION BETWEEN THE CONCEPTION OF THE HEALTH AND ILLNESS PROCESS AND THE IDENTIFICATION/HIERARCHIZATION OF HEALTH NECESSITIES

ABSTRACT: The subject deals with the principles of completeness/equity in health care necessities; principles that came from the constitutionalization of (Health's Only System) – SUS in 1988. With this new model of health attention, it is placed upon the health/illness process a new conception that exceeds the hospitalocentric vision in which health's necessities, in general are considered, as lack of hospitals, ambulatories, technological medicine; for a more social view, covering also, faults in education, basic sanitation, prevention programs. However, a different conception of the health/illness process still persists, and interferes in the identification/hierarchization of health necessities and the accomplishment of public politics directed to the sector.

Keywords: Health/Illness process, Health necessities, Completeness.

Recebido em 28 de julho de 2009; aprovado em 15 de agosto de 2009.