

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Instituto de Filosofia, Sociologia e Política**  
**Programa de Pós-Graduação em Sociologia**



**Dissertação de mestrado**

**DISPUTA ENTRE DOIS PARADIGMAS NA ATENÇÃO À SAÚDE: O CASO DO  
HOSPITAL ESCOLA/UFPEL**

**Rosana Daniela Ames**

**Pelotas, abril de 2019**

**Rosana Daniela Ames**

**DISPUTA ENTRE DOIS PARADIGMAS NA ATENÇÃO À SAÚDE: O CASO DO  
HOSPITAL ESCOLA/UFPEL**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em  
Sociologia do Instituto de Filosofia, Sociologia e Política, como  
requisito parcial à obtenção do título de Mestra em  
Sociologia.**

**Orientador Prof. Dr. Léo Peixoto Rodrigues**

**Pelotas, abril de 2019**

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas Catalogação na  
Publicação

A111d Ames, Rosana Daniela

Disputa entre dois paradigmas na atenção à saúde : o caso do Hospital Escola/UFPel / Rosana Daniela Ames ; Léo Peixoto Rodrigues, orientador. — Pelotas, 2019.

122 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Instituto de Filosofia, Sociologia e Política, Universidade Federal de Pelotas, 2019.

1. Saúde. 2. Ciência. 3. Paradigma sistêmico. 4. Paradigma mecanicista. I. Rodrigues, Léo Peixoto, orient. II. Título.

CDD : 362.11

Elaborada por Simone Godinho Maisonave CRB: 10/1733

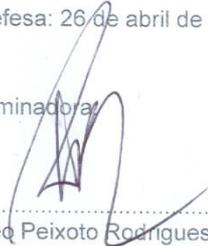
Rosana Daniela Ames

A atenção à saúde, considerando a disputa entre dois paradigmas científicos: O caso do Hospital Escola/UFPel.

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Sociologia, do Programa de Pós-Graduação em Sociologia, da Universidade Federal de Pelotas.

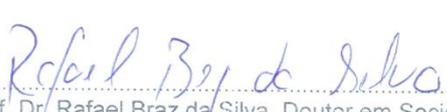
Data da Defesa: 26 de abril de 2019.

Banca examinadora:

  
.....  
Prof. Dr. Léo Peixoto Rodrigues (Orientador). Doutor em Sociologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

  
.....  
Profa. Dra. Etiene Villela Marroni Doutora em Ciência Política pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

  
.....  
Prof. Dra. Camila Dellagnese Prates Doutora em Sociologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

  
.....  
Prof. Dr. Rafael Braz da Silva. Doutor em Sociologia pela Universidade Federal do Paraná

**Dedico esta pesquisa aos usuários do Sistema Único de Saúde.**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha família. Em especial, à minha irmã Valesca e ao meu irmão Tarso, por terem me apoiado a seguir em frente nos momentos mais difíceis do mestrado.

Ao orientador Dr. Léo Peixoto Rodrigues, pelas contribuições, rigor nas correções e empréstimo de livros.

Às pessoas do Hospital Escola, por terem doado o seu precioso tempo de trabalho para que a pesquisa pudesse ser realizada.

À direção da Gerência de Ensino e Pesquisas do Hospital Escola, pela aprovação, e à Pró-Reitoria de Ensino e Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas.

À CAPES, pelo auxílio financeiro.

Aos meus colegas e professores do PPGS, que contribuíram para a minha formação.

À Universidade Federal de Pelotas.

A todos que, de alguma forma, contribuíram com esta pesquisa!

Muito obrigada!

## RESUMO

**AMES, Rosana Daniela. Disputa entre dois paradigmas na atenção à saúde: o caso do Hospital Escola/UFPel. 2019. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Universidade Federal de Pelotas.**

A presente dissertação está inserida no quadro teórico dos Estudos Sociais da Ciência. Desde o século XVII, e, posteriormente, no século XIX, com o modelo biomédico, o paradigma orientador das práticas da saúde concentrava-se segundo uma perspectiva biologicista, fragmentadora e unicausal. Entretanto, no século XVIII, com a medicina social e, posteriormente, no século XX, tal paradigma, chamado mecanicista, começa a dar sinais de esgotamento. Tendo isto em vista, busca-se, na presente pesquisa, identificar o paradigma mecanicista e o paradigma sistêmico na atenção de saúde do Sistema Único de Saúde do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, considerando o Grupo de Trabalho de Humanização, instituído conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Para responder a este objetivo, foi utilizada uma metodologia qualitativa composta por estudo de caso e aplicação de um roteiro de entrevistas semiestruturado. Dentre as hipóteses elencadas está: a) os profissionais que trabalham junto ao GTH entendem que este responde eficazmente aos problemas de saúde, mas esbarram em dificuldades de rotina, como falta de pessoal de apoio para atividades burocráticas. Como resultado, salienta-se que um dos desafios do princípio da integralidade é a ambiguidade caracterizada pelas normativas da política nacional de humanização.

**Palavras-chave: Saúde, Ciência, Paradigma sistêmico, Paradigma mecanicista.**

## **ABSTRACT**

**AMES, Rosana Daniela. Dispute between two paradigms in health care: the case of HE / UFPel. 2019. Master's Dissertation. Graduate Program in Sociology. Federal University of Pelotas.**

The present dissertation is inserted in the theoretical framework of Social Studies of Science. Since the seventeenth century, and later in the nineteenth century, with the biomedical model, the guiding paradigm of health practices was concentrated according to a biologist, fragmentary and unicausal perspective. However, in the eighteenth century, with social medicine and later in the twentieth century, such a paradigm, called mechanistic, begins to show signs of exhaustion. In this research, we seek to identify the mechanistic paradigm and the systemic paradigm in health care of the Unified Health System of the School Hospital of the Federal University of Pelotas, considering the Humanization Working Group established in accordance with the guidelines of the Unified Health System. In order to respond to this objective, a qualitative methodology was used, composed of a case study and a semi-structured interview script. Among the hypotheses listed are: a) professionals working with the GTH understand that it responds effectively to health problems, but run into routine difficulties, such as lack of support staff for bureaucratic activities. As a result, it is highlighted that one of the challenges of the integrality principle is the ambiguity characterized by the norms of the national policy of humanization.

**Key words: Health, Science, Systemic Paradigm, Mechanistic Paradigm.**

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Divisões.....	p. 58
QUADRO 2	Setores.....	p. 59
QUADRO 3	Unidades.....	p. 60
QUADRO 4	Grupo de Trabalho de Humanização.....	p. 61
QUADRO 5	O paradigma mecanicista e o paradigma sistêmico na atenção de saúde.....	p. 64
QUADRO 6	Integrantes do GTH.....	p. 75
QUADRO 7	Categorias de análise utilizadas nas entrevistas semiestruturadas.....	p. 77

## **LISTA DE SIGLAS**

CF	Constituição Federal
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
IES	Instituição de Ensino Superior
OMS	Organização Mundial da Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>2. O PARADIGMA MECANICISTA NA IDADE CLÁSSICA.....</b>	<b>13</b>
2.1 Introdução.....	13
2.2 O paradigma mecanicista: sociedade, ciência e método.....	15
2.3 A medicina social do século XVIII: rompimento da episteme clássica.....	24
<b>3. PARADIGMA SISTÊMICO, SAÚDE E CIÊNCIA.....</b>	<b>38</b>
3.1 O modelo biomédico e o novo paradigma social do século XX.....	38
3.2 A proposta de atenção sistêmica de saúde do SUS.....	43
3.3 A clínica ampliada como estratégia de superação do modelo biomédico....	50
<b>4. METODOLOGIA E ANÁLISE DOS DADOS.....</b>	<b>54</b>
4.1 Introdução.....	54
4.2 Métodos e técnicas utilizadas.....	55
4.2.1 O estudo de caso.....	56
4.2.2 Sobre o caso estudado .....	56
4.3 Análise de documentos.....	62
4.4 Análise dos dados.....	63
4.4.1 Introdução.....	63
4.4.2 Análise de conteúdo dos documentos .....	64
4.4.3 Fragmentos dos documentos e análise dos dados .....	65
4.4.4 Categoria 1: Multidisciplinaridade.....	65
4.4.5 Categoria 2: Contexto singular do sujeito.....	69
4.4.6 Categoria 3: Sistema de Saúde integrado em Redes de Atenção.....	72
4.5 Análise de conteúdo.....	74
4.5.1 Introdução.....	74
4.5.2 Análise de conteúdo dos integrantes do GTH.....	77
4.5.3 Categoria 1: Perspectivas do GTH sobre a humanização.....	77
4.5.4 Categoria 2: A política de humanização na perspectiva dos sujeitos.....	82
4.5.5 Categoria 3: A multidisciplinaridade no GTH.....	86
4.5.6 Categoria 4: Os integralidade da atenção de saúde.....	89
4.5.7 Categoria 5: Os desafios da multidisciplinaridade.....	93
4.5.8 Categoria 6: O diálogo multidisciplinar.....	96
4.5.9 Categoria 7: Desafios da integralidade.....	99
5. Considerações da análise.....	104
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>105</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>112</b>
ANEXO 1 CARTA DE ANUÊNCIA.....	118
ANEXO 2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	119
ANEXO 3 ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS.....	121
ANEXO 4 TERMO DE COMPROMISSO DE DEVOLUÇÃO CIENTÍFICA.....	122

## 1. INTRODUÇÃO

A temática de que trata essa pesquisa está inserida no quadro teórico dos “estudos sociais da ciência”. Entretanto, apresenta nuances teóricas que envolve duas perspectivas epistemológicas diversas – analítica e sistêmica, além de aspectos de uma sociologia da saúde e algumas reflexões vinculadas às políticas de saúde pública. Assim, pode-se sintetizar que o fio condutor desta pesquisa vincula-se ao conhecimento e nível de influência, na atenção da saúde, de dois amplos e coexistentes paradigmas, quais sejam, o paradigma sistêmico e o paradigma mecanicista.

Entende-se o Sistema Único de Saúde, que é o maior sistema de saúde pública do mundo, como um sistema complexo e influenciado por elementos que provém tanto de seu ambiente externo quanto de seu ambiente interno. Dessa maneira, dizemos que o SUS é um sistema aberto (dentro de uma lógica que vê as interinfluências e relações do mesmo com as demais instituições). As instituições que compõem o SUS não existem no “vácuo”, sem se relacionar com o mundo externo.

Busca-se a identificação de múltiplos fatores técnicos, sejam biológicos, sociológicos, culturais ou econômicos para entender o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Nesse ínterim, esta pesquisa tem por objetivo contribuir para que melhor se possa conhecer o SUS no sentido de uma maior flexibilidade metodológica para executar, pensar, monitorar ou avaliar políticas públicas de saúde.

O paradigma pode ser conceituado como um modelo, relativamente aceito pela comunidade científica, para a resolução dos problemas. Como um “espelho”, as práticas, conceitos e métodos adotados na Ciência refletem apenas um pouco do que está mais no fundo no contexto paradigmático. Nesse sentido, o paradigma opera como se fosse um norte a ser seguido, de modo que os sujeitos não pensam além do paradigma vigente em seu tempo histórico.

Há um mérito na aproximação científica que investiga de que maneira as práticas (como os sujeitos agem) e a produção teórica do saber de saúde condicionam e são condicionados por determinados paradigmas. Em verdade, sabemos que as práticas de saúde estão influenciadas por paradigmas de conhecimento, pois não nascem do vazio contextual e social. Como se sabe, os paradigmas podem estar vinculados a uma dimensão prática, que não consiste na tentativa de resolução prática, mas no sentido que o mesmo pode estar condicionando as mesmas.

Há de se considerar que tem havido uma mudança paradigmática ocorrida no campo da saúde pública, a partir do século XX, no seio do Sistema Único de Saúde. Tal transformação foi

marcada por várias dimensões, quais sejam: contextuais, institucionais, organizacionais e científicas, como se buscará demonstrar ao longo desta Dissertação.

A saúde pública é um campo que depende de saberes, conceitos, métodos e práticas, para obtenção de êxito. A partir da identificação desses elementos podemos vislumbrar que paradigma subjaz à determinada prática, posto que eles condicionam e são condicionados pelas mesmas. Desse modo, a presente pesquisa aborda o conceito de saúde (e como os sujeitos agem) não como um fato isolado e independente do contexto social. Contrariamente, enfatiza os conceitos e fenômenos vistos como não neutros e objetivos em relação à esfera social da qual fazem parte.

Pressupõe-se, na presente pesquisa, que as práticas do Sistema Único de Saúde (SUS) não são indiferentes a paradigmas orientadores da Ciência tanto nos seus aspectos teóricos como na sua efetiva aplicação. Nestes termos, para entendermos a mudança paradigmática que ocorreu quando do nascimento do Sistema Único de Saúde é necessário falar um pouco sobre as mudanças paradigmáticas na ciência que refletem no social (e vice-versa). Utilizando alguns dos conceitos desenvolvidos por Thomas Kuhn, o qual propôs a noção de paradigma, como um conjunto de normas e regras, praticamente consensuais, adotadas por uma comunidade científica na obra “A estrutura das Revoluções Científicas”, como conceito, métodos e perspectivas, a abordagem kuhniana ajuda a entender as práticas e métodos de saúde não como fechadas e determinadas, mas circunscritas socialmente por determinado paradigma.

No campo científico, a mudança paradigmática passa pela transformação de três aspectos principais, quais sejam: conceitos, métodos e perspectivas científicas, que também são trazidos para pensar o campo da saúde pública. O primeiro aspecto se refere ao conceito de saúde, que se modifica, no século XX, a partir da nova abordagem institucional fornecida por organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS). A mudança epistemológica do conceito de saúde coincide com a emergência de uma visão de mundo no qual as críticas ao método cartesiano são vislumbradas – o que será explicado mais adiante quando do desenvolvimento dos paradigmas científicos e culturais. O segundo aspecto, relativo à mudança de métodos, diz respeito à introdução da multidisciplinaridade de tecnologias e estratégias na atenção à saúde do SUS. Por fim, a mudança de perspectiva diz respeito à preocupação com a abordagem holística da atenção de saúde.

Levando isso em consideração, mostrar-se-á como o modelo público de saúde brasileiro surgiu, dentre outros fatores, como uma resposta que buscou superar o tradicional modelo biomédico do século XIX. Tal modelo, vigente anteriormente ao SUS, apresentava uma disfunção na medida em que era pautado segundo uma dimensão biológica. Desse modo, ele

não se preocupava com fatores sociais, econômicos e psicológicos, impossíveis de serem enquadrados no paradigma mecanicista, pois abrangia uma causalidade linear a respeito da doença, isto é, para cada doença há um mecanismo chave que domina todos os outros, ou seja, na perspectiva cartesiano-mecanicista doenças quase sempre estariam associadas diretamente a um patógeno (positivamente) identificável.

A dimensão de subjetividade, de interação e de complexidade no modelo biomédico, não era um fator importante. A partir da redemocratização do Brasil, como uma Constituição Cidadã (1988), por um lado, e com a própria crise dos modelos lineares para o entendimento da complexidade dos fenômenos, por outro, isto refletiu no próprio SUS, que incorporou práticas mais integradas e estabeleceu a necessidade de um modelo biopsicossocial e de elementos subjetivos em relação ao sujeito, como o seu contexto familiar, social e econômico. Nessa lacuna, aparecem diretrizes do SUS, a chamada Clínica Ampliada, o Grupo de Trabalho de Humanização e o princípio da integralidade, inseridos no Plano Nacional de Humanização, os quais estabelecem a conjugação de diferentes áreas profissionais para a resolução de problemas de saúde e o alcance da abordagem biopsicossocial do sujeito. Teoricamente, o SUS rompe com a hegemonia médica hospitalar ao trazer a preocupação com as dimensões práticas do paradigma sistêmico – a interdisciplinaridade e a abordagem biopsicossocial.

Na presente pesquisa, entende-se que o Sistema Único de Saúde, através da consolidação da Saúde como um direito de todos e dever do Estado, inaugurou o paradigma sistêmico em saúde no Brasil. Em verdade, o SUS promete ir além da fragmentação na atenção de saúde do modelo biomédico, tanto do ponto de vista da atenção à saúde quanto da organização institucional, como será demonstrado ao longo do desenvolvimento da análise dos dados da pesquisa.

No século XIX, com o modelo biomédico, o paradigma orientador das práticas da saúde concentra-se, segundo uma perspectiva biologicista, fragmentadora e unicausal, com negação da determinação social da saúde, cujo retorno remonta à perspectiva epistemológica do começo do século XVII, pautado essencialmente no método cartesiano. Entretanto, no século XX, na ciência, tal paradigma, chamado mecanicista, começa a dar sinais de esgotamento.

Quando do conhecimento da realidade, o paradigma mecanicista, em suas origens, está relacionado com a visão de mundo segundo uma “máquina”, introduzida no século XVII, a partir da filosofia e do método cartesiano de René Descartes. Posteriormente, a visão de mundo mecanicista é consagrada por Isaac Newton e a linha de pensamento sobre a realidade passa a basear-se no conhecimento dos objetos segundo uma causalidade linear através da fragmentação e da objetividade.

No decorrer do século XX, no âmbito da ciência, o paradigma mecanicista sofre críticas. A abordagem racional e determinista, com o conseqüente desprezo em relação à elementos subjetivos, característica do paradigma mecanicista, é considerado frágil para abordar o conhecimento do todo. Neste mesmo período, em contraposição ao paradigma mecanicista, o paradigma sistêmico – que já se apresenta razoavelmente aceito pela comunidade científica – busca o entendimento do todo através da relação do mesmo com as suas partes e segundo uma causalidade circular. Um dos teóricos mais importantes do pensamento sistêmico, deste período, é o biólogo Antony Von Bertalanffy, que investigou lacunas na teoria da biologia.

Uma das lacunas encontradas por Bertalanffy (2006) diz respeito à falta de integração do organismo vivo em relação ao todo, entendendo que o mesmo é maior do que a soma de suas partes constituintes. Em verdade, o estudo do organismo deve dar-se numa relação de interdependência com o meio ambiente. Entretanto, a extrema objetividade do paradigma mecanicista não é negada, mas incorporada na medida em que possui uma perspectiva de abranger o todo, não somente um único elemento para entender a realidade.

Dentro do que podemos chamar de uma “perspectiva epistemológica sistêmica”, em certa medida, encontra-se o pensamento histórico de Michel Foucault (1998) acerca da medicina social, pois a mesma inaugura preocupações sobre a saúde ligadas ao meio ambiente, como depois do aparecimento das preocupações do espaço social como um dos determinantes das doenças com os surtos epidêmicos do século XVIII, e da instituição hospitalar, contrariando, dessa forma, uma epistemologia fundamentalmente analítica, centrada no indivíduo e isenta de elementos de subjetividade. Em verdade, a medicina social é uma ciência coletiva.

Levando isso em consideração, a presente Dissertação tem como principal objetivo identificar a existência/inexistência – ou até que ponto coexistem – do paradigma sistêmico e do paradigma mecanicista na prática de saúde, considerando um estudo de caso, o do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, considerando o princípio da Integralidade do Sistema Único de Saúde, que traz uma prática multidisciplinar através do Grupo de Trabalho de Humanização, em que a saúde está sendo produzida e promovida através de práticas não somente médicas, mas multidisciplinares.

Tendo em vista essas considerações pode-se dizer que a questão de investigação de pesquisa é: identificar e conhecer, no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, cuja atuação é 100% SUS (Sistema Único de Saúde), quais são os fatores desafiadores de uma atenção de saúde sistêmica na perspectiva dos profissionais envolvidos no Grupo de Trabalho de Humanização, formatado segundo diversas áreas de formação, incluindo assistentes administrativos, psicólogos, assistentes sociais, entre outros, considerando-se a disputa entre o

chamado paradigma tradicional/cartesiano, que orienta o modelo biomédico, e o paradigma sistêmico/holístico.

Tratando a saúde como um fenômeno sistêmico, o objetivo é entender como se dá a participação de diferentes profissionais no que consiste aos principais desafios de uma prática integral, proposta pelo SUS. Dentre os objetivos específicos, destacam-se três. O primeiro diz respeito à apreensão da legislação do Sistema Único de Saúde e a forma como a mesma expressa o paradigma sistêmico. O segundo é entender o princípio da integralidade e a política de “humanização” no hospital e qual a percepção dos diferentes profissionais de saúde (psicólogos, enfermeiros, administradores, auxiliares administrativos) a respeito dos mesmos. Já o terceiro objetivo é apreender a forma pela qual o Grupo de Trabalho de Humanização aborda (se aborda) uma prática integral em saúde, considerando a interação entre as diferentes áreas do conhecimento que o compõem, identificando os desafios do princípio da integralidade. Para responder a tais objetivos foi utilizada uma metodologia de abordagem qualitativa.

Para alcançar a reflexão sobre o primeiro objetivo de pesquisa optou-se pela análise de conteúdo dos seguintes documentos: Humaniza SUS, Clínica Ampliada e portaria Redes de Saúde. Primeiramente, o documento Humaniza SUS existe desde o ano de 2004 para qualificar a atenção de saúde no Brasil, o qual deve ser implementado em toda a rede do SUS. Já o documento da Clínica Ampliada estabelece um conceito de saúde sistêmico, cuja atenção segundo variáveis biopsicossociais é trazida, diferentemente, portanto, do modelo biomédico. Por fim, a portaria Rede de Atenção à Saúde é importante pois estabelece como está organizada a prestação de atenção de saúde e estabelece que haja uma integração entre as diversas “partes” do sistema de atenção.

Já as entrevistas semiestruturadas foram aplicadas para responder ao segundo e terceiro objetivos da pesquisa. Tais entrevistas foram realizadas com profissionais de diferentes formações para buscar informações referentes a percepção dos mesmos acerca da política pública de “humanização”.

Dentre as hipóteses pensadas para responder à problemática de pesquisa destacam-se:

- a) Os profissionais integrantes do Grupo de Trabalho de Humanização estão atuando, na sua maior parte, em funções burocráticas.
- b) Os desafios enfrentados pelos profissionais são ocasionados pelo subfinanciamento público em saúde e pela precarização estrutural.
- c) O poder público responde com uma política pública de “humanização” e esta é vista com entusiasmo por alguns profissionais uma vez que os mesmos a associam a valores humanos de benevolência em relação ao outro.

- d) Para os profissionais, o Grupo de Trabalho de Humanização é resposta estatal eficaz, porém esbarram em problemas como falta de materiais, tempo e profissionais de apoio.
- e) O Grupo de Trabalho de Humanização funciona como um grupo que apoia na resolução dos problemas e na alocação de recursos, como uma maneira de contornar os problemas que a instituição atualmente enfrenta.
- f) A fragmentação, para os profissionais, é inerente ao próprio trabalho de saúde.

Para alcançar a pesquisa sobre estas hipóteses a presente dissertação foi organizada em dois capítulos teóricos. O primeiro referente ao paradigma mecanicista e o segundo ao paradigma sistêmico. Além disso, conta com um terceiro capítulo, referente à metodologia e análise dos dados.

Antes de esclarecer acerca da organização e do modo como foram pensados os capítulos para responder à pesquisa, é importante entender que foi adotada uma perspectiva histórica. Nesse sentido, é necessário um retorno ao passado para compreender a presente pesquisa e ter em mente que os paradigmas possuem uma descontinuidade histórica, “avançando” e “retrocedendo” no tempo.

No século XVII, o modelo de “mundo” era caracterizado pelo método cartesiano, que fragmenta, e é essencialmente objetivo. Já o século XVIII, com a medicina social, o paradigma fragmentador é superado por uma perspectiva que coloca a saúde da coletividade como a variável mais importante, tanto que Foucault (1998) evidencia que é nesse período que a medicina se torna moderna e deixa sua dimensão puramente individual. Entretanto, apesar das considerações acerca da saúde coletiva, o paradigma fragmentador e mecanicista vem à tona novamente no século XIX, com o modelo biomédico, orientando as práticas de saúde segundo uma perspectiva biologicista, fragmentadora e unicausal, o qual teve Louis Pasteur como o seu principal teórico idealizador. Por outro lado, novamente, o século XX vem para descortinar novas preocupações, mais ligadas à um contexto amplo, e opera-se uma crítica a fragmentação do paradigma mecanicista.

No capítulo 1, a dissertação traz um resgate histórico foucaultiano, abordando as transformações na sociedade ocorridas no nascimento da Ciência Moderna, como o aparecimento do método cartesiano e da razão como o norteador das relações sociais e, posteriormente, de tecnologias de cura a partir do século XVII, em que a cultura foi marcada pelo paradigma mecanicista. Ademais, o capítulo citado tem a preocupação de descortinar o nascimento da medicina social a partir do século XVIII, já consagrando uma abordagem que transcende o método cartesiano por trazer o hospital e o ambiente como elementos importantes para a compreensão e modificação das práticas de saúde como o nascimento da clínica.

A partir desse período, a doença e a saúde são conhecidas por um modelo assentado nas mínimas partes constituintes do corpo humano, numa perspectiva cartesiana. Tal perspectiva cartesiana é superada somente com a medicina social, de Foucault (1998). Porém, retorna no século XIX, com o modelo biomédico. A mente separa-se do corpo, a enfermidade é vista como um defeito da “máquina” humana e possuir saúde se definia como a ausência de enfermidade. Nesse sentido, o paradigma mecanicista preocupa-se ao máximo com a objetividade dos fenômenos.

Para falar sobre a medicina social também é fundamental compreendermos o surgimento e as mudanças históricas da instituição hospitalar, passando pelas características econômicas e sociais da mesma durante a Idade Clássica, pois o hospital teve papel importante no nascimento da medicina social. Nesse sentido, será demonstrado como o hospital muda com o nascimento da episteme moderna do século XVII, que implicou em novas formas de discurso e práticas médicas, condizentes com os métodos científicos.

No capítulo 2, preocupa-se em discutir aspectos principais do paradigma sistêmico e seu contexto de surgimento a partir do século XX, percorrendo um caminho que expõe as fragilidades do paradigma mecanicista como modo de conhecer a realidade. O paradigma mecanicista sofre críticas, o que gera uma nova visão acerca dos fenômenos da vida, a partir do movimento organicista da biologia, desprezando um olhar para o organismo segundo explicações unicasais e objetivas.

O modelo biomédico do século XIX, cujas bases estão assentadas no método cartesiano, anula os conhecimentos desenvolvidos na medicina social do século XVIII. Um dos aspectos da referida anulação é o desprezo da consideração do ambiente como elemento primordial para conhecer os fenômenos do referido modelo.

Salientar-se-á também aspectos referentes às críticas ao paradigma mecanicista, cuja origem está na biologia, tendo o biólogo Bertalanffy (2006) como o principal idealizador. A referida compreensão é importante, pois traz o inédito processo criativo de autores que ofereceram uma crítica ao paradigma cartesiano que fragmenta. Ademais, tal entendimento teórico torna-se imprescindível para entendermos o quanto o SUS está permeado pela visão de complexidade que emerge da Teoria Geral dos Sistemas de Bertalanffy (2006). Para a Teoria Geral dos Sistemas, o conceito de sistema abrange uma explicação muito mais condizente com a complexidade dos organismos vivos.

Além disso, no capítulo 2 mostra-se o quanto o modelo biomédico considera os conceitos de saúde e doença como apartados de uma causalidade circular, em que fatores sociais e subjetivos são desprezados, tratando-se de estudar o que ocorre na realidade em seus aspectos

puramente biológicos. Entretanto, demonstrar-se-á como tais considerações conceituais mecanicistas mudam a partir do século XX a partir de conceitos inovadores de organizações internacionais e o quanto estas influências foram determinantes para a inovação no modelo de saúde do Brasil.

## **2. O PARADIGMA MECANICISTA A PARTIR DA IDADE CLÁSSICA**

### **2.1 Introdução**

Por meio de uma abordagem sociológica – no sentido que não busca entender o conceito de saúde como um fenômeno dado, natural, mas influenciado também por fatores sociais e econômicos – este capítulo abordará características fundamentais acerca das origens do paradigma mecanicista no período compreendido entre o século XVII ao século XVIII, discutido por Michel Foucault (2000) como Idade Clássica. Nesse sentido, é importante esclarecer que a abordagem adotada no presente capítulo está amparada numa perspectiva foucaultiana – que se contrapõe e critica determinadas perspectivas filosóficas e sociológicas – tais como o positivismo lógico – que consideram que o desenvolvimento científico (e suas práticas) segue uma trajetória linear e objetiva em direção à verdade, não sofrendo influências de fatores sociais no conteúdo de teorias e métodos científicos. Tal perspectiva, no presente capítulo, está amparada em uma abordagem que busca sempre dar ênfase às causas sociais em detrimento a uma analítica que repousa puramente sobre o indivíduo, abordando uma forma de conhecer que busca transcender o método da análise posto que o “conhecer” tem causas que são históricas, econômicas e sociais.

O objetivo da presente seção é abordar o paradigma ou episteme mecanicista no período após o gradual rompimento da episteme clássica, ou seja, após o surgimento da medicina social – saber que incorpora preocupações de saúde ligadas ao aparelhamento de Estado, a partir do século XVIII, e instituições como os hospitais. Abordar-se-á as características que levaram os hospitais a tornarem-se um lugar em que o saber científico pôde se desenvolver e o quão essas instituições foram importantes para o nascimento da medicina social – conceito que não pode ser separado de práticas estatais mais amplas, como as que aparecem no século XVIII, atravessadas por preocupações acerca da qualidade de vida das populações (FOUCAULT, 1998)

Devido a introdução de fatores sociais e econômicos na modificação do saber, do conceito e das práticas de saúde a partir do século XVII, abordar-se-á, no presente capítulo,

uma perspectiva de que o saber é formulado por verdades que dependem de uma construção social paradigmática para que possam efetivamente vingar. A saúde, desse modo, como fenômeno, aparece circunscrita no meio social.

A episteme clássica será trazida na presente pesquisa como o período de maior consagração do método analítico – introduzindo uma reorganização do saber médico, que incorpora novos objetos, conceitos e métodos, convenientes com a racionalidade da Ciência Moderna, composta pelo empirismo, dedutivismo e matemática. De modo a elucidar que as práticas de saúde contemporâneas vão além do paradigma mecanicista, o que não quer dizer que excluam o método analítico, através do paradigma sistêmico – é importante abordar as características do paradigma mecanicista. Tal abordagem é importante para compreender a saúde que nasce como um conceito baseado nas práticas do método analítico. Para isso, inicialmente, expor-se-á a influência do Renascimento para o nascimento das bases epistemológicas acerca do paradigma mecanicista posto que ele é o responsável pela transformação da visão de mundo, que culmina no desenvolvimento da Ciência Moderna, a partir do século XVII, que teve Descartes (1983) como seu principal idealizador filosófico.

O primeiro aspecto abordado pelo capítulo diz respeito ao rompimento gradual de uma visão de mundo predominantemente medieval através do período conhecido como Renascimento, que assenta o “terreno” para a origem das bases epistemológicas da Ciência Moderna. Posteriormente, são explanadas características do paradigma mecanicista em relação à sua emergência histórica, que inicia a partir do século XVI, principalmente, a partir das contribuições teóricas de Galileu, Descartes, Newton e Francis Bacon, que consagram uma grande inovação paradigmática nas explicações acerca da Sociedade Moderna Ocidental.

Explanar as características históricas fundamentais do paradigma mecanicista – ou episteme – ajudarão, no conjunto da dissertação, a estudar como o mesmo foi capaz de influenciar as formas de compreender os fenômenos de saúde, seus conceitos, métodos e suas práticas na sociedade. A influência dos paradigmas científicos, como o paradigma cartesiano e, posteriormente, o paradigma sistêmico, repercute na sociedade, inclusive no campo da saúde, e seu entendimento é importante devido a dois fatores-chave, quais sejam: o primeiro diz respeito ao fato dos paradigmas serem capazes de servir como norteadores de práticas, métodos e saberes da sociedade de modo geral; o segundo refere-se ao fato de que o entendimento do paradigma mecanicista pode levar a uma reflexão acerca das mudanças efetivadas, em termos históricos, em direção ao paradigma sistêmico na sociedade como um todo, inclusive no campo da saúde pública. O paradigma influencia as mais diversas áreas da sociedade, desse modo, é capaz de orientar práticas de saúde também, que dependem da Ciência para que possam obter êxito.

Refletindo acerca da episteme, que norteou o saber e as práticas de saúde durante a Idade Clássica, abordar-se-á as principais condições históricas e sociais que possibilitaram o aparecimento do paradigma mecanicista. Explanar-se-á, já na segunda secção deste capítulo, o nascimento da medicina social, já no século XVIII, como um saber que rompe gradualmente com uma abordagem analítica dos fenômenos como a saúde, bem como a respeito dos principais mecanismos que possibilitaram o seu surgimento, como os hospitais, e, muito brevemente, o aparecimento de uma nova técnica de organização terapêutica – a disciplina.

## 2.2 O paradigma mecanicista: Sociedade, Ciência e Método

O período que antecedeu o Renascimento, conhecido como Idade das Trevas (século V ao século XV) foi caracterizado pelo domínio das doutrinas religiosas em detrimento do sujeito. Devido a isso, foi considerado um período de pouco avanço em relação a descobertas científicas e de pensamento. Nesse contexto, apenas o clero tinha acesso ao conhecimento, que era, até mesmo, proibido ou restringido através de medidas da Igreja, por considerá-lo ameaçador em virtude da possibilidade de mudança da ordem de poder na sociedade que as descobertas acerca do universo poderiam causar (ANDRADE, 1979)

A emergência do pensamento cartesiano teve influência no paradigma anatomoclínico, que influenciou nas bases da medicina científica, desenvolvida conforme os preceitos do paradigma mecanicista, principalmente a partir dos estudos dos campos das ciências que se desenvolveram até meados do século XVII, como a matemática, a astronomia e a física, tendo como principais teóricos anunciadores Galileu, Newton, Descartes e Bacon. Segundo as concepções destes pensadores, que fundam o método analítico, o corpo humano, visto segundo uma máquina e exposto ao método experimental de pesquisas, é explicado por meio de máxima objetividade<sup>1</sup>. A respeito da universalidade do método analítico como a principal forma de conhecer os fenômenos Foucault tem uma contribuição importante:

Nesse sentido, a análise vai adquirir bem depressa valor de método universal; e o projeto leibniziano de estabelecer uma matemática das ordens qualitativas se acha no coração mesmo do pensamento clássico; é em torno dele que gravita todo esse pensamento. Por outro lado, porém, essa relação com a *máthêsis* como ciência geral da ordem não significa uma absorção do saber nas matemáticas nem que nelas se fundamente todo o conhecimento possível; ao contrário, em correlação com a busca de uma *máthêsis*, vê-

---

<sup>1</sup> Todos os pressupostos e hipóteses médicas devem ser passíveis de testes e estar expostos à objetividade para serem considerados fenômenos reais, posto que a medicina traduz a racionalidade científica da Ciência Moderna. Somente quando expostos à quantificação e observação, os fenômenos patológicos passam a serem considerados fatos clínicos. Na busca pelos fatos clínicos, o médico busca decodificar o discurso do doente considerando os modelos conceituais de doenças que conhece para produzir diagnóstico (HELMAN, 1994).

se aparecer um certo número de domínios empíricos que até então não tinham sido nem formados nem definidos (FOUCAULT, p. 1, 2000).

O “espírito do tempo” inaugurado pelo método cartesiano, é conhecido por Foucault como episteme clássica, cuja ocorrência remonta aos séculos XVII até o século XVIII. Por volta do século XVIII a episteme entra em um novo processo de mutação, na Europa. Os paradigmas – ou epistemes – são capazes de nortear, em grande medida, a nossa visão acerca do mundo. Para Foucault (2000, p. 4) “o fundamental, para a episteme clássica, não é nem o sucesso ou o fracasso do mecanicismo, nem o direito ou a impossibilidade de matematizar a natureza, mas sim uma relação com a *máthêsis*<sup>2</sup> que, até o fim do século XVIII, permanece constante e inalterada”.

Pode-se dizer que a primeira mudança epistêmica importante na história foi preparada a partir do século XVII, tanto que hoje é difícil imaginar um mundo diferente daquele caracterizado pelo domínio da técnica e da Ciência<sup>3</sup>. O Renascimento – período definido entre meados do século XIV e final do século XVI – somente foi capaz de preparar o nascimento da Ciência Moderna, saída das mãos de Galileu, Copérnico Descartes e Newton. É o início do século XVII, após a publicação do livro “O discurso sobre o método”, de René Descartes (1983), que marca o verdadeiro início de uma Revolução Científica que marcou a história da humanidade.

No medievo feudal, as pessoas acreditavam que a terra estaria em um plano inferior ao céu devido ao mundo ser ordenado segundo a hierarquia de Deus. Esta perspectiva mudou com o ceticismo, fecundidade das observações e experimentos desenvolvidos no Renascimento, mas não sem forte oposição por parte da Igreja. O dogma religioso detinha muito poder na época, causando receio em muitos pensadores à frente daquele tempo, cujos trabalhos não eram publicados devido à censura eclesiástica. Isto se deu porque a Igreja detinha papel social fundamental e acreditava que a observação astronômica não poderia suplantam a fé (ANDRADE, 1979).

Em tempos medievais, os médicos formados no leste islâmico e no oeste cristão praticavam a medicina com base nos ensinamentos dos antigos gregos. Dois exemplos de importantes médicos medievais foram Hipócrates e Galeno, que contribuíram para desenvolver o conhecimento do corpo humano. Hipócrates, considerado o “pai da medicina”, recebeu

---

<sup>2</sup> A *Mathesis* é o conceito que agrega um método capaz de explicar todos os domínios do conhecimento, como a matemática.

<sup>3</sup> Para Luz (1988), a Ciência, e, na presente pesquisa a Ciência Moderna, está condicionada por fatores também sociais no que diz respeito às considerações do que é possível considerar como verdadeiro. Ela não nasce apartada de saberes constituídos segundo determinada episteme histórica.

influência, principalmente, de Sócrates, fundamentando sua teoria médica segundo quatro humores corporais (bílis amarela, bílis negra, sangue e fleugma) que, uma vez desequilibrados, levariam a estados de doença e dor (CAPRA, 1982).

Fortemente influenciadas pelo tratamento de doutores na Antiga Atena, a medicina hipocrática e a medicina galênica eram fracas, pois tratavam o corpo humano como sagrado e o honravam, abstendo-se de dissecá-lo devido às proibições da Igreja Católica Romana. De fato, a Igreja acreditava que o corpo pertencia a Deus e não ao homem. Porém, a oposição eclesiástica referente à dissecação lentamente desapareceu nos tempos medievais, dada a emergência de doenças, como a peste negra, no século XIV, que fez com que o papado realizasse autópsias para saber a causa da peste (PORTER, 2008).

A concepção de mundo medieval começou a dar sinais de esgotamento quando Nicolau Copérnico afirmou que o sol não girava em torno da terra, mas que era apenas um astro em meio a tantos outros. Nicolau destruiu crenças tradicionais de modo gradual. A destruição não ocorreu somente através das afirmações de Nicolau, mas também por meio do pensamento de Galileu Galilei, René Descartes, Francis Bacon, Isaac Newton, entre outros, cujo tema central era a valorização da natureza (*Physis*), do homem e o primado da razão.

Através do telescópio, Galileu Galilei demonstrou que a terra não era o centro do universo, rompendo com a visão aristotélica baseada em um universo finito e imutável. A este respeito, salientou Descartes (1983, p. 13): “Galileu aperfeiçoara um telescópio que permitiu a descoberta das manchas solares, do satélite de Júpiter e do relevo lunar”. Galileu Galilei tornou-se, em razão de suas observações do universo, um dos maiores astrônomos já conhecidos.

A herança do Renascimento como um período de ampliação de novas descobertas do mundo também se impôs ao pensamento de René Descartes. Porém, Descartes e o Renascimento tinham uma diferença fundamental: o Renascimento admitia que o pensamento fosse incerto e não necessariamente atrelado à formulação metodológica do conhecimento<sup>4</sup>. Do mesmo modo que no Renascimento, encontrou-se, no método cartesiano, a recusa às concepções escolásticas e a busca pela razão e a observação. Descartes fundou um método de conhecer baseado na razão, método que julgava confiável, posto que não admitia um conhecimento que não estivesse atrelado a um saber seguro e verdadeiro. Mais exatamente,

---

<sup>4</sup> O conhecimento é constituído por discursos sobre objetos. Já o saber está ligado ao conceito de poder. O saber admite a construção de enunciados coerentes ou não, o que não ocorre a partir da Idade Clássica através do discurso cartesiano da razão. A razão dá lugar a uma nova ordem de mundo. O conhecimento antes do nascimento da Ciência não dependia de uma metodologia. Porém, a Ciência depende, fundamentalmente, do saber. Nestes termos, o saber não se vincula necessariamente a um estatuto epistemológico de verdade uma vez que ela está relacionada a um discurso socialmente aceito em determinado contexto histórico. Desse modo, a verdade estaria ligada à “episteme” vigente na história (FOUCAULT, 1977).

Descartes criou o método de conhecimento racionalista, que tem a razão como o método seguro e capaz de levar a Ciência até a “verdade”, cujo alcance deu-se por meio do abandono dos preconceitos.

No campo da arte, sábios renascentistas ilustres, como Leonardo da Vinci, já concebiam um mundo em que a observação e a matemática estavam presentes. Esta última foi uma estratégia<sup>5</sup> de produzir um saber que escapasse à oposição eclesiástica, que desprezava a observação e firmava-se, principalmente, na especulação (SHORTO, 2013).

A resistência eclesiástica acerca das publicações científicas não foi encontrada somente em relação à matemática, mas também no que diz respeito às observações do mundo, que eram vistas como tolice. Pensadores chegavam a afirmar que a observação não poderia garantir segurança, dadas às muitas exceções relativas aos fenômenos que poderiam ser encontradas (SHORTO, 2013).

As rejeições ao método da observação não se estenderam para as práticas de saúde do período renascentista posto que Hipócrates fundou uma arte de curar baseada no método da observação, dando importância ao diagnóstico, ao prognóstico e à terapêutica como processos a serem desenvolvidos a partir dele. Já Galeno derivava suas concepções de cura segundo uma visão aristotélica, baseada em elementos como terra, ar, fogo e água; e na existência de dois tipos de sangue usados pelo corpo. A cura envolvia o sacrifício através do método evasivo, quando não letal, da sangria, que consistia em purgar o sistema pelo esvaziamento do estômago, dos intestinos ou das partes do sangue “impuro” (SHORTO, 2013).

O método analítico, fundado por Descartes, serviu como uma barreira para as explicações religiosas, como bem atesta a seguinte afirmação (DESCARTES, p. 10, 2001) “Se a vida não é mais que a matéria, que se acautelem a alma, a imortalidade e o poder clerical”. A verdade cartesiana, que seria encontrada através do método analítico, preconizada por Descartes, não dava lugar para as explicações da Igreja. Por isso, aos poucos a Igreja perde terreno para explicações sobre o mundo no século XVII, uma vez que método analítico é transposto para a matemática.

Como estratégia para diminuir a influência eclesiástica na formulação do conhecimento, a matemática serviu como uma espécie de código científico secreto para as novas explicações acerca da natureza. O método analítico, na matemática, se refere à decomposição das funções mais simples até chegar às mais complexas. A respeito disso, assim escreveu Galileu (DESCARTES, 1983, p. 15): “a natureza é um livro escrito em linguagem matemática e para

---

<sup>5</sup> A palavra tem origem no termo grego *strategia*, que significa plano, manobra, tática para alcançar um resultado almejado.

compreendê-la é necessário apenas aprender a ler esta linguagem”. Para Descartes, a matemática era o método primordial para chegar até a verdade sobre os fenômenos do mundo.

O nascimento do código matemático de explicação da natureza culminou na hierarquização entre a matéria e a alma e a posterior separação entre a mente e o corpo. Entretanto, o pensamento analítico não impôs uma separação, mas uma visão de que a mente e o corpo se relacionavam, como instâncias que deveriam ser consideradas numa hierarquia para melhor compreendê-las através do método da razão. A mente permaneceria como um conceito ligado à religião, e desse modo, estaria afastada do método científico, que remete às noções de separação entre objetividade e subjetividade. O dualismo entre corpo e alma separava o pensamento do corpo, dado que a mente representava o espírito de Deus, e, portanto, subjetividade não pertencente ao método analítico. Já o corpo representava a matéria objetiva e análoga à máquina, não sujeita a especulações religiosas.

Para Descartes, devotar-se-ia como verdade somente aquilo que se mostrava inteiramente acessível pela evidência e passasse pelo crivo da dúvida sistemática, ou seja, os preconceitos deveriam dar lugar às interrogações, que conduziria o pensamento para verdades confiáveis. Em verdade, a indagação, para Descartes, deveria alcançar todos os objetos do mundo. Até mesmo os sentidos deveriam ser desprezados, como claramente aponta na passagem: “Mas, ainda que os sentidos nos enganem às vezes, no que se refere às coisas pouco sensíveis e muito distantes, encontramos talvez muitas outras, das quais não se pode razoavelmente duvidar” (DESCARTES, 1983, p. 169).

O pensamento de Descartes, aos poucos, alcança os mais diversos âmbitos da sociedade. Ao desenvolver seu racionalismo analítico, Descartes também o estende à medicina, como bem expõe Descartes (1983, p. 15.): “... inseri alguma coisa de metafísica<sup>6</sup>, de física e de medicina no primeiro discurso para mostrar que o método se estende a todos os tipos de matérias”. Em sua hierarquização entre corpo e mente, influenciou as mais diversas áreas, bem como a forma como o corpo era estudado e alvo de intervenção. Teórica e empiricamente, os médicos passam a utilizar o método de análise na busca de doenças e na forma de tratamentos, começando pelas informações mais simples até chegar ao entendimento de maior complexidade.

Descartes acreditava que seria capaz de impedir o processo que leva a morte do organismo caso fossem conhecidas todas as “peças” e “leis” que compunham o funcionamento da “máquina humana”. Quando da publicação do livro “O Discurso sobre o Método”, no qual inaugura o método racionalista, Descartes estava preocupado com o avanço da sociedade, uma

---

<sup>6</sup> Metafísica é o que está além da natureza do “real”. As discussões metafísicas não são ocupações da ciência, uma vez que não se pode capturar o que está além da natureza através do método científico.

vez que questionava seu não progresso no paradigma medieval. Nos termos de Shorto (2013, p. 36), Descartes estava em busca de uma filosofia que agarraria o mundo pela garganta e produzisse “homens senhores e mestres da natureza”.

Em contraste com o método cartesiano, Francis Bacon, um dos mais argutos proponentes do método empirista de conhecimento, desenvolveu uma ciência taxonômica<sup>7</sup> e qualitativa, fundada no método de conhecimento indutivo, em que a verdade, fundamentalmente, estaria ligada aos objetos da experiência. A máxima, como proposta por Platão, de que “conhecer é recordar”, não é trazida pelo empirismo posto que este formula proposições teóricas através da observação; e, nesse caso, os sentidos, tais como a visão, o tato e o olfato, têm papel fundamental – premissa que foi ignorada pelo método cartesiano quando Descartes afirma “ainda que nossos sentidos nos enganem às vezes”.

Claude Bernard, médico fundador da fisiologia moderna, formulou a seguinte frase: “Para encontrar a verdade, basta que o cientista se ponha em frente à natureza e interroge o método experimental com a ajuda de meios de investigação cada vez mais perfeitos”, salientando o quanto o método analítico influenciou o nascimento da biologia e, posteriormente, da medicina, fazendo com que o organismo fosse reduzido à categoria de objeto científico. Desse modo, cabe ao cientista intervir na realidade com sua capacidade cognitiva e produzir um conhecimento que independe de seus sentidos de observação e da capacidade do objeto em se mostrar na sua inteireza. Basicamente, Claude Bernard tentou estabelecer uma metodologia de experimentos para a biologia, da mesma forma que as leis aplicadas aos fenômenos químicos e físicos (JANCZUR, 2015).

O empirismo preconizava que somente era possível conhecer os objetos por meio da observação sistemática, que, posteriormente, levaria a proposições generalistas acerca dos fenômenos, possibilitando, com isso, o controle da natureza. Por meio, principalmente, do controle das partes em movimento da natureza, percebe-se uma recusa às especulações eclesiásticas acerca da verdade (SHORTO, 2013).

Isaac Newton consolida o pensamento de Copérnico, Galileu, Descartes e Bacon, dando origem ao modelo físico de explicação da realidade, fomentado pela criação da lei da inércia e da gravitação universal<sup>8</sup>, que destacava a tendência do corpo a permanecer em movimento a menos que uma força agisse sobre ele – pensamento que inaugura uma forma de compreender os fenômenos segundo uma dinâmica linear.

---

<sup>7</sup> Taxonomia é a ciência da classificação. As explicações dos fenômenos estão contidas também nos aspectos qualitativos, não somente nos quantitativos, como pensou Galileu.

<sup>8</sup> A gravitação é a força que atrai todas as partículas de massa no universo.

Newton criou a física clássica<sup>9</sup> ao juntar o método dedutivo<sup>10</sup> e o método indutivo<sup>11</sup>, sendo a parte da física que se ocupa do movimento de forças e da energia. A física clássica foi importante na consolidação do paradigma mecanicista do universo, consagrando um saber no qual todos os fenômenos foram explicados segundo causas mecânicas lineares, isto é, a partir de causas únicas. Aos poucos, a noção do mundo como um relógio, composto por um mecanismo sistemático e autorregulado por leis, tomou forma; e o corpo também passou a estar ligado à ideia de mecânica, na qual a dinâmica de reparo funcionava conforme leis da física clássica (SCHWARTZ, 1992).

O advento da mecânica newtoniana influenciou o modo como o corpo humano foi estudado e as práticas de saúde uma vez que seus princípios foram trazidos para olhar o corpo em termos numéricos, de peso e de medida. As leis da mecânica subscreviam a investigação anatômica segundo suas leis, e os anatomistas descobriam a relação dos organismos com mínimas estruturas como um sistema de vasos, tubos e fluidos (PORTER, 2008).

Pesquisadores convencidos de que as leis da física forneciam as bases para a compreensão do corpo humano, como Giovanni Borelli de Pisa, passaram a estudar o comportamento celular, respostas neurais, as secreções das glândulas, a respiração e a ação do coração (PORTER, 2008). A estimulação dada pelo paradigma mecanicista<sup>12</sup> não parou tão cedo, uma vez que os médicos tinham tudo a ganhar com a ciência.

A exploração dos recônditos do corpo humano despertou um fascínio ao longo do século XVII, fazendo com que a medicina avançasse cada vez mais em direção ao conhecimento do corpo humano. O mecanicismo<sup>13</sup>, como a base de todas as funções corporais, pode ser verificado através de um dos ramos da fisiologia, chamada iatromecânica, que se desenvolveu no século XVII. Por outro lado, os iatroquímicos explicavam o corpo humano em termos alquímicos.

---

<sup>9</sup>A física clássica, que consolida o método indutivo e dedutivo, nasce com a mecânica de Isaac Newton. É a parte da física que se ocupa do movimento de forças e da energia.

<sup>10</sup> O método dedutivo ocorre quando as premissas formuladas não necessitam da observação dos fenômenos para se sustentarem pois “todo conhecimento já está dado, a priori, nas estruturas cognitivas”.

<sup>11</sup> O método indutivo parte das observações particulares a fim de produzir conhecimento. Dadas as limitações acerca do conhecimento de todos os fenômenos da realidade, tal método é alvo de críticas, principalmente por Karl Popper, devido a impossibilidade da verificação de todos os fenômenos por meio de observações particulares, o que levaria as conclusões a serem sempre maiores do que as premissas.

<sup>12</sup> Importante salientar que as noções de política médica, a partir do século XVIII, já retiravam, progressivamente, a doença do exclusivo âmbito do biológico ou do “natural”.

<sup>13</sup> Para o mecanicismo, o universo é uma grande máquina submetida a uma ordem de causalidade linear. Trazendo para o campo da saúde, a compreensão das doenças, para o mecanicismo, diz respeito a um defeito na grande máquina do corpo humano. A determinação causal desse defeito seria feita analiticamente através de um único fator patológico.

A medicina pré-moderna, que tinha como precursores os alquimistas árabes, já se baseava na alquimia para explicar algumas funções corporais. Contudo, o avanço dá-se efetivamente com Paracelso, que praticou a alquimia como ciência (PORTER, 2008).

O paradigma mecanicista obteve seu primeiro êxito na biologia quando Giovanni Borelli, fisiólogo, físico e matemático italiano, contribuiu para a investigação científica moderna, por meio da observação, à maneira de Galileu, sobre os satélites de Júpiter, os componentes do sangue e a ação muscular. Porém, o grande avanço ocorreu quando, já no século XVII, o Modelo Mecanicista obteve êxito em experimentos da biologia e da medicina, como os estudos sobre a circulação sanguínea de William Harvey. Contrariando o aristotelismo<sup>14</sup>, Harvey concluiu que a quantidade de sangue bombeada para fora do coração a cada minuto não era consumida pelo corpo, fazendo com que o centro do sistema circulatório fosse do fígado para o coração (CAPRA, 1982).

A partir do século XVII (episteme clássica), a filosofia mecânica, que via o corpo como uma máquina, com suas alavancas, dentes de roda, roldanas e assim por diante, permitiu conhecer as partes do corpo em profundidade (PORTER, 2008). Um exemplo de avanço científico trazido pelo paradigma mecanicista foi a descoberta das células, no século XVII, por Robert Hooke, que descreveu várias estruturas vistas através do microscópio. A sofisticação tecnológica, como o melhoramento do microscópio, teve papel central no avanço das práticas de saúde uma vez que este foi capaz de aperfeiçoar a anatomia<sup>15</sup> e a fisiologia<sup>16</sup> (PORTER, 2008).

Em verdade, assim como o paradigma mecanicista fragmentou as práticas e o próprio saber, dado o seu método analítico<sup>17</sup>, ele trouxe enormes avanços no que consiste ao detalhamento dos mecanismos moleculares. O conhecimento das mínimas partes do corpo humano, como as células, em suas mais diversas funções, foi possibilitado pelo nascimento do método analítico. Por outro lado, a noção do organismo como um todo foi reduzida (CAPRA, 1996).

---

<sup>14</sup> Aristóteles acreditava que a natureza e a matéria são sistemas que sofrem mudanças dinâmicas. Segundo a filosofia aristotélica o mundo está dividido em quatro elementos: terra, água, fogo e ar.

<sup>15</sup> A anatomia é um campo da biologia que estuda os sistemas do corpo humano.

<sup>16</sup> A fisiologia é um dos ramos da biologia que se dedica ao estudo dos mecanismos químicos, mecânicos e físicos do corpo humano.

<sup>17</sup> O método analítico consiste em decompor os objetos em quantas partes forem necessárias para melhor compreendê-los. Do ponto de vista da ciência médica, as doenças possuem uma dimensão empirista na medida em que são classificadas segundo uma relação causal, determinada por um mecanismo patológico determinado. O pensamento analítico precisa encontrar o correspondente da afirmação na realidade, isto é, o que não é possível de ser objetivado, tal como alguns tipos de sofrimentos que não possuem ligação a uma causa ou lesão específica é considerado exceção ao modelo biomédico.

Pode-se dizer que o método científico da medicina encarnou o paradigma mecanicista vinculando-se a uma racionalidade que caminha no sentido da mais pura objetividade. Graças ao método analítico, os médicos passaram a se dedicar ao corpo, e os psiquiatras, à mente. Além da fragmentação entre o corpo e a mente, houve a fragmentação do próprio corpo, com a medicina tornando-se cada vez mais especializada ao longo do século XX. Embora o conhecimento das partes do corpo fosse muito importante e tivesse permitido consideráveis avanços no que consiste à descoberta dos fatores patológicos e tecnologias médicas, nas palavras de Capra (1982, p. 130), a “medicina investiga as causas de uma doença, busca intervir nos mecanismos biológicos que levaram a ela, uma vez que para cada doença existe um mecanismo chave que domina todos os outros”. A consideração de um único mecanismo chave, segundo uma causalidade linear, está relacionada com a vigência do paradigma mecanicista.

O mecanicismo influencia as práticas de saúde à medida que a visão do ser humano, objeto da medicina moderna, assenta-se nos experimentos da Ciência, como a lógica, análise, dedução e matemática para moldar a terapia e a cura. Segundo a concepção mecanicista, à medicina cabe descrever o funcionamento objetivo da natureza do organismo, tal qual um relógio composto por partes cuja mecânica é encontrada por meio da razão. O corpo, enquanto uma experiência de laboratório, fruto da medicina cartesiana, é facilmente dividido em quantas partes forem necessárias até chegar à célula (CAPRA, 1982).

O auge do pensamento mecanicista ocorreu na segunda metade do século XIX, com a descoberta do microscópio, por Antoni Van Leeuwenhoek, fabricante de óculos, nos Países Baixos<sup>18</sup> e estudado por Robert Hooke, que descreveu várias estruturas vistas através do microscópio. Ademais, no século XIX, Pasteur e Kock provaram que as doenças eram produzidas por um agente microbiológico, o que significou a objetivação das formas de conhecer um organismo. A partir dessa descoberta científica, a medicina tornou-se uma ciência moldada a partir do método cartesiano, o que levou a pensamentos de que poderia controlar todas as doenças à medida que descobrisse todos os agentes patológicos que poderiam estar envolvidos na cura. A partir disso, as diversas funções do organismo foram vistas somente conforme suas células, perdendo a noção sistêmica do mesmo (CAPRA, 1996).

A sociedade foi a tal ponto influenciada pelo pensamento de Descartes que assim argumenta Shorto (2008, p. 224) “o surgimento da Ciência Moderna do século XVII; do Iluminismo, no século XVIII; da Revolução Industrial, no século XIX, da decifração do cérebro

---

<sup>18</sup> Os Países Baixos são também conhecidos como Holanda. O nome País Baixo originou-se porque mais de um quarto do país está abaixo do nível do mar e a Holanda é dividida em 12 províncias. É uma nação localizada na Europa Ocidental.

– tudo isso é cartesiano”. Tais fatos mostram que o pensamento cartesiano foi capaz de descortinar um novo universo à frente, através da destruição de crenças tradicionais. Nestes termos, o cartesianismo funda um paradigma preocupado com a objetividade e com a construção de um saber seguro e confiável a tal ponto sedimentado na modernidade que tudo deve passar pelo crivo da racionalidade para ser considerado válido.

Outro relevante impacto social do pensamento cartesiano diz respeito à fundação da subjetividade individual por meio do cogito cartesiano, que suplanta explicações baseadas em dogmas eclesiásticos ou Estatais em prejuízo do sujeito. Shorto indica a Sociedade Moderna como o resultado do pensamento cartesiano, bem como de todas as implicações e resultados que ela implica em termos de desenvolvimento ou débitos sociais. Nestes termos assim escreveu Shorto (2008, p. 223), "se for justo atribuir a uma única pessoa o crédito da modernidade, ou a culpa pelos problemas dela advindos, Descartes é o primeiro candidato".

### 2.3 A medicina social a partir do século XVIII: rompimento da episteme clássica

O pensamento, a partir do Renascimento, para Foucault (2000), significou a episteme clássica (século XVII até XVIII), em que Descartes foi um dos principais precursores. Importante salientar, para a compreensão da presente pesquisa, a diferença em relação à episteme clássica e à episteme moderna – esta última data do século XIX até o século XX. Nos termos de Foucault (p. 47, 2002) “os últimos anos do século XVIII são rompidos por uma descontinuidade simétrica àquela que, no começo do século XVII, cindira o pensamento do Renascimento”.

O aparecimento da medicina social ocorre juntamente com o Estado Moderno na Alemanha, principalmente devido à fragmentação do Estado alemão em meados do século XVIII. O deslocamento da intervenção médica da doença para o meio ambiente, deu-se, principalmente, em virtude do aparecimento dos surtos epidêmicos do século XVIII. As epidemias fazem o Estado atuar sobre as doenças de modo coletivo, o que marcou o surgimento da medicina social (Foucault, 1998).

A mudança que incidiu na história da medicina a partir do nascimento da episteme clássica (séculos XVII a XVIII), deu-se a partir da incorporação de métodos e saberes, ou seja, a partir da mudança epistêmica ou de paradigma, que modificam os conceitos utilizados, que são incorporados pelas práticas de saúde. A partir do século XVII, a especulação foi sendo substituída pela prática do caso a analisar, pela recolha de casos, pela aprendizagem clínica sobre um caso concreto (CLAVREUL, 1978). Segundo Foucault (p. 184, 1977), o método da

anatomia é a análise, como bem explica na seguinte passagem “o método da nova anatomia é, como o da clínica, a análise”.

O mecanicismo (século XVII) propôs um modelo teórico para certos domínios do saber como a medicina ou a fisiologia, numa consideração de matematização da natureza, que aparece a partir da astronomia e da física. Porém, o saber clássico incorpora o mecanicismo, mas não é limitado somente por ele. Explicando toda a relação que o mecanicismo tem com o saber clássico, Foucault critica a tentativa de explicar todos os fenômenos por meio da influência cartesiana.

Sob as palavras vazias, obscuramente mágicas de “influência cartesiana” ou de “modelo newtoniano”, os historiadores das idéias têm o hábito de misturar essas três coisas e de definir o racionalismo clássico pela tentação de tornar a natureza mecânica e calculável. Os outros — os semihábéis — esforçam-se por descobrir sob esse racionalismo o jogo de “forças contrárias”: aquelas de uma natureza e de uma vida que não se deixam reduzir nem à álgebra nem à física do movimento e que mantêm assim, no fundo do classicismo, o reduto do não-racionalizável. Essas duas formas de análise são, uma e outra, igualmente insuficientes (FOUCAULT, p. 1, 2000)

Foucault (1977), que compreendeu os conceitos de saúde-doença em relação ao contexto histórico em que emergem, afirma que o rompimento gradual da episteme clássica foi capaz de transcender o método analítico. Como explicado na seção anterior do presente capítulo, o aparecimento de uma nova episteme, a partir do século XVII, condiciona o surgimento de novos saberes, conceitos e métodos que atuam sobre a prática de saúde.

A mudança de episteme é capaz de modificar toda a forma de organização dos saberes, métodos e práticas vigentes em determinada época histórica, podendo ser comparada ao conceito de paradigma de Kuhn. Mesmo havendo diferenças substanciais entre os conceitos de paradigma e episteme, a semelhança é que ambos assumem que há uma descontinuidade histórica.

Já chegara, no século XVIII, à consideração de que a saúde e a doença não emergem como conceitos separados da episteme histórica. Foucault (1998) expõe a história do nascimento da medicina social uma vez que permite compreender que o paradigma mecanicista já dava sinais de esgotamento, no sentido de ir além de um caráter puramente biológico, com o nascimento da medicina social e, portanto, coletiva, a partir do século XVIII, em que a mobilização alemã em torno de conhecimentos sobre o funcionamento geral político leva ao desenvolvimento de um conhecimento estatal, dando origem a uma medicina extremamente estatizada, conhecida como polícia médica.

Experimentos nos corpos, no século XVIII, levantaram a questão a respeito do organismo vivo ser uma máquina ou algo diferente. Devido a tais questionamentos,

investigadores começaram a propor questões mais abrangentes sobre a vida, até mesmo abrangendo questões sobre a qualidade de vida. Georg Ernst Stahl, químico e físico alemão, contribui nos argumentos de que as ações humanas não poderiam ser completamente explicadas em termos mecanicistas, afirmando que o todo é maior do que a soma das partes (PORTER, 2008).

Como bem assinala Foucault (1998, p. 226), a partir do século XVIII, houve “uma nova definição do estatuto do doente na sociedade e a instauração de uma determinada relação entre a assistência e a experiência, os socorros e o saber: foi preciso situar o doente em um espaço coletivo e homogêneo”. O pensamento do referido autor aborda o tecido das determinações que constituem os fenômenos segundo o “que é tecido junto”. Por meio das suas reflexões sobre a medicina social, o mesmo situa o doente em um espaço agora coletivo e homogêneo, incorporando um novo saber por meio do hospital e pela reorganização dos saberes e das práticas médicas condicionadas pela mudança no sistema de poder, em que os religiosos foram substituídos por médicos e opera a introdução da técnica da disciplina.

As técnicas, métodos e conceitos compartilhados por uma comunidade científica, não são neutros, mas fruto da episteme vigente. Desprezando a pretensa racionalidade dos métodos científicos na busca da “verdade”, Foucault (1974), nega o conceito de Ciência como um avanço em relação a métodos, associando-a – e a construção de verdades – ao sistema de poder vigente em determinada época histórica. Trazendo a reflexão para o campo da saúde, as condições de dependência de técnicas médicas, métodos e conceitos não possuem neutralidade quanto ao contexto em que emergem, inaugurando uma compreensão mais abrangente sobre a sociedade e o contexto em que as práticas de saúde ocorrem.

O paradigma mecanicista, situado simplesmente na preocupação individual ou biológica, é alargado, como demonstram as novas formas de consideração do doente, agora situado em um espaço coletivo, a partir do surgimento da medicina social. Constata-se, a partir da exposição histórica, que a reorganização do saber e das práticas médicas foram influenciadas com o surgimento do hospital a partir do século XVIII, sendo, portanto, fenômenos não estáticos, no sentido que entendem a doença como um objeto condicionado e condicionante de fatores também sociais, econômicos e/ou institucionais.

A medicina científica do século XVIII delineou a problemática da saúde em torno de registros individual e coletivo, em que o saber<sup>19</sup> deixa de configurar-se somente sobre o corpo

---

<sup>19</sup> O saber, para Foucault, pressupõe a existência de relações de poder e vice-versa. Nesse sentido, o saber não significa o pano de fundo da busca de uma verdade científica uma vez que a sua construção independe de uma

individual e resgata também o discurso<sup>20</sup> sanitário e social sobre o corpo coletivo, iniciado a partir da descoberta dos surtos epidêmicos. De fato, o surgimento da medicina social será importante na medida em que possibilita a incorporação do saber médico pelo Estado e possibilita preocupações em torno da saúde coletiva.

Para compreender a novidade introduzida pela medicina moderna, desenvolvida a partir do século XVIII, Foucault (1977) a associa ao contexto histórico, argumentando que a mesma não é modificada devido ao avanço de métodos e práticas neutros já existentes em seu interior. Nesse sentido, os métodos não surgem simplesmente como métodos, mas, também, como estratégias.

Foucault (1998) argumenta que, após a emergência da sociedade capitalista, a saúde passa a incluir necessariamente as condições coletivas, não sendo mais possível conceber a existência da saúde dos sujeitos separada das condições sanitárias da sociedade. Assim, após a emergência do capitalismo, a medicina deixa de lado suas preocupações puramente individuais e torna-se uma medicina social e coletiva, contrariando a ideia de que com o nascimento da sociedade capitalista a mesma torna-se um saber cujo foco está concentrado analiticamente no indivíduo, desvinculadas de preocupações mais amplas. Assim, é justamente com o aparecimento do capitalismo que as preocupações se tornaram coletivas. Foucault refere-se à influência de fatores econômicos quando argumenta “tampouco se trata de um fenômeno recente, pois desde o século XVIII a medicina e a saúde foram apresentadas como problema econômico”.

Numa ciência como a medicina, por exemplo, até o fim do século XVIII, temos um certo tipo de discurso cujas lentas transformações – 25, 30 anos – romperam não somente com as proposições verdadeiras que puderam ser formuladas, mas principalmente com a maneira de ver e falar, com todo um conjunto de práticas que serviam de suporte à medicina. Não são somente novas descobertas, é um novo “regime” no discurso e no saber. É algo que não se pode negar a partir do momento em que se lê os textos com atenção. Nesse nível não se trata de saber qual é o poder que age do exterior sobre a ciência, mas que efeitos de poder circulam entre os enunciados científicos, como e por que em certos momentos ele se modifica de forma global (FOUCAULT, p. 39)

A formação do saber médico, conformado pelo paradigma ou a episteme histórica, pode ser modificada em certos momentos de forma global, segundo Foucault (1977), permitindo um novo regime no discurso e no próprio saber, como as mudanças ocorridas a partir do século

---

linearidade para se desenvolver, mas está condicionado por elementos históricos e sociais, como o poder vigente, que o condiciona e é condicionado por ele.

<sup>20</sup> O discurso não significa somente os enunciados, mas também práticas discursivas. No que consiste à medicina, portanto, o seu discurso conforma também a clínica, que inaugura um novo discurso justamente pela introdução de novos métodos, como a observação, o registro, o experimento, dentre outros.

XVII, após a Revolução Científica. A mudança epistêmica permitiu à medicina tornar-se científica, com todas as consequências em termos de incorporação de métodos, práticas e discursos, na medida em que a sua Ciência, neste caso a médica é consolidada pelo “ethos” capitalista, comprometendo-se excessivamente com ele.

A medicina surgiu como uma prática hospitalar, no final do século XVIII, por exigências econômicas (FOUCAULT, 1974, p 187). O referido autor cita a medicina científica como uma ciência que rompe com a saúde<sup>21</sup> e vira hegemônica, vendo a doença como um problema eminentemente econômico, a partir do século XVIII. Esse é o motivo citado como a principal causa de suas críticas à medicina, dirigidas, principalmente, em razão de acusá-la de ser insensível às causas sociais relacionadas às doenças.

No livro “Microfísica do Poder”, o qual é de muita valia para estudos da área de Ciências da Saúde, Foucault associa a medicina científica ao contexto histórico em que emerge – nesse caso, o contexto capitalista – incorporando um novo saber e firmando-se por meio de instituições<sup>22</sup>, como os hospitais. Os hospitais permitiram às práticas médicas a modificação de seu saber por meio de uma nova forma de organização interna.

As mudanças que implicaram no aparecimento do hospital como o conhecemos hoje é abordada na seguinte afirmação: “a partir de que momento o hospital foi programado como um instrumento terapêutico de intervenção sobre a doença e o doente...” (FOUCAULT, 2001, p.99). Através do hospital que a medicina adquire dimensões totalmente novas, isto é, ligadas ao aparecimento da instituição hospitalar como um fato terapêutico.

Os hospitais nem sempre funcionavam como os conhecemos hoje. Antes da introdução da medicina em seu interior, os hospitais funcionavam como instituições de assistência social, especialmente por causa dos fatores sociais e econômicos, que possibilitavam ao hospital da Idade Média (século XVI) servir como abrigo a marginalizados socialmente, como loucos, prostitutas e, principalmente, pobres. Nesse sentido, o hospital medieval do não estava destinado para redução das infecções que assolavam a população posto que estes funcionavam como instituições de exclusão relacionadas a fatores sociais, como o desprezo ocasionado pela pobreza ou pela degradação moral.

As cidades eram organizadas sem o conhecimento de práticas higienistas. Ocorre que a higienização praticamente não ocorria e o controle dos hospitais era realizado por religiosos,

---

<sup>21</sup> Não há como negar que o pensamento científico beneficiou tremendamente a saúde humana, principalmente após a descoberta das práticas de higienização, o que ocasionou imenso bem-estar geral às populações (em comparação com a saúde existente durante a Idade Média, por exemplo).

<sup>22</sup> Ao tratar das instituições, Foucault abarca seus discursos e práticas. As instituições seriam dispositivos de poder concretizados em discursos (o dito e o não dito) e práticas instituídas socialmente.

tendo o mesmo uma função de exclusão social, o que é modificado através da introdução de novas práticas e técnicas hospitalares, como a clínica e a disciplina.

Por não contar com regras de desinfecção, no século XVI, o hospital torna-se muito mais um objeto de disseminação de doenças do que propriamente controlador, tornando-se locais em que as pessoas iam para morrer, cuja organização não compreendia a separação de doentes acometidos por doenças contagiosas de outros doentes menos graves. Os doentes ocupavam o mesmo espaço, amontoados em leitos coletivos. O hospital era um foco de doenças, sendo, por isso, mantidos afastados da cidade (FOUCAULT, 1977).

No período medieval, o contágio através do hospital era uma constante. Nos termos de Foucault (1997, p. 113) “no espaço urbano que a medicina deve purificar ele é uma mancha sombria”. Através da técnica do exame – originada pela introdução da disciplina hospitalar – descobre-se que as instituições hospitalares do século XVI não eram lugares de cura, nem mesmo instituições médicas, mas possuíam uma função de exclusão social, pois abrigavam, principalmente, os pobres e doentes que tinham necessidade de assistência e também, por representarem perigo de contágio aos demais. Não existia uma preocupação econômica, com o aumento de vagas, posto que o hospital não era capaz de curar, mas simplesmente de perpetuar o número de doentes e o aumento da pobreza.

Apesar do discurso médico entender que houve uma evolução do saber em saúde ocasionado pela evolução científica, que partiu, principalmente, do desprezo em relação a ideias religiosas, para Foucault, a mudança eclode a partir da mudança epistêmica. Até o final do século XVI, as práticas de saúde estavam associadas com a religiosidade pois constituíam manifestações da influência de fatores econômicos e políticos do medievo feudal (FLORENTINO, 2006). Na crença ideológica, existe um premente “avanço” que se deu sobre a luta contra épocas em que o dogma religioso detinha papel fundamental. Para Foucault, a mudança de episteme não significou um avanço posto que foram causados por uma descontinuidade histórica, que não é linear. É certo que a Idade Média foi caracterizada por resultados científicos praticamente nulos em termos de conhecimento das causas e relações entre as doenças posto que a religião detinha papel principal na organização social, especialmente, quanto às práticas destinadas aos doentes, porém Foucault não entende a mudança introduzida como uma evolução, mas como uma descontinuidade.

O nascimento dos hospitais e a substituição dos religiosos pelos médicos foram fatores importantes para que a medicina se tornasse científica. Nos hospitais, a clínica ganha consistência ao incorporar a anatomia patológica, por tornar possível a prática da observação e

da recolha de dados sobre o corpo, as doenças e seu posterior registro e compartilhamento de informações.

Enquanto o discurso sobre a doença permanecia concentrado na essência das mesmas, como ocorria na medicina da Idade Clássica, pouco importava os sinais que o corpo dava aos médicos, ou seja, somente quando a doença surge como objeto de discurso científico a ciência pôde descobrir e observar o que é visível no corpo, podendo desvendar um saber através da autópsia, livre dos pensamentos especulativos do corpo consagrados pelos religiosos, que consideravam-no como inviolável e sagrado (CLAVREUL, 1978).

A partir do nascimento da clínica, o olhar médico deixa de levar em conta o quadro de classificação da medicina clássica, inaugurando a doença como um novo objeto. A passagem da medicina clássica à medicina moderna dá-se em um cenário de valorização da experiência e do conhecimento adquirido através da anatomia patológica, que passa a fundamentar a clínica, reformulando o saber médico. Segundo o pensamento classificador (Idade Clássica) o entendimento sobre a doença era estabelecido em quadros classificatórios, ou seja, as doenças eram agrupadas em espécies. A classificação do que era a doença era muito mais ontológica, dependente dos quadros de classificação, do que empírica. A medicina, na episteme clássica, tem como objeto a doença como uma essência abstrata, em que o discurso não significava o que ocorria no mundo (FOUCAULT, 1977).

O método da observação da medicina clínica permitiu um saber analítico, sobre o indivíduo como corpo doente e possível de ser objeto de intervenção. O saber da clínica irá incorporar, com o nascimento da medicina social, a percepção do agrupamento de fenômenos naturais, como condições da água, do solo ou as pestes, que não eram fatores a serem levados em consideração até o início do século XVIII. Como bem assinala Foucault (1977, p.1) “o novo tipo de configuração que marca a medicina moderna implica no surgimento de novas formas de conhecimento e novas práticas institucionais”.

A medicina<sup>23</sup>, como ciência hospitalar, nasce com a racionalização do saber médico, no final do século XVIII e início do século XIX, após o nascimento da clínica. Ocorrendo o aparecimento de fatores responsáveis pela reestruturação dos hospitais, ocasionados pela mudança do sistema de poder no interior dos mesmos, os médicos passaram a ocupar o lugar

---

<sup>23</sup> Para Foucault (1977) a medicina é uma prática social, tendo como objeto uma intervenção sobre o corpo individual e coletivo. O saber da medicina seria a aplicação de formulações científicas puras na prática, consubstanciado em um saber-fazer tecnológico, socialmente construído. Portanto, o saber da ciência possui relação com o modo como as práticas se desdobram. Conforme a demanda social muda, o saber e as práticas também mudam, como ocorreu com o aparecimento dos surtos epidêmicos. Evidencia-se, com isso, a relação existente entre o saber (poder) e as práticas.

dos religiosos, ocupando-se não somente das tarefas relativas à saúde, mas dos controles administrativos e dos acontecimentos epidêmicos do século XVIII (FOUCAULT, 1998).

A incorporação do hospital como instrumento da medicina ocasionou uma ruptura em seu saber, permitindo agora um saber técnico-científico. A partir do século XVIII, “o hospital deixa de ser uma simples figura arquitetônica. Ele agora faz parte de um fato médico hospitalar que deve ser estudado...” (FOUCAULT, 2001, p.99).

A clínica – cujas características mais importantes são o exame físico, a anatomia patológica<sup>24</sup> e a estatística – significa a introdução de um novo discurso médico por meio de novos métodos, conceitos e objetos. A partir da clínica, a reorganização racional do saber médico ganha espaço posto que é dedicada à tarefa de investigar o corpo doente, não somente em constatar as suas doenças e classificá-las<sup>25</sup> (FOUCAULT, 1977).

Para se transformar em uma instituição capaz de curar, o hospital passa a ser objeto de estudo do número de pacientes que abriga, das doenças, do espaço útil, do ar, da taxa de mortalidade e cura, entre outros controles. Por exemplo, o movimento da roupa limpa e o estudo do espaço ocupado por cada espécie patológica permitiram conhecer que a taxa de morte aumentava quando as parturientes eram alojadas perto de doentes acometidos por patologias mais graves (FOUCAULT, 1998).

Existem duas condições para o nascimento do hospital moderno. A primeira é a incorporação da disciplina como seu instrumento, já a segunda é o deslocamento da intervenção médica da doença para o meio ambiente. Esse deslocamento se deu, principalmente, em virtude do aparecimento dos surtos epidêmicos do século XVIII, que deram origem a chamada medicina social. A mudança da função hospitalar possui como causas subjacentes a economia e a descoberta da higienização pela eminência dos surtos epidêmicos, mas também sofreu influência da incorporação da técnica da disciplina.

A introdução da medicina como uma prática inovadora que adentra a instituição hospitalar é realizada somente no século XVIII. Após a medicina aperfeiçoar suas técnicas científicas, o hospital torna-se instrumento capaz de curar e perde sua função eminentemente assistencial. Nestes termos, o nascimento do hospital como um instrumento de cura foi um fato moderno, principalmente após tornar-se um local de formação e fazer científico.

---

<sup>24</sup> A anatomia patológica, através da penetração do olhar no corpo, tornou possível a percepção das alterações que a doença causava, modificando a percepção médica, que passa a ver o que está além do sintoma. Através da experiência da anatomia, houve a crença de que os dados sobre o corpo poderiam informar a capacidade de cura, reinventando um novo saber médico.

<sup>25</sup> A classificação das doenças, na Idade Clássica, era realizada segundo a especulação dos sintomas apresentados.

Após a introdução das experiências clínicas, o hospital também se torna um lugar de investimento da iniciativa privada, que concede ajuda financeira aos pobres. O pagamento do tratamento dos pobres pelos ricos nos hospitais não ocorre por uma questão de benevolência, mas é realizado com o objetivo de conhecimentos mais acurados acerca das doenças, que também poderiam afetá-los no futuro (FOUCAULT, 1998).

A clínica possibilitou uma reorganização do saber e das práticas de saúde. Em tempos medievos, a medicina era praticada, até mesmo, no próprio domicílio do médico. Quando do nascimento da clínica, a medicina era ensinada pelos professores na presença dos objetos de estudo e o hospital torna-se um lugar onde uma série de doentes se encontram, o que possibilita aos estudiosos da clínica uma escola que significa a comunicação imediata do ensino com a prática.

A clínica revoluciona a prática médica por meio de instruções dadas pelos professores aos seus alunos, introduzindo os estudantes de medicina para dentro dos hospitais, como por meio de visitas, juntamente com seus professores, que instruem seus alunos baseando-se em um uso inteiramente novo do discurso científico, agora guiado por um fundamento racional e seguro. Devido à racionalidade científica, os estudantes de medicina adentram os hospitais e os professores usam casos de internação como material clínico de estudos, controlando todas as mudanças progressivas da doença através da prática (FOUCAULT, 1997). Casos clínicos que pudessem servir como prova eram separados e estudados pelos professores (PORTER, 2008). Para Machado (2006, p. 92): “a partir da clínica o olhar médico é produtor de conhecimento, não tem mais a função de ilustrar a teoria ou a ela se adequar, ao mesmo tempo que observa, pesquisa”.

O saber médico é modificado a partir do século XVIII, quando a medicina também começa a levar em conta aspectos sociais e incorpora o hospital como instrumento, desprezando aspectos eminentemente clínicos e fazendo com que as atividades dos médicos deixassem de se concentrar exclusivamente na demanda dos doentes (FOUCAULT, 1977). A partir de preocupações coletivas, como a saúde geral das populações, a medicina perde o caráter eminentemente analítico. Ao apelar para concepções econômicas, como a região e as condições de vida, compostas por um sistema de observação do número de mortes e de normalização da prática médica, a concepção de doença deixa de ter só um caráter mecanicista, centrado no âmbito biológico, e passa a ser introduzido como uma questão social também ligada ao Estado (FOUCAULT, 1998).

Em razão do crescimento desordenado da população e a sua aglomeração nas cidades, os surtos epidêmicos manifestaram-se. Caberia ao poder político o controle das epidemias para

reduzir a eminência de mortes, que poderiam causar a redução do número da população e, conseqüentemente, do retorno comercial das parcerias que a Europa mantinha com o restante dos Estados Modernos. A preocupação estatal em torno da saúde dá-se, inicialmente, na Alemanha, devido à busca pela inserção de mercado, preocupando-se com a saúde da população através de ações que higienizam as cidades, por meio do controle de infecções e fenômenos que causam mortes. O controle estatal consiste no controle dos diplomas médicos, que são nomeados pelo Estado, de forma a obter a normalização da atividade médica e de seu saber por meio do acompanhamento das informações produzidas, objetivando aumentar a população economicamente ativa (FOUCAULT, 1998).

Desta feita, o Estado do século XVIII surge no papel de redutor de doenças coletivas como a varíola, a febre maligna, a disenteria, a coqueluche e a rubéola, que passaram a ser associadas com fatores sociais, como local e incidência, desprezando uma medicina puramente centrada nos sintomas das doenças. De fato, a partir da mudança operada pelas preocupações estatais com a saúde geral das populações, o corpo coletivo aparece como objeto da prática médica.

Mediante a estatização da medicina são verificados avanços no que consiste ao descobrimento de antibióticos, o que foi considerado um dos grandes feitos referentes ao controle de doenças infecciosas (FOUCAULT, 1974). Para atuar de modo mais eficaz, o Estado estatizou a medicina, que passou a servir de instrumento para o mapeamento e controle de doenças por meio da observação do ambiente e, até mesmo, dos hábitos de vida das pessoas. Dessa forma, os surtos epidêmicos tiveram papel importante na formação da saúde pública como uma esfera de atuação do Estado sobre as doenças coletivas.

Com a estatização da medicina, que incorpora o saber oriundo da clínica, os médicos são autorizados a prescreverem medicalização destinada a curar doenças, mas também se tornam sujeitos que possuem o monopólio da verdade acerca dos comportamentos a serem seguidos para alcançar a saúde coletiva por meio da detenção de uma espécie de poder higienista. Os médicos são, então, qualificados para tomar medidas relativas à saúde geral da população, para aumentar a natalidade e diminuir a mortalidade (MACHADO, 2006).

Para que os surtos epidêmicos fossem efetivamente controlados, o Estado lançou mão de mecanismos de controle regular, como o registro do local de incidências e doença respectiva. Desse modo, o Estado de fato passa a exercer controle no que se refere à saúde do corpo coletivo através do estudo de espaços causadores de acúmulo de infecções, como cemitérios. Em vista disso, até mesmo os espaços da cidade passaram a ser objetos de intervenção estatal, como por

meio da criação de avenidas entre as habitações para que o ar potencialmente circulasse com mais facilidade.

Destaca-se que práticas de higiene<sup>26</sup> possibilitam um diálogo médico com outras áreas, tais como a física e a química, culminando na chamada Medicina Científica. As ações que este movimento implementa estão ligadas à verificação de pontos insalubres do espaço urbano, que poderiam ser foco de doenças por possuírem acúmulo de sujeiras e perigos, verificação da qualidade do ar e da água, bem como o controle do espaço de sua distribuição.

A medicina higienista culmina na conjunção de novas ideias a respeito da saúde e doença, cujo Estado exerce papel de destaque em virtude de intencionar o controle social. De fato, práticas médicas que se inserem numa proposta social, como a intervenção em meio ambientes e cidades, para rotinas de prevenção<sup>27</sup> ou simples hábitos de vida que poderiam ser mudados estavam em voga durante o século XVIII (MOTTA, 1994).

Mediante a estatização médica, a medicina experimenta avanços referentes ao descobrimento de antibióticos, o que foi considerado um dos grandes feitos no controle de doenças infecciosas. Do mesmo modo, a descoberta dos anestésicos e da anestesia diminuiu a taxa de mortalidade, denotando um imenso progresso médico, na década de 1840 (FOUCAULT, 1974).

Com a descoberta da higienização o hospital passa a ser capaz de curar e as doenças deixam de ser transmitidas em seu interior devido ao acúmulo de pessoas, que acabam espalhando ainda mais as doenças. Porém, não foi somente a introdução da técnica de higienização médica a responsável pelas mudanças estruturais hospitalares, mas também a incorporação da técnica da disciplina<sup>28</sup>.

A partir do momento em que o corpo coletivo também aparece como objeto da medicina, Foucault (1998) a conceitua como medicina social, uma vez que esta incorpora um novo tipo

---

<sup>26</sup> Até 1840, ainda não existiam instrumentos de limpeza ou anestesia. As noções básicas de higienização, que começam a ser utilizadas em 1870 e foram tão importantes para o desenvolvimento de ações de saúde pública, nascem a partir da guerra alemã, em que os médicos chegaram a conclusões avançadas ao tentar salvar seus combatentes (FOUCAULT, 1974).

<sup>27</sup> As ações preventivas de saúde, numa perspectiva integrativa, são capazes de modificar o quadro de saúde da população em geral e, inclusive modificar a demanda por determinadas doenças nos serviços de saúde a longo prazo. O cruzamento de informações genéticas, como a combinação de probabilidade de desenvolvimento de doenças futuras pode ajudar na busca de mecanismos de prevenção de doenças que podem acometer membros de determinadas famílias a longo prazo (PINHEIRO; MATOS, 2003).

<sup>28</sup> Foucault explica que o hospital foi possível como forma de curar em decorrência da disciplina posto que ela reestrutura a forma como os hospitais eram organizados. Os corpos passaram a ser organizados segundo o grau de infecção ou através de espécies patológicas. Dessa forma, os doentes graves não eram mais alojados no mesmo local que os acometidos por doenças simples. A disciplina também descola o olhar médico, que passa a se preocupar com os elementos que circundam a doença e não apenas com os seus efeitos.

de poder<sup>29</sup> – a biopolítica. A medicina, na biopolítica, exerce papel primordial no que se refere ao controle a nível das populações, não somente no nível do indivíduo – como foi o caso dos hospitais. A partir do século XIX, a medicina vai ser um elemento importante do ponto de vista da intervenção enquanto um saber-poder técnico e científico, não deixando se sofrer modificações até a configuração corrente do século XX e XXI.

Percebe-se, a partir dos estudos foucaultianos, que o estudo sobre a saúde das populações não estava centrado na somente na doença durante o século XVIII, mas as áreas sociais e o coletivo eram considerados e o hospital funcionou como a principal instituição de formação de saber sobre a saúde. Foucault (1998) argumenta sobre a passagem para uma medicina que perde o caráter simplesmente individual, mas não o elimina, caracterizado pelas técnicas e métodos eminentemente mecanicistas, para se tornar, também, uma prática coletiva. Num primeiro momento, as ações médicas eram destinadas ao biológico prioritariamente, porém, a partir do século XVIII, com o nascimento do Estado Moderno, as ações são modificadas. O poder médico alcançado pela medicina moderna, caracterizado por Foucault como uma abordagem que busca ir além do caráter analítico.

Deve-se transcrever o acontecimento detalhadamente, mas também segundo a coerência que implica a percepção realizada por muitos: conhecimento impreciso, mal fundado na medida em que é parcial, incapaz de aceder sozinho ao essencial ou ao fundamental, só encontra seu volume próprio no cruzamento das perspectivas, em uma informação repetida e retificada, que finalmente envolve, no lugar em que os olhares se cruzam, o núcleo individual e único destes fenômenos coletivos” (FOUCAULT, 1977, p. 27)

A doença e a saúde não são conceitos dotados de características estáticas e parciais, que os reputam afastados de um saber associado ao meio em que emergem a partir do período conhecido por Foucault (2000) como episteme clássica. Para Capra (1996), a concepção dos fenômenos como a saúde e a doença segundo o paradigma mecanicista fez com que a cura de doenças fosse um fenômeno considerado apartado da complexa relação em que está envolvido, que envolve dimensões físicas, psicológicas, sociais, dentre outras.

A compreensão dos conceitos de saúde e doença segundo uma causalidade circular possibilita concluir que a incorporação de novos elementos, como o surgimento de novas interações sociais ou instituições, como o surgimento dos hospitais a partir do século XVIII, são capazes de causar modificações nas demandas e expectativas de saúde e doença. Tal

---

<sup>29</sup> Para Foucault, o poder é sempre relacional, ou seja, ele não está concentrado “nas mãos” de uma única instituição, como o Estado ou outra instituição, por exemplo, mas forma pequenos poderes afastados (microfísica do poder), como uma teia dinâmica e em constante relação. Não é mais o poder como um objeto que está localizado somente no Estado, mas como um mecanismo sutil e abrangente – que é capaz de se reproduzir, até mesmo, através de práticas e tecnologias desenvolvidas pela sociedade.

abordagem permitiria a consideração dos fenômenos de saúde e doença enquanto conceitos não estáticos (CZERESNIA, FREITAS, 2009).

O pensamento sistêmico é, por definição, relativo e dependente de determinado contexto (MORIN, MOIGNE, 2007). Nessa perspectiva, para Filho (2004) a integração entre a tecnociência e o contexto, incluindo elementos biológicos, sociais e culturais, formam conceitos de saúde e doença articulados com um pensamento totalizador e integral, condicionados por uma perspectiva aberta, não fechada a um único fator causal, mas acoplada a novos fatores que poderão surgir e modificar tais conceitos.

As práticas de saúde, apesar de efetivamente superarem a mera aplicação do saber científico para resolução de problemas, são influenciadas pela técnica oriunda do saber científico, articuladas com o saber médico, que dão origem à saúde pública. As práticas de saúde circunscrevem-se a partir do embasamento científico das ciências positivas enquanto forma de apreensão de seu objeto, que influenciou no modo como os conceitos de saúde e doença foram conhecidos, como por intermédio de ciências como a anatomia e a fisiologia (CZERESNIA, FREITAS, 2009). O pensamento sistêmico pensar na totalidade do conceito de saúde, considerando o sujeito atravessado por fatores biopsicossociais.

Percebe-se que o aparecimento do conceito de que a saúde deve ser conduzida segundo uma visão condicionada também por fatores sociais – concordando com a premissa adotada pela OMS – a qual será relatada no terceiro capítulo – não é nova, posto que já se encontrava nas ações estatais da medicina social do século XVIII, como bem atesta a afirmação de Foucault (1998) “foi preciso situar o doente em um espaço coletivo e homogêneo”. De fato, a partir do século XVIII, compreende-se que ocorre a incorporação dos mecanismos de poder do Estado em conjunto com a medicina, em que as variáveis sociais, ambientais, políticas e econômicas, operam para a formação do sistema social de saúde e suas demandas.

Nesse ínterim, apesar do crédito dado ao paradigma mecanicista, baseado no método cartesiano, em razão dos avanços sociais através da Ciência, principalmente a geração inúmeros avanços no que consiste ao desenvolvimento de pesquisas e conhecimentos acerca do corpo humano, é importante salientar que a forma como o paradigma mecanicista aborda os fenômenos e os modos de vida nas sociedades contemporâneas é alvo de críticas. A partir do século XX, surge um movimento crescente de crítica ao método analítico – principal precursor da mudança iniciada na episteme clássica (séc. XVII), consistindo no pressuposto de que os fenômenos, ao serem divididos em partes, poderiam ser melhor compreendidos na dimensão de um contexto, rompendo com uma dimensão somente unicausal.

As críticas à Ciência, no século XX, culminam na crise da racionalidade e da objetividade como únicos meios de chegar até o conhecimento verdadeiro. Desde 1960, Bertalanffy (2006), biólogo, criticou o mecanicismo teórico e empiricamente. Diante disso, aparecem novos conceitos de explicação dos fenômenos, não baseados somente no método analítico, como conceitos de sistemas, integralidade e holismo, alicerçados no terreno paradigmático sistêmico. Tais conceitos tiveram origem em discussões, sobretudo acadêmicas, que visam ao desenvolvimento de novas racionalidades científicas, considerando as limitações que acompanham o paradigma cartesiano.

O princípio da integralidade é uma das bases sobre as quais o Sistema Único de Saúde se firma. Preconizado pela Constituição de 1998, o referido princípio estabelece que a atenção de saúde e a organização dos serviços do sistema será realizada por meio da consideração do usuário articulado com seu contexto familiar, social, ambiental e econômico. Para que a integralidade seja alcançada na atenção de saúde, a aglutinação de profissionais, de diversas áreas de formação, é uma preocupação do SUS, e é trazida no Grupo de Trabalho de Humanização, vinculado ao que estabelece os documentos Humaniza SUS, Clínica Ampliada e Redes de Atenção à Saúde.

Quanto a atenção de saúde, a integração dos saberes é vista como um incentivo à indivisibilidade do ser. Para alcançar as dimensões biopsicossociais do sujeito, para o SUS, é importante trazer uma combinação de saberes que vão além do modelo biomédico pela integração de polos isolados, como as diferentes disciplinas do conhecimento e o trabalho em equipe através do Grupo de Trabalho de Humanização.

Diante da análise da evolução histórica do paradigma que permeou as práticas e o saber em saúde, é interessante trazer um entendimento do atual paradigma da saúde, não deixando de esclarecer acerca de suas principais limitações no que consiste à busca da integralidade do sujeito e do modelo de atenção inaugurado pelo Sistema Único de Saúde no Brasil, a partir do século XX.

### 3 PARADIGMA SISTÊMICO, SAÚDE E CIÊNCIA

O presente capítulo expõe aspectos da crise do paradigma mecanicista. Além disso, destaca as principais características do período cultural da passagem do paradigma mecanicista para o paradigma sistêmico – essenciais para entender o modo como a atenção de saúde do SUS está influenciada por este último.

Para isto, percorrerá um caminho que mostra como, a partir do modelo biomédico, a saúde e a doença são conceitos considerados como determinados por uma causalidade linear, o que muda somente no século XX, devido às considerações sobre os conceitos por Organismos Internacionais, como a Organização Mundial de Saúde, concebendo uma visão holística/sistêmica dos mesmos. Tal contexto internacional influenciou diretamente o movimento de Reforma Sanitária no Brasil e o nascimento, posteriormente, de um novo modelo de atenção de saúde, condizente com as determinações internacionais.

Por outro lado, expor-se-á a emergência da crise do paradigma mecanicista no campo científico, caracterizada pela nova forma de conhecer os fenômenos da vida. Um dos movimentos que influenciam diretamente nesta crise é o nascimento do movimento organicista no seio da biologia, que dá origem, posteriormente, aos conceitos de sistema, *input*, *output*, *feedback*, dentre outros.

Após isso, trazer-se-á algumas determinações do SUS a respeito de uma atenção de saúde inovadora, como a clínica ampliada, o princípio da integralidade e a humanização de saúde, as quais inauguram uma nova lógica de pensar e atuar na saúde. As determinações referidas são importantes para pensar até que ponto o paradigma sistêmico efetivamente inaugura uma saúde integral no Brasil a partir do século XX.

#### 3.1 O modelo biomédico e o novo paradigma social a partir do século XX

O mecanicismo alicerçou as práticas de saúde, caracterizadas pelo método analítico, que emerge na episteme histórica do século XVII. Tido como primordial para conhecer o organismo em suas partes mais específicas, o método analítico permitiu enorme conhecimento acerca das doenças, aumentando o desfrute de tecnologias, como os medicamentos, novas técnicas terapêuticas e aumento da qualidade de vida.

O aumento da capacidade tecnológica apresentou efeitos tanto positivos quanto negativos. Como efeito positivo, destaca-se, por exemplo, a maior rapidez na realização dos

diagnósticos. Já como efeito negativo, podem ser citados a excessiva segmentação da atenção à saúde em órgãos e funções, a desatenção aos aspectos biopsicossociais e encarecimento dos serviços.

Para Palma e Matos (2001), é necessário entendermos o período cultural da passagem do século XIX para o XX, para analisarmos a modificação dos conceitos de saúde e doença, bem como a crise que afetou a saúde mental, social e biológica no século XXI. Durante o século XIX, a visão determinista das doenças é consagrada por Louis Pasteur. Já no século XX, iniciam-se as mudanças, a partir de organismos internacionais, acerca de uma visão multicausal dos conceitos de saúde e doença.

Foucault (1977) elucida que o surgimento da medicina social do século XVIII, através do desenvolvimento da clínica, buscou superar uma causalidade linear ao expor que as doenças emergem num contexto circunscrito socialmente, em que elementos ligados ao meio ambiente, como condições de salubridade das cidades, por exemplo, concorrem para o seu aparecimento. Entretanto, durante o século XIX, a medicina social, que se inicia no século XVIII, foi relegada para segundo plano.

Com o advento da microbiologia, fundada sobre as notáveis contribuições e descobertas de Louis Pasteur<sup>30</sup>, uma visão determinista em saúde era de que a cura para todas as doenças estaria a um passo de ser alcançada, pois dependeria do conhecimento do fator patológico específico que determina seu aparecimento. A visão determinista caracterizou um modelo prioritariamente curativista, pois não tratava as causas últimas da doença em si, mas simplesmente o doente (ASSIS, 2010).

Assim, forjadas sob o manto paradigmático mecanicista, as práticas do campo da saúde foram desenvolvidas com base no modelo biomédico, concebido em meados do século XIX. Esse modelo consiste em uma prática assistencial centrada na doença e na hegemonia médica hospitalar (FLORENTINO, 2006). Por ser estritamente pautado no método analítico para a compreensão dos fenômenos de saúde, o modelo biomédico despreza apreciações subjetivas e busca estudar o que ocorre na “realidade” observada, tomada como um fato natural, previamente dado (CAPRA, 1982). Isso significa que a saúde e a doença são consideradas como determinadas naturalmente, sem margens para variações relativas ao contexto social, econômico ou cultural. Nas palavras de Capra (1982, p. 116) o referido modelo “se desenvolve segundo a forma de perceber o corpo como uma máquina, a doença como efeito de um problema na máquina e o trabalho médico como seu possível concerto”.

---

<sup>30</sup> Louis Pasteur foi um famoso bacteriologista francês, mais conhecido pelo advento da teoria microbiológica acerca das doenças, cujo entendimento era de que os microorganismos causam a maior parte das doenças.

Apesar do otimismo, mesmo hoje, o método analítico não alcançou o sucesso pensado por Descartes quando este proferiu, em seu livro “Discurso sobre o Método”, que para a resolução de todos os problemas do corpo humano, visto como uma grande máquina, somente era necessário dividi-lo em quantas partes fosse possível para encontrar a solução (RODRIGUES, 1979). Embora tenha gerado benefícios à saúde, decorridos mais de dois séculos, o paradigma mecanicista, que permeou a consolidação do saber de saúde na atualidade, tem mostrado sua inadequação para explicação dos fenômenos complexos, pois a erradicação de todas as doenças não tem dependido, infelizmente, somente da capacidade de inventar novos métodos e técnicas científicas de intervenção.

Nesse sentido, o modelo biomédico<sup>31</sup> é caracterizado pela forte valorização da tecnociência e da materialidade em detrimento de aspectos biopsicossociais. Assim, fatores menos mensuráveis, como sociais e emocionais, não são tão importantes do ponto de vista do tratamento consagrado pelo modelo biomédico, pois elementos subjetivos não se prestam a ser alcançados pelo método analítico. Há, então, uma valorização maior dos aspectos que podem ser objetivados pelos profissionais, traduzidos em doenças, e uma desconsideração do sofrimento subjetivo.

Segundo Martinez (1997), a partir do século XX, temos a emergência de um novo paradigma, tanto científico quanto cultural. Nesse período, a Ciência busca um novo modo de conhecer a natureza dos fenômenos – suas causas, história, funções ou relações – resultando em um novo relacionamento com seus objetos. Por meio de um modelo epistemológico crítico, os objetos deixam de ser compreendidos apenas segundo uma causalidade linear, assumindo-se a importância de ir além do isolamento de polos e da parcialização da realidade. Os principais proponentes teóricos e epistemológicos deste período foram: Georges Cangilhem, Gaston Bachelard, Thomas Kuhn e Michel Foucault.

No decorrer do século XX, então, o paradigma mecanicista é colocado em questão, surgindo uma crise paradigmática devido às alterações nos problemas e técnicas da “ciência normal”. O método analítico deixa de ser o único meio para explicar a realidade. A racionalidade científica tradicional, que expõe a natureza como algo a ser dominada e desvinculada do próprio homem, passa a ser considerada limitada por não contemplar a teia complexa de fenômenos que compõe a realidade. As críticas nesse período, feitas especialmente

---

<sup>31</sup>Não se trata de negar a importância do modelo biomédico e das tecnologias a ele associadas para o desenvolvimento da saúde, mas de refletir sobre a sua generalização, em detrimento de práticas, métodos ou modos de conhecer científicos que levem em conta o contexto – o que, para Foucault, se explica, também, como um efeito dos mecanismos de poder que estão amalgamados na sociedade, ou seja, não se tratam de técnicas, práticas ou discursos de um modelo biomédico neutro em relação à episteme que o sustenta.

pela física e pela filosofia, estavam relacionadas à capacidade do método analítico em abarcar a multiplicidade de causas envolvidas na manifestação dos mais diversos fenômenos, levando a posteriores formulações teórico-epistemológicas que considerassem a história e o contexto em que se dá a produção científica (CAPRA, 1982).

O contexto social marcado pela descoberta da teoria da relatividade, em 1905, da física quântica, em 1920 e, mais tarde, na década de 1940, os estudos cibernéticos, levou ao reconhecimento dos limites do método analítico. Com isto, os fenômenos deixam de ser explicados independentemente do tempo e do espaço, o que significou o rompimento com as bases epistemológicas baseadas na linearidade, previsibilidade e análise para explicar os fenômenos (CAPRA, 1996).

A Ciência, então, deixa de apoiar-se apenas nas verdades absolutas e cartesianas (BARRETO, 2011). A fragmentação e a eterna busca pela verdade tornaram-se intermináveis, limitadas pela capacidade humana de acessar a realidade como um fato dado, pois a natureza parece não ser totalmente desvendada pelas verdades. A respeito da fragilidade do método analítico para compreender os fenômenos biológicos, Morin e Moigne (2007, p. 49) afirmam que:

[...] a diferença entre as máquinas vivas e as máquinas artificiais produzidas pela técnica: os componentes das máquinas técnicas bem podem ser extremamente fiáveis, mas as máquinas caminham para a sua degeneração, para se gastarem, desde o começo do seu funcionamento. Ao passo que a máquina viva, essa, constituída em grande parte por componentes muito pouco fiáveis, as proteínas que se degradam – e compreende-se muito bem que é esta fraqueza de fiabilidade das proteínas que as permite reconstituí-las sem cessar –, é capaz de se regenerar e se reparar.

Morin e Moigne (2007) ao teorizarem sobre a epistemologia analítica, consideram que o paradigma mecanicista é frágil e incerto, tornando-se inadequado para apreender a realidade, sempre modificável. Em vista disso, o método analítico tem deixado de responder satisfatoriamente aos fenômenos científicos, em que as “verdades” cartesianas são substituídas pela ideia de que as verdades não são absolutas. O paradigma científico é criticado quanto à sua incapacidade de abarcar a multiplicidade de causas que podem envolver um fenômeno e introduz-se uma visão de mundo na qual os mesmos são vistos como frutos de inúmeros fatores causais e, por vezes, simultâneos.

No século XX, a crítica do método analítico, em direção à mudança de paradigma, parte, principalmente, com o nascimento do movimento organicista da biologia, que se sucedeu após a mudança gradual, operada do conceito de função para o conceito de organismo, cunhada,

inicialmente, por Ross Harrison<sup>32</sup>. O movimento organicista inaugura uma nova maneira de conhecer os fenômenos que envolvem a vida ao identificar a relação do organismo com seu ambiente, reestruturando a visão acerca do corpo humano, vendo-o como um todo integrado. A partir da teoria sistêmica, fenômenos corporais, como a respiração, são vistos como processos dinâmicos em constante troca de energia com o meio ambiente.

Em 1920, o biólogo austríaco Ludwig Von Bertalanffy (2006) percebeu falhas na teoria da biologia e propôs a Teoria Geral dos Sistemas<sup>33</sup>. Compreendendo os fenômenos enquanto inseridos no ambiente e caracterizados por múltiplas relações causais, Bertalanffy não concordava com a abordagem determinista de compreensão dos fenômenos biológicos.

Bertalanffy (2006) incorpora conceitos da Teoria da Cibernética<sup>34</sup> na Teoria Geral dos Sistemas, contribuindo para o entendimento dos sistemas em relação de comunicação com o meio-ambiente. A Cibernética trabalha através da capacidade de troca de informação, que decorre da auto-organização dos sistemas segundo os efeitos do meio, cujos conceitos principais são: *feedback*<sup>35</sup>, *input*<sup>36</sup> e *output*.

A resposta do sistema envolve as incertezas geradas pelo meio em que está inserido, numa dinâmica de auto-organização, que produz *inputs* e *outputs* segundo seus mecanismos internos, considerando sempre o meio ambiente. Desse modo, se uma parte componente do sistema causa um efeito negativo no mesmo, este nunca será um resultado isolado do contexto em que está situado, uma vez que possui relação direta com o ambiente interno e externo, gerando um novo *input*, dependente do *output* anterior.

A geração de *inputs* e *outputs* gera sempre uma nova alimentação segundo uma causalidade circular (VASCONCELOS, 2003). Sendo assim, o pensamento sistêmico implica na relação entre o todo e os elementos de suas partes, estabelecendo variações imprecisas e caóticas, sendo, por isso, incapaz de ser explicada por um determinismo estável (DUPUY, 1994). Neste aspecto, Bertalanffy (2006, p. 163) traz uma importante contribuição:

A célula e o organismo vivo não representam pautas estáticas ou estruturadas como máquinas, consistentes em “materiais de construção” mais ou menos permanentes, entre os quais os materiais produtores de energia procedentes da nutrição foram degradados

<sup>32</sup>Ross Harison foi um importante biólogo e anatomista estadunidense, responsável pelos trabalhos envolvendo tecidos externos do corpo humano.

<sup>33</sup>A Teoria Geral dos Sistemas corresponde a uma dimensão teórica que pode ser articulada em uma dimensão prática (VASCONCELOS, 2003). No campo da sociologia, a Teoria Geral dos Sistemas não busca a solução dos fenômenos práticos, mas pode servir como um modelo explicativo.

<sup>34</sup>A Cibernética é a ciência que estuda a comunicação humana e os mecanismos dos sistemas inteligentes e autorregulados.

<sup>35</sup>*Feedback* é conceituado como a realimentação do sistema. Na teoria da comunicação significa a resposta obtida.

<sup>36</sup>*Input* significa entrada. Na Teoria Geral dos Sistemas é a força de início do sistema – sempre afetada pelo *output* (saída) e pelo meio ambiente.

para abastecer a energia dos processos. Se trata de um processo contínuo no qual há degradação e regeneração tanto dos materiais de construção quanto das substâncias produtoras de energia.

Percebe-se que a abordagem epistemológica que via o corpo humano como uma grande “máquina”, representado por pautas estáticas e estruturadas é criticada pela Teoria Geral dos Sistemas. Nessa perspectiva, os fenômenos são considerados como sistemas, que só podem ser compreendidos por meio de leis que operam em níveis sistêmicos. Bertalanfy (2006), como biólogo, enxergava no próprio organismo vivo, assim como no meio ambiente, níveis de sistematicidade integrada.

A Teoria Geral dos Sistemas, portanto, não parte de uma visão descontextualizada dos fenômenos. As propriedades essenciais do sistema são o resultado da interação das partes entre si e com o meio ambiente, ou seja, os mesmos não podem ser compreendidos simplesmente pela separação de suas partes, tampouco dos componentes que compõem as próprias partes. Com a separação das partes não se conhece o todo; da mesma forma, não se pode conhecer o todo se não conhecer as partes (MORIN, MOIGNE, 2007). Tal característica dos sistemas é denominada complexidade – derivada da palavra *plexus*, cujo significado é “tecido junto”. A complexidade do sistema enquanto totalidade gera uma característica no sistema que as suas partes separadas não possuem.

A partir desse ponto de vista, os sistemas são influenciados por variáveis das mais diversas, como as de natureza psicológica, biológica, social, econômica, dentre outras (CAPRA, 1982). Nesse sentido, a Teoria Geral dos Sistemas se articula com o problema de pesquisa na medida em que oferece conceitos, como sistema, redes e complexidade, que pode ajudar a olhar o Sistema Único de Saúde atual como um modelo que percebe a vida de modo interdisciplinar e sistêmico. Como bem acrescenta Pelizzoli (2004, p. 27): “neste caminho é a visão de Redes, a interdependência de fatores, em que se começa a perceber a vida de modo sistêmico, como processo integrado e com uma organização chamada de complexa – que tem em si a palavra “tecer junto”.

### 3.2 A proposta de atenção sistêmica à saúde do Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde, criado pela Lei nº 8.080, em 19 de setembro de 1990, a qual traduz um direito constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, emerge em um contexto de mudança paradigmática, que abarca elementos contextuais, científicos, organizacionais e institucionais. Apesar do Sistema de Saúde (SUS) não envolver somente uma

dimensão científica, mas também dimensões políticas, econômicas e culturais, o paradigma, no próprio sentido proposto por Thomas Kuhn (2001), possui influência sobre os modos de vida (cultura, costumes), numa relação de retroalimentação entre ciência e sociedade e isto, nas sociedades contemporâneas, inclusive no campo da saúde. Em vista disso, conceitos da obra “A estrutura das Revoluções Científicas”, como paradigma, anomalia, crise e ciência normal, apresentam capacidade explicativa para o entendimento das mudanças no campo da saúde, como no caso da atenção de saúde, que estão sendo orientados por um paradigma ou episteme histórica vigente.

A emergência de um novo paradigma científico depende de alterações nos saberes, conceitos, métodos e técnicas utilizadas pela ciência normal e que regem a prática científica. A mudança em direção a um novo paradigma inclui a consciência da comunidade científica a respeito da anomalia e a mudança nas categorias e nos procedimentos utilizados pelos cientistas.

Apesar de Kuhn (2001) ter demonstrado a incapacidade da ciência normal em responder, algumas vezes, ao “quebra-cabeça” científico, devido à superespecialização e à falta de respostas a determinadas anomalias – que são manifestações da realidade que fogem a uma explicação científica –, ela ainda é importante no que consiste à forma de conhecer os problemas de saúde. As anomalias, por outro lado, são peças-chaves para descortinar uma crise paradigmática, um processo turbulento em que as mesmas se multiplicam.

Podemos utilizar elementos da história da ciência, e não apenas esses apresentados por Kuhn (2001), mas também aqueles de caráter mais históricos como a reflexões apresentadas por Gaston Bachelard, ou mesmo os fundamentos epistemológicos de Foucault, para olhar o Sistema Único de Saúde e a suas políticas correlatas, como a Política Nacional de Humanização. Neste sentido, o SUS e a Política Nacional de Humanização inauguram, quer do ponto de vista estritamente técnico científico, quer do ponto de vista da cultura político-social, uma nova forma de conhecer e resolver os fenômenos de saúde.

Através da preocupação com uma abordagem holística de atenção, o SUS aparece como um novo modelo de saúde pública, inserido no paradigma sistêmico. O paradigma sistêmico é, inerentemente, contextual, o que significa o oposto do método analítico, ou seja, não parte de um olhar isolado para entender os objetos, mas considera, também, o seu contexto. No paradigma sistêmico, a causalidade linear é substituída pela causalidade circular, principalmente no que consiste a uma resposta de saúde que incorpora elementos do contexto mais amplo, que, além de se implicarem mutuamente, se auto implicarem, possuem circularidade de dimensões ambientais e culturais, permitindo a superação do modelo biomédico a partir de uma visão crítica e de uma perspectiva ampliada.

A partir do século XX, o conceito de saúde não é considerado estático e natural, mas dependente também do contexto social, por conjugar diferentes dimensões, que podem mudar dependendo das interações mútuas (PAIM; FILHO, 2006). Entretanto, o mesmo não estaria apartado de uma dimensão também mecanicista, pois os avanços das práticas de saúde, consagradas pelo método analítico, também concorrem na cura de doenças e para o desenvolvimento do conhecimento científico (CZERESNIA; FREITAS, 2009).

A renovação do conceito de saúde<sup>37</sup> e doença, cuja perspectiva supera o modelo biomédico, numa perspectiva teórica integradora de campos multicausais como o ambiente, a sociedade e a cultura, sofrem modificações a partir da influência de organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde, que os situa como conceitos interdependentes de múltiplos fatores (FILHO, 2006). Nesse sentido, o conceito de saúde foi concebido como um fenômeno vivo e dinâmico, que não está isolado de seu ambiente, mas relaciona-se com o mesmo, cuja relação é de dependência recíproca.

Nesse período, o holismo<sup>38</sup> em saúde aparece como uma abordagem mais ampla que simplesmente a ausência de doenças físicas, mas também a presença de doenças emocionais. A diferença entre as doenças físicas e emocionais está no fato de que esta última afeta o cérebro e não as outras partes do corpo. Se considerarmos a concepção de saúde de um ponto de vista puramente de bem-estar físico, as doenças emocionais não entrariam nesta concepção. Embora a concepção de saúde perfeita não seja possível, uma vez que podemos nunca estar em perfeito bem-estar, ela revela a visão de totalidade inerente ao fenômeno, que neste caso pode ser o bem-estar do ser humano (CAPRA, 2012).

Enquanto desconectado do conjunto de relações que formam a vida, os conceitos de saúde e doença, a partir do século XX, são alvos de críticas, principalmente a partir de reformulações do que é a saúde e como ela pode ser promovida, como por meio da declaração de diversos organismos internacionais, como a Declaração de Alma Ata. No início do referido período, ideias democráticas preconizadas pelos organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde, o movimento de Alma Ata (1978), a Carta de Otawa (1986), a Declaração de Adelaide (1988) e a Declaração de Bogotá (1991) foram capazes de influenciar

---

<sup>37</sup> Contemporaneamente, o conceito de saúde é visto como um dos pontos cegos paradigmáticos das ciências da saúde em geral posto que se refere a problemas e questões que os agentes, mesmo consubstanciados com pesquisas científicas e no desenvolvimento de tecnologias cada vez mais avançadas, não conseguem dar cabo (FUNTOWICZ, RAVETZ, 1997). Isto se dá, principalmente, devido a fatos científicos que fogem ao enquadramento da teoria mecanicista, como a inexistência de curas de doenças como o câncer e a AIDS, por exemplo (FILHO, 2011).

<sup>38</sup> No idioma sueco, saúde é *holsa*. O termo antigo germânico *hol* designa inteireza. O holismo, compreendido como a filosofia que abarca o entendimento do todo, provém do grego *holos*, que significa inteiro (FILHO, 2011).

o nascimento de um novo modelo de saúde. Contrariando os conceitos e a maneira de enfrentar os problemas de saúde vigentes até então, tais influências ajudaram na “preparação do terreno” para o nascimento de um novo modelo de atenção de saúde no Brasil. Este modelo articulava-se com ações pautadas num conjunto de propriedades sociais, como alimentação, trabalho, nível de renda, entre outros, que interferem diretamente na qualidade de vida da população (ALMEIDA FILHO, 2006).

Levando em consideração o que foi exposto, a saúde pode ser pensada a partir de um contexto epistêmico ou paradigmático, em que o modo de vida em sociedade circunscreve as práticas e o conceito de saúde. Nesse sentido, Foucault (1974) evidencia a influência da dimensão econômica nos sistemas de saúde. A partir de estudos realizados por economistas da saúde<sup>39</sup>, o autor indica uma importante contradição econômica, pois o nível de saúde não melhora na proporção do aumento do consumo médico<sup>40</sup>. Mais exatamente Foucault (1988, p. 189) evidencia que:

O aumento dos rendimentos, por exemplo, pode exercer um efeito negativo sobre a mortalidade e este efeito é duas vezes maior do que o do consumo de medicamentos. Ou seja, se os rendimentos aumentam na mesma proporção que o consumo de serviços médicos, o benefício representado pelo aumento do consumo médico será anulado e invertido pelo pequeno aumento dos rendimentos. De modo análogo, a educação age sobre o nível de vida em uma proporção duas vezes e meia maior do que o consumo médico. Para uma vida longa, por conseguinte, um nível de educação é preferível ao consumo médico.

O consumo médico não acompanha o crescimento no nível de saúde a ponto de ser capaz de equipará-lo com o fator renda e educação. Nesse sentido, as condições ambientais e o aumento das condições de vida proporcionadas pelo meio, como o aumento do consumo de alimento, a educação e a renda familiar, por exemplo, são fatores que influenciam mais diretamente na diminuição da taxa de mortalidade.

---

<sup>39</sup> Os economistas da saúde estudam a saúde e a assistência do ponto de vista da eficiência, efetividade, custos, encargos, demanda, oferta, dentre outros.

<sup>40</sup> O consumo médico é entendido, aqui, como os gastos com tratamentos médicos, tecnologias, como os medicamentos, processos e outras intervenções para tratar o dano à saúde. O sistema de saúde dos Estados Unidos pode ser citado como um dos paradoxos ocasionados pelo aumento da racionalidade em saúde, em que os gastos com saúde não acompanham o desenvolvimento em termos de qualidade de vida, posto que os mesmos estão entre os piores países quanto aos indicadores de saúde. Tal premissa demonstra que o crescimento dos investimentos de saúde acompanha um modelo de saúde caro e ineficaz, a exemplo de uma dimensão ambiental que acompanha a resolução dos problemas de saúde e doença contemporâneos, pois existe uma dimensão que é eminentemente econômica e social acompanhando o fenômeno de saúde (LEVINS, LOPEZ, 1999). Tendo como exemplo o modelo de saúde dos EUA, pode-se afirmar que a tomada da racionalidade em saúde, aliada a uma dimensão unicausal de doenças, fragmentada do meio em que emerge, pode gerar efeitos contrários aos esperados, influenciados por uma dimensão que as ciências, ao conhecer os fenômenos em uma dimensão unicausal, não conseguem dar cabo.

Na Declaração de Alma Ata<sup>41</sup>, o objetivo foi ultrapassar o modelo biomédico, centrando os cuidados de saúde às necessidades da população. O conceito de saúde como sinônimo de ausência de doenças, inaugurado pelo paradigma mecanicista, foi debatido pela Organização de Alma Ata, cujas proposições teóricas trouxeram a saúde como um conceito articulado com dimensões bio-psíquico-sociais, o que deu origem a uma visão sistêmica/holística do fenômeno (FERRAZ, 1998). Assim, as práticas de saúde começam a superar uma determinação unicausal.

A partir da Carta de Ottawa<sup>42</sup> elementos como a saúde, a paz, a educação, a habitação e outros fatores sociais e econômicos foram reconhecidos como fundamentais para a modificação dos padrões de vida das populações. Abarcando um paradigma que contemple aspectos ligados às condições sociais das populações, em 1946, a OMS amplia o conceito de saúde para um completo bem-estar, diferenciando a visão de saúde como ausência completa da doença (FERRAZ, 1998).

Para Martinez (1997), o meio ambiente para a saúde, assim, conformaria subsistemas, como a ecologia, a economia e a sociedade, numa dinâmica de interação. No modelo de saúde sistêmico, a saúde é um fenômeno condicionado e condicionante de outros setores, como educação, trabalho, nível de renda, alimentação e dependente do setor econômico. A partir desse ponto de vista, o sistema de saúde está em constantes trocas com o meio ambiente.

A Saúde Pública<sup>43</sup>, no Brasil, viveu uma crise – vista também como o reflexo dos limites do paradigma mecanicista. Tendo em vista esta crise, a mudança paradigmática ganha contornos quando o conceito de saúde é ampliado na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986.

Como bem aponta o conceito de saúde construído na Conferência Nacional de Saúde do Brasil (1986, p. 4), o mesmo é “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde, é assim, o resultado da organização das formas sociais”. De fato, reconheceu-

---

<sup>41</sup> A Declaração de Alma Ata foi realizada em setembro de 1978 e tinha como principal objetivo a integração de todos os setores da sociedade, governos e profissionais de saúde do mundo em torno dos cuidados primários de saúde – que se orientam pela intervenção precoce, isto é, antes do desenvolvimento das doenças.

<sup>42</sup> A Carta de Ottawa foi a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em 1986, no Canadá. Configurou uma resposta às demandas sociais em torno da nova saúde pública mundial, que manifestou uma promoção de saúde que fosse além dos cuidados. Segundo a Carta, o “setor” saúde abriria canais entre os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais.

<sup>43</sup> Buscou-se abordar a influência do paradigma mecanicista e sistêmico somente na saúde pública devido a dois fatores. O primeiro diz respeito ao fato de que, no Brasil, a crise, antecedida pelo modelo SUS, caracterizou-se pela crise, em última instância, da Seguridade Social, a qual deveria sanar, através de altos custos estatais, a emergência de doenças que se alastravam. O segundo fator diz respeito ao entendimento de que a saúde pública estaria menos ligada a interesses econômicos de mercado, que justificariam a introdução do método cartesiano, como a ampliação da tecnociência, aliada a altos custos de tratamento e encarecimento de serviços – capazes de gerar um mercado de saúde disputado.

se, na referida Conferência, que a saúde envolve dimensões que não concernem exclusivamente ao papel do Estado, mas é uma atividade eminentemente social, abarcando, também, aspectos culturais e econômicos, ou seja, refere-se também ao próprio conjunto de hábitos individuais e condições de vida da população. Ademais, tal Conferência resultou no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre INAMPS<sup>44</sup> e governos estaduais.

A referida Conferência foi importante para a propagação do movimento da Reforma Sanitária, que pensou a crise da saúde pública articulada com diversos atores sociais por melhores condições de saúde entre os anos de 1970 e 1980 (PAIM, 2008). A composição da Reforma Sanitária contou com a participação de representantes sociais dos mais variados setores, como Ministério da Saúde (MS), Previdência e Assistência Social (MPAS/Inamps), Trabalho (MTb), Desenvolvimento Urbano (MDU), Planejamento (Seplan), Ciência e Tecnologia (MCT), Educação e Cultura (MEC/SESU), Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde (CONASS), de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), e de representantes das comissões de saúde do Senado e da Câmara. Ademais, contou com a participação das confederações de trabalhadores da indústria, de serviços e da agricultura (CUT, CGT e Contag); de federações sindicais e associações de profissionais de saúde, especialmente a Federação Nacional dos Médicos (FNM), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); de movimentos sociais (Conam); de confederações patronais, como as Confederações Nacionais da Indústria (CNI), da Agricultura (CNA) e do Comércio (CNC); de associações de classe de provedores do setor privado, como a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Confederação das Santas Casas de Misericórdia do Brasil (CMB).

O raciocínio e práticas biomédicas, fortemente calcadas na solução técnico-científica, foram criticadas por atores sociais engajados na Reforma Sanitarista. As insatisfações com a gestão da saúde, postas pelo Movimento Sanitário, deram-se, dentre outros fatores, com a atitude fragmentária da prática médica, em que o modelo biomédico aparece como um dos obstáculos à atenção integral em saúde, pois está centrado numa prática concentrada em aspectos biológicos, fragmentação e hierarquização implícita de saberes, cujo lócus de ação principal é o hospital (PINHEIRO; MATTOS, 2003). Como alternativa a esses desafios, no que diz respeito às práticas clínicas, a reforma sanitaria tinha a intenção de romper com o modelo biomédico vigente até então, apontando para alternativas pautadas na prevenção e na promoção da saúde (LUZ, 2002). Isso foi demonstrado nos relatórios das conferências nacionais, cujas

---

<sup>44</sup> O INAMPS foi o instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, política pública que vigorava antes do nascimento do SUS e estava destinado a atender somente trabalhadores que contribuam com a Previdência Social.

recomendações apontam para práticas intersetoriais de produção ou promoção e na prevenção de danos e de doenças, aliadas com políticas sociais e econômicas de forma integrada.

Levando isso em consideração, o paradigma sistêmico esteve presente nos debates desde a origem do Movimento da Reforma Sanitária e foi incorporado ao texto constitucional de 1988. Um dos maiores desafios da integralidade é a saúde enquanto um conceito que transcende recortes setoriais tradicionais e exige a resolução de problemas complexos, multideterminados, com espacialidades distintas e que integram setores externos ao setor de saúde, como o econômico e o social (LUZ, 2002).

A articulação entre os diversos setores, como o da saúde e da economia, seria o caminho para a consolidação da Reforma Sanitária, o que significaria conferir prioridade a problemas de saúde e garantir sua abordagem de forma intersetorial, que parte da consideração sistêmica dos problemas, com seus determinantes interdependentes. Na saúde a intersetorialidade é facilmente entendida, pois a qualidade de vida é dependente de variáveis inter-relacionadas com setores sociais e econômicos. Entretanto, há um longo percurso, tanto no plano do saber quanto no plano das práticas, que permita fazer a ruptura no próprio modelo epistemológico de conhecimento e de formação dos profissionais (PAIM, 2008). Tanto que podemos encontrar, junto ao relatório da 12ª Conferência Nacional (2004, p. 8) a seguinte afirmação: “entre os profissionais de saúde já existe a consciência de que seus saberes e sua atuação setorial são insuficientes para alcançar resultados efetivos e transformadores para problemas complexos e para promover a qualidade de vida da população”.

O desafio do novo modelo de atenção à saúde consistia também em romper com uma prática centrada na solução técnico-científica como método hegemônico. Tal abordagem não permite soluções que agem sobre as causas estruturais do processo saúde-doença, mas servem como medidas paliativas, em última instância – utilizadas quando o dano de saúde já está presente (CAMPOS, 1992).

Levando em conta que os medicamentos podem ser tecnologias, que são produto da ciência, a introdução dos mesmos como um modo único de resolução de problemas de saúde demonstra uma preocupação causal linear, que preconiza a resolução dos problemas através de intervenções tecnológicas – denotando um grande otimismo na capacidade científica para resolver os principais problemas de saúde contemporâneos, a qual preocupa-se nos efeitos do sistema de saúde, como a doença, desprezando uma resposta que resgata um contexto mais amplo.

As tecnologias, segundo o Movimento Sanitarista, não deveriam ser entendidas como respostas únicas. Por se situarem nas partes do sistema (*inputs*), ou seja, em seus efeitos, que,

em realidade, são mais profundamente determinados por variáveis também ambientais. Nesse sentido, as tecnologias não seriam desprezadas, porém, utilizadas quando o dano à saúde já estaria presente.

Até a Constituição Federal de 1988, o modelo de saúde brasileiro caracterizava-se pelos hospitais e no modelo biomédico, descrito por Foucault, vigente no século XVIII, caracterizado pela clínica como compreensão da doença como um fenômeno exclusivamente biológico e, a partir dessa visão, puramente hospitalocêntrico (PINHEIRO; MATTOS, 2003). O hospital demanda estratégias de conhecimentos fragmentados e centrados na doença, com o apoio de tecnologias altamente especializadas e por meio de uma formação de saúde pautada no conceito de ausência de doença, essencialmente tecnicista e curativista. Entretanto, a mudança paradigmática influenciou no enfrentamento dos problemas de saúde – que deixaram de focar simplesmente em tecnologias ou no hospital como único local de fazer saúde.

Percebe-se uma tentativa de superação da fragmentação da atenção de saúde, influenciada pelo movimento sanitário e que dá origem, no ano de 1988, ao Sistema Único de Saúde – política pública<sup>45</sup> regulamentada pelas leis orgânicas de saúde nº 8.080/90 e 8.142/9. Tais leis implementam um sistema de saúde que pretende alcançar a universalização da saúde, articulada com políticas econômicas e sociais, principalmente devido ao fato de o Sistema Único de Saúde possui a integralidade como princípio base, tanto para a organização dos serviços quanto da atenção de saúde. Nesse sentido, a doença e a saúde não seriam tomadas como fatos dados, naturais, ocultando a estreita ligação que as mesmas podem ter com suas causas últimas, que se originam, principalmente, da realidade social.

### 3.3 A Clínica Ampliada do SUS como uma estratégia de superação do modelo biomédico

No século XXI, a saúde passou por transformações segundo Pinheiro e Mattos (2003, p. 40), uma vez que “a tecnociência diagnóstica tem sofrido crescimentos exponenciais e a terapêutica<sup>46</sup> também tem se desenvolvido e apresentado resultados tecnológicos importantes”. Apesar do desenvolvimento tecnológico e da melhoria da qualidade de vida atrelada ao mesmo, as práticas de saúde são caracterizadas pelo reducionismo decorrente dos efeitos do modelo biomédico, em que os profissionais de saúde<sup>47</sup> encontram-se com sujeitos que desejam parar

---

<sup>45</sup> Políticas Públicas são o resultado de ações e decisões do governo na tarefa de construção da agenda pública, voltadas à solução dos problemas sociais.

<sup>46</sup> Terapêutica significa tratamento médico.

<sup>47</sup> Profissionais de saúde, de acordo com a resolução 287/1998, de 8 de outubro de 1998, do Conselho Nacional de Saúde, são: assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos,

com seu sofrimento, mas a postura da prática profissional está focada em buscar a doença que causa o sofrimento (PINHEIRO; MATOS, 2003).

Ao refletir sobre o apoio do método analítico – essencial para conhecer o corpo humano como objeto isolado – é totalmente compreensível o desenvolvimento, no campo da saúde pública, de novas abordagens para pensar a doença e a saúde, nas quais destacam-se a Clínica Ampliada, a humanização da atenção de saúde e a integralidade, numa tentativa de rompimento com o modelo essencialmente fragmentado. O grande desafio, numa perspectiva não positivista, é efetivamente abranger dimensões capazes de transcender o puramente fazer tecnocientífico – permitindo olhar para o sujeito numa abordagem que vá além da doença (DESLANDES, 2004). Apesar de levar em conta que a ênfase médica é importante quanto aos aspectos fisiológicos, quantificação e nas descobertas de dados psicoquímicos, que significa a necessidade de relação da doença a algum processo físico subjacente, ou seja, relacionar os sintomas a algum diagnóstico, a ênfase em aspectos biopsicossociais seria realizada através da conjugação com outros profissionais na atenção à saúde (HELMAN, 1994).

O modelo biopsicossocial entende a saúde e a doença como fenômenos determinados pela causalidade circular, superando a visão unicausal da doença como fruto de uma visão puramente biologicista em direção a fatores biopsicossociais na atenção de saúde, indo em direção, portanto, da consideração dos fenômenos segundo múltiplas causalidades. Nestes termos, não apenas fatores biológicos importam, mas a abrangência de diversas disciplinas para compreensão aparecimento dos fenômenos, como a psicologia e a sociologia, como preconiza a Teoria Geral dos Sistemas, inaugurada por Bertalanffy (2006).

Nessa perspectiva, o modelo biopsicossocial implica um cuidado em equipe, superando a hegemonia médica hospitalar, em que aspectos biológicos, psicológicos e sociais influenciam na resolução do problema de saúde. O modelo biopsicossocial entende a saúde e a doença como fenômenos determinados pela causalidade circular. Passa pela superação da visão unicausal da doença como fruto de uma visão puramente biologicista em direção a fatores biopsicossociais na atenção de saúde, indo em direção, portanto, da consideração dos fenômenos segundo múltiplas causalidades, isto é, não apenas a fatores biológicos, mas abrange diversas disciplinas para compreensão de seu aparecimento, como a psicologia e a sociologia, como preconiza a Teoria Geral dos Sistemas, inaugurada por Bertalanffy. Já Capra (1982) propôs a revisão dos modelos de saúde para que incorporem um paradigma sistêmico, reforçado por uma prática multidisciplinar como resposta para a superação dos métodos fragmentadores.

---

fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

A humanização da atenção em saúde confere importância para o lado humano e resgata a dimensão subjetiva do sofrimento no cuidado. Nessa perspectiva, o termo “tratar” seria substituído pelo termo “cuidar”, pois o mesmo envolve uma visão ampliada do sujeito, considerado sob uma perspectiva única e individual, que tem uma história, um contexto específico, subjetividades e sofrimento.

Segundo Foucault (1997), as tentativas de “solucionar” os desajustes verificados no campo da saúde, os quais pode-se citar a discussão presente acerca da “humanização” da atenção, são ocasionados, também, por fatores socioeconômicos externos a ela. Uma perspectiva do ponto de vista não linear consistiria em procurar entender até que ponto a economia ou a política também são fatores capazes de determinar fenômenos como a saúde e a doença, historicamente tratadas pelo modelo biomédico, tido como o ideal.

O aporte de Foucault critica a linearidade histórica<sup>48</sup>, em que adota um caráter da formulação social das práticas de saúde, rompendo com a visão de que elas independem do modo como opera a vida social como um todo. A partir dessa perspectiva, a saúde e a doença, bem como os métodos que as operacionalizam, não são fatos dados e passíveis de serem conhecidos ou resolvidos a partir de uma “realidade já dada”, pois, em última instância, o modo de vida em sociedade circunscreve as práticas de saúde (SCHRAIBER, 2006).

No que consiste à atenção em saúde, com o intuito de revisar o paradigma cartesiano, nos últimos 40 anos, o modelo biopsicossocial propõe que a abordagem da saúde e da doença vá além do âmbito do saber e da prática médica, contrariando a fragmentação atrelada ao modelo biomédico. Assim, o modelo biopsicossocial propõe assimilar aspectos emocionais e sociais no tratamento de saúde.

Revelando algumas críticas ao modelo biomédico<sup>49</sup>, o psiquiatra americano, George Engel, em 1977, publica “The need for a new medical model: a challenge for biomedicine”, onde defende outra forma de compreensão da saúde e a da doença. Para o autor, a saúde e a doença seriam frutos de relações interdependentes, descortinando uma nova forma de abordagem chamada modelo biopsicossocial.

---

<sup>48</sup> Para Foucault, a linearidade histórica é substituída pela descontinuidade histórica, principalmente por criticar que as “coisas” tem uma origem em si, mas são frutos da história e de redes de fatores dos quais emergem, rompendo com o conceito de evolução linear.

<sup>49</sup> Vale ressaltar que a presente pesquisa não busca enfatizar a importância do paradigma sistêmico em detrimento do paradigma mecanicista (modelo biomédico), posto que este último é considerado de muito sucesso, uma vez que as práticas de saúde ainda são construídas a partir dele. É necessário que esta questão fique clara: o Sistema Único de Saúde não é um modelo que despreza o modelo biomédico, mas vai além dele e o incorpora, incluindo a autonomia de outros profissionais no tratamento de saúde e ações sistêmicas. Portanto, o modelo biomédico e o modelo SUS não se excluem, mas coexistem.

Nessa perspectiva, o modelo biopsicossocial implica um cuidado em equipe, superando a hegemonia médica hospitalar, em que aspectos biológicos, psicológicos e sociais influenciam na resolução do problema de saúde. Capra (1982) propôs a revisão dos modelos de saúde para que incorporem um paradigma sistêmico, reforçado por uma prática multidisciplinar como resposta para a superação dos métodos fragmentadores.

Para Martinez (1997) a multidisciplinaridade é uma das dimensões práticas do paradigma sistêmico. Ao teorizar sobre o paradigma sistêmico, Bertalanffy (2006) acreditava na multidisciplinaridade como uma teoria abrangente para que as disciplinas de natureza diferente e isoladas pelo método analítico fossem integradas e sintetizadas, pois, através da união entre diversas disciplinas, a abordagem integrada permitiria articular a cadeia de causa e efeito, abordando o todo multicausal em que estão inseridos os problemas a serem conhecidos ou resolvidos.

A interdisciplinaridade ocorre quando uma ou mais disciplinas relacionam seus conhecimentos a fim de alcançar um objetivo comum. Por exemplo, a aglutinação de diversos ramos do conhecimento em torno de temas geradores visando uma conclusão grupal conjunta.

Fala-se muito, hoje, em interdisciplinaridade. Num olhar inicial para o campo da pesquisa em saúde veem-se avanços neste sentido, quando campos da ciência se unem de modo a resolverem uma questão, e nas dimensões tecnocientíficas que se entrelaçam e complexificam (BARRETO, 2011, p. 35).

Na atenção em saúde, a Política Nacional de Humanização, que existe desde 2003, traz uma diretriz a respeito do modo de fazer saúde chamada Clínica Ampliada, caracterizada por dois aspectos essenciais. O primeiro diz respeito à afirmação de que deve haver uma integração entre diversos profissionais de saúde, de diferentes áreas, a fim de possibilitar a troca de saberes e valorizar diferentes sujeitos implicados no fazer saúde, como usuários, trabalhadores e gestores. O segundo aspecto está relacionado com a utilização da multidisciplinaridade de tecnologias e estratégias na atenção à saúde.

Os dispositivos para a Clínica Ampliada fazem com que todas as equipes ou profissionais interajam na busca de um melhor resultado de trabalho, visando à superação da fragmentação no processo de adoecimento. Nesta lógica, Brasil (2004, p. 16) cita que “a Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver”.

Na atenção em saúde ampliada, a prática multidisciplinar, ao menos teoricamente, permitiria a superação da fragmentação. O pensamento integrador amplia o olhar para outros

fatores importantes para a resolução de problemas, como fatores sociais, econômicos, psicológicos (ligados ao sofrimento subjetivo), dentre outros, superando o conceito de saúde como a ausência de doença (visão biomédica) para a integração de um conceito de saúde conjugado com aspectos econômicos, culturais e sociais.

A perspectiva sistêmica resulta na integração de disciplinas de natureza completamente diversa, na medida em que os problemas são resultado do contexto e, por isso, só podem ser compreendidos por meio de relações multicausais (VASCONCELOS, 2003). Uma prática multidisciplinar envolveria métodos de abordagem plurais e a aglutinação de teorias diversas para a resolução de um mesmo problema, mesmo que as mesmas são consubstanciadas por objetos totalmente diferentes. Para Morin e Moigne (2007) não é importante a perda da competência primordial das diferentes disciplinas do conhecimento enquanto dotadas de objetos diferentes, mas a articulação das mesmas com outras competências em torno de temas geradores, permitindo uma troca sinérgica entre campos isolados pelo método analítico.

Planos e programas do SUS se orientam de forma intersetorial e os indicadores de saúde apontam para variáveis macro como a qualidade de vida de uma população. Para programas de governo a saúde é um setor, expressão usada principalmente para definir condições de saúde relacionadas ao nível macro, nível de país. Um modelo de sistema de saúde que leve em conta múltiplas dimensões está condicionado por variáveis que demonstram o nível de saúde da coletividade, numa abordagem efetivamente integrada, denotando um sistema que abrange as incertezas também ambientais, tanto no curto quanto no longo prazo (MARTINEZ, 1997).

## **4 METODOLOGIA E ANÁLISE DOS DADOS**

### **4.1 Introdução**

A temática de pesquisa consiste na discussão de dois paradigmas, que norteariam a atenção de saúde junto ao Sistema Único de Saúde no Brasil, a partir da CF de 1988, a qual consolida juridicamente a saúde pública como um direito de todos e dever do Estado. O paradigma mecanicista caracteriza-se por uma abordagem racionalista e objetiva do mundo, em que a natureza é estável e não depende de elementos subjetivos, os quais o domínio do homem escaparia. Além disso, assume uma explicação causal linear e fragmentação dos fenômenos a fim de conhecê-los. Por outro lado, o paradigma sistêmico destaca uma causalidade circular acerca dos fenômenos e a consideração de elementos subjetivos para conhecer a realidade.

Levando isso em consideração, a presente pesquisa tem como problema central identificar e conhecer o paradigma atual da assistência no hospital de ensino, cuja atuação é 100% SUS (Sistema Único de Saúde), elencando quais são os fatores desafiadores/facilitadores de uma prática sistêmica na perspectiva dos profissionais envolvidos no Grupo de Trabalho de Humanização, que envolve profissionais de diversas áreas de formação, incluindo assistentes administrativos, psicólogos, assistentes sociais, entre outros, considerando-se a disputa entre o chamado paradigma tradicional/cartesiano, que orienta o modelo biomédico, e o paradigma sistêmico/holístico na prática de saúde.

Para responder ao problema de pesquisa mencionado acima, foram utilizadas as seguintes metodologias: a) análise de entrevistas (análise de conteúdo b) análise documental (leis, decretos, diretrizes, manuais, dentre outros) e c) estudo de caso.

#### 4.2 Descrição dos métodos e técnicas utilizadas na pesquisa

Neste subitem serão expostos os métodos utilizados para a realização da pesquisa, no que se refere à sua dimensão empírica. Para Prodanov (2006), a metodologia deve ser definida como um elemento facilitador da produção e do conhecimento, uma ferramenta capaz de auxiliar a entender o processo de busca de respostas. Para que os métodos funcionem efetivamente e produzam os resultados esperados é necessário que estes tenham modularidade e flexibilidade no sentido, inclusive, de associação entre diferentes métodos ou formas de acessar os “objetos” de conhecimento. O método não deve ser encarado como uma burocracia<sup>50</sup> no sentido de excesso de manual, procedimentos e pouca discricionariedade do pesquisador para tomar suas decisões, nem tolher a criatividade profissional, porém deve ser um instrumento que possibilite uma eficaz conexão entre o teórico e a dimensão empírica. Assim, o pesquisador deve se preocupar, de maneira prioritária, com o atingimento de bons resultados, não em seguir regulamentos.

A pesquisa científica pode ser classificada como qualitativa ou quantitativa. Ela segue uma metodologia de pesquisa qualitativa, justamente pela necessidade de se conhecer a “realidade” a partir de uma perspectiva que contemple *elementos passivos de interpretação contextual*, de aspectos de subjetividade. Por isso, utilizou-se *uma combinação de métodos e técnicas, em diferentes momentos da pesquisa, que se harmonizaram entre si*; quais sejam:

---

<sup>50</sup> A palavra burocracia é derivada do termo francês *bureau* que significa escritório e do termo grego *kratia* que significa poder ou regra.

a) Método de estudo de caso, posto que a pesquisa de fato se constitui no conhecimento, em profundidade, de um único caso, o Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas;

b) Método de análise documental (realizado nos documentos referentes à Política Nacional de Humanização e entrevistas semiestruturadas);

#### 4.2.1 O estudo de caso

Segundo Becker (1997) o estudo de caso em ciências sociais não está relacionado a um indivíduo, mas sim a uma comunidade ou organização, tendo em vista seu envolvimento com o universo de significados e com os processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, ou seja, ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ainda conforme Becker (1997, p. 118):

O estudo de caso geralmente tem um duplo propósito. Por um lado, tenta chegar a uma compreensão abrangente do grupo em estudo, ao mesmo tempo, o estudo de caso também tenta desenvolver declarações teóricas mais gerais sobre regularidades do processo e estruturas sociais.

No estudo de caso, portanto, é necessária uma ênfase na interpretação contextual, de modo que a realidade seja retratada da forma mais complexa e profunda. O caso a ser pesquisado é um hospital de ensino.

Para Chizzoti (2001) o estudo de caso pode ser tratado como uma espécie de estudo prévio a fim de delimitar uma ação transformadora. Devido ao fato de abranger um universo único, deve-se ter claro que o estudo de caso é limitado à especificidade analisada, sem generalizações que põem em risco a fidedignidade do estudo.

#### 4.2.2 Sobre o caso estudado: o Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas

A pesquisa de mestrado foi realizada no Hospital Escola por três motivos. O primeiro diz respeito a uma questão logística, isto é, pela facilidade de deslocamento da pesquisadora e a proximidade com o campo de pesquisa. O segundo, refere-se ao fato de que o Hospital Escola reuniu as condições necessárias para a realização da pesquisa por ser 100% SUS, uma vez que o mesmo abarca um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) em saúde, cuja proposta está centrada na atuação de profissionais de várias áreas do conhecimento técnico-científico. Por fim, o terceiro motivo deu-se devido ao Hospital Escola possibilitar à pesquisadora maior

facilidade de penetração no ambiente hospitalar e de contato com o empírico, uma vez que o hospital é propriedade da UFPel e a mestranda é aluna da mesma.

A certificação do Hospital Escola como Hospital de Ensino deu-se no ano de 2004 devido à aprovação da Portaria Interministerial nº 1000 (MEC MS), de março de 2004, que definiu Hospitais de Ensino e Requisitos para Certificação, em seu artigo. 6º, inciso XV. A referida portaria conceitua Hospital de Ensino (MEC, p.1) como “as instituições hospitalares que funcionam como facilitadoras da prática de atividades curriculares na área da saúde, de propriedade de Instituição de Ensino Superior ou conveniados desta”. Ademais, destaca-se no art. VI, que estabelece como requisitos obrigatórios para certificação como Hospital de Ensino o cumprimento do parágrafo IV, que determina (MS, p. 1): “abrigar atividades regulares de pesquisa no hospital de ensino, realizadas por iniciativa própria e, ou por meio de convênio firmado com IES, ou ainda, apresentar projeto institucional para o desenvolvimento de atividades de pesquisa”.

No ano de 2004, o hospital recebeu a titulação como hospital de ensino por possuir requisitos como: atendimento à população 100% SUS, abrigo permanente e contínuo de atividades de ensino de cursos de graduação e de programas de residência médica e multiprofissional. Após a avaliação das condições de pesquisa e ensino, da assistência prestada e do modelo de gestão adotada, o hospital foi certificado pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação com o título de Hospital de Ensino.

O hospital foi inaugurado através de um convênio, que firma que o mesmo atuaria dentro das dependências do Hospital Sociedade Portuguesa de Beneficência. Antes da criação do hospital da Universidade Federal de Pelotas, as atividades de ensino dos cursos da área da saúde eram realizadas no Hospital Sociedade Portuguesa de Beneficência, posto que esta disponibilizava 30 leitos para uso da prática de saúde. Num primeiro momento, o hospital abrangia 117 leitos nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e um Pronto Socorro. Somente em 1987, o hospital firma um contrato com a Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, passando a ocupar o prédio da mesma, situação que permanece até hoje. Atualmente, o hospital presta atendimento a 22 municípios da região sul pelo SUS, sendo referência na região em diversas especialidades.

A Empresa Brasileira de Administração de Serviços Hospitalares – empresa pública com regime jurídico de direito privado<sup>51</sup> – presta serviços ao hospital, surgindo com uma

---

<sup>51</sup> Empresas públicas de regime privado são pessoas jurídicas constituídas de capital somente público, ou seja, não há investimento privado em seu patrimônio. Porém, apesar de sua constituição patrimonial ser exclusivamente

tentativa de melhorar os serviços dos hospitais universitários do país. O objetivo da EBSERH é prestar serviços no âmbito dos hospitais universitários públicos ou instituições similares de apoio ao ensino, pesquisa e extensão no campo da saúde pública. Sendo assim, pode-se concluir que, mesmo possuindo regime jurídico de empresa pública de direito privado, o hospital continua sendo um hospital que presta serviço público, porém com uma nova roupagem jurídica, ou seja, sob o regime jurídico do direito privado.

No que consiste às pesquisas, o hospital constitui-se como um “grande laboratório” para cursos de graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pelotas, pois um dos requisitos para manter a certificação como hospital de ensino é o desenvolvimento de pesquisas em seu interior. Além disso, a missão do hospital é promover os três pilares de sustentação da educação pública federal, que busca a complementação entre a pesquisa, o ensino e a extensão, mas não enquanto pilares dissociados, além da promoção de uma assistência de qualidade para a população da região Sul. Desse modo, a pesquisa está relacionada como um dos papéis das universidades públicas, descrito no artigo 207 da Constituição Federal de 1988.

Atualmente, a estrutura do hospital engloba assistência em saúde de alta e média complexidade, em que estão inseridos nove cursos da área da saúde, dentre eles: medicina, enfermagem, nutrição, terapia ocupacional, psicologia, farmácia, odontologia, educação física e medicina veterinária. Hoje, o sistema de gestão de saúde da UFPel, chamado Rede Saúde UFPel, abarca a atenção primária, ambulatório de especialidades, atenção hospitalar e domiciliar.

A estrutura organizacional do hospital é composta por quatro divisões, cinco setores e vinte e nove unidades administrativas. A estrutura engloba assistência em saúde de alta e média complexidade e está assim composta:

Quadro 1: Divisões do Hospital Escola

1	Médica
2	Enfermagem
3	Gestão do Cuidado
4	Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Fonte: HE UFPel

Quadro 2: Setores do Hospital Escola

1	Projetos estratégicos em saúde
2	Apoio terapêutico
3	Farmácia Hospitalar
4	Vigilância em saúde e segurança do paciente
5	Setor de regulação e avaliação em saúde

Fonte: HE UFPel

Quadro 3: Unidades do Hospital Escola

1	Unidade de cabeça e pescoço
2	Unidade do sistema cardiorrespiratório
3	Unidade do sistema digestivo
4	Unidade do sistema urinário
5	Unidade do sistema neuro-músculo-esquelético
6	Unidade de cirurgia geral
7	Unidade de atenção à saúde da mulher
8	Unidade de clínica médica
9	Unidade materno-infantil
10	Unidade de atenção à saúde da criança e do adolescente
11	Unidade de atenção psicossocial
12	Unidade de hematologia e oncologia
13	Unidade de cuidados paliativos
14	Unidade de atenção domiciliar
15	Unidade de cirurgia
16	Unidade de nutrição clínica
17	Unidade de reabilitação
18	Unidade de cuidados intensivos e semi-intensivos adulto
19	Unidade de cuidados intensivos e semi-intensivos neonatais
20	Unidade de captação de órgãos
21	Unidade de laboratório de análises clínicas
22	Unidade de diagnóstico por imagem
23	Unidade de farmácia clínica
24	Unidade de abastecimento e dispensação farmacêutica
25	Unidade de vigilância em saúde
26	Unidade de gestão de riscos assistenciais
27	Unidade de regulação assistencial
28	Unidade de monitoramento e avaliação
29	Unidade de processamento de informação assistencial

Fonte: HE UFPel

Atuando nas diversas instâncias da estrutura do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas encontra-se o GTH, dispositivo criado pela Política Nacional de Humanização destinado a criar uma mudança cultural na atenção de saúde. Além disso, o GTH traz uma perspectiva de trabalho cuja atuação se dá através de diferentes áreas profissionais, que se reúnem para a resolução de problemas. Para isso, propõe a verticalização das relações por meio de métodos de rodas de conversa, numa perspectiva democrática de mudanças que tornem os processos mais “humanizados”. Nesse sentido, no HE o GTH dá a possibilidade para os envolvidos participarem de discussões acerca do trabalho, para melhorar a qualidade da atenção. A seguir é exposto o quadro dos integrantes do mesmo:

Quadro 4: Grupo de Trabalho de Humanização

1	Cargo	Função
2	Analista Administrativo	Representante do Serviço de Comunicação Social
3	Sem vínculo formal	Representante dos Voluntários
4	Psicóloga	Representante do Desenvolvimento de Pessoas
5	Enfermeira	Representante da Gerência de Ensino e Pesquisa
6	Assist. Administrativo	Representante da Superintendência
7	Sem vínculo jurídico	Representante dos Voluntários
8	Sem vínculo formal	Representante dos Usuários
9	Assis. Administrativo	Rep. da Gerência de Ensino e Pesquisa;
10	Assis. Administrativo	Representante da Ouvidoria
11	Enfermeira	Representante da Gerência Administrativa
12	Enfermeira	Representante da Gerência de Atenção à Saúde
13	Assistente Social	Representante da Divisão de Gestão de Pessoas
14	Enfermeira	Representante da Gerência de Atenção à Saúde
15	Auxiliar Adm.	Secretária do Grupo

Fonte: HE UFPel

### 4.3 Análise de documentos

Os dados oriundos de uma pesquisa minuciosa na bibliografia teórica e epistemológica serão organizados e interpretados por meio da Análise de Conteúdo. Conforme Moraes (1999), a análise de conteúdo, por constituir-se um esforço para aprofundar a compreensão de um texto ou de um conjunto de textos, podendo gerar um novo, tanto descritivo como interpretativo. Segundo o autor, para a realização da análise, utilizam-se tanto aspectos verbais como não verbais. A análise de conteúdo é um método de análise de dados de uma pesquisa, utilizado para descrever e interpretar o conteúdo de toda a classe de documentos e textos. Essa análise, dirigindo descrições metódicas e qualitativas, ajudará a reinterpretar as mensagens e a atingir uma concepção de seus significados num grau que vai além de uma leitura comum, como assevera Moraes (1999, p. 15):

Como método de investigação, a Análise de Conteúdo compreende procedimentos especiais para o processamento de dados científicos. É uma ferramenta, um guia prático para ação, sempre renovada em função dos problemas cada vez mais diversificados que se propõe a investigar.

Moraes (1999) coloca que os dados são decifrados pelo pesquisador de forma muito própria, de acordo com sua percepção e visão de mundo. Propõe cinco etapas para o desenvolvimento do processo de análise de conteúdo, que são:

- 1<sup>a</sup>) preparação das informações,
- 2<sup>a</sup>) unitarização ou transformação do conteúdo em unidades,
- 3<sup>a</sup>) categorização ou classificação das unidades em categorias,
- 4<sup>a</sup>) descrição
- 5<sup>a</sup>) interpretação.

Segundo Lüdke e André (1986, p. 38 [grifos nossos]): “[...] a análise documental pode se constituir numa técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, seja na complementação de informações obtidas por outra técnica, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema”. São considerados documentos para fonte de informação: escritos, leis e regulamentos, normas, projetos, jornais, revistas, arquivos e estatísticas, discursos, etc. A análise documental procura identificar informações factuais nos documentos analisados a partir de questões levantadas pelo pesquisador. Os documentos constituem numa fonte poderosa na

qual podem ser retiradas evidências e informações que ajudem a fundamentar as afirmações e premissas do pesquisador.

De acordo com Lüdke e André (1986, p. 39 [grifos dos autores]), os documentos analisados representam “uma fonte ‘natural’ de informação. Não são apenas uma fonte de informação contextualizada, mas surgem num determinado contexto e fornecem informações sobre esse mesmo contexto”.

Segundo Chizzoti (2001) a análise de conteúdo pode ser realizada em quaisquer comunicações colhidas em pesquisa, que atestem o comportamento humano. Tem como objetivo compreender o sentido das comunicações dos sujeitos informantes da pesquisa.

#### 4.4 Análise dos dados

##### 4.4.1 Introdução

Neste subitem é importante que se esclareça que todas as pesquisas vinculadas ao Hospital Escola são formalizadas. Para isso, atendem a critérios básicos como aprovação em um Comitê de Ética em Pesquisa legalmente reconhecido; avaliação da área técnica (setor) para viabilidade de aplicação da pesquisa, parecer final da direção do hospital e cumprimento da resolução número 466 do Conselho Nacional de Saúde.

Foi realizada a submissão do projeto de pesquisa e seus respectivos protocolos via Plataforma Brasil (sistema oficial de lançamento de pesquisas para análise e monitoramento do Sistema CEP/CONEP). Após a aprovação integral dos protocolos via Plataforma Brasil, o qual durou cerca de quatro meses, principalmente em razão de pendências documentais, foi preenchido o formulário de solicitação para realização de pesquisas no hospital, o qual foi encaminhado para as chefias dos setores envolvidos para apreciação. Após isso, o projeto foi aceito e a Gerência de Ensino e Pesquisas despachou a Carta de Anuência sob o protocolo nº 00812 (anexo número 1).

A pesquisa tendo sido aprovada, a Gerência de Ensino e Pesquisa solicitou a entrega da cópia da apólice de seguros contra acidentes pessoais. Justifica-se o pedido da cópia da apólice pois o hospital é um ambiente de risco de vida e as entrevistas foram realizadas em salas dentro do HE. Após isso, foi realizado o preenchimento de informações para a confecção do crachá necessário para poder adentrar na instituição. Importante salientar que, obrigatoriamente, a

autorização para a realização da coleta de dados se dá somente após a entrega da Cópia do Parecer Consubstanciado do CEP, da cópia da apólice de seguro e do crachá.

#### 4.4.2 Análise de conteúdo dos documentos

Utilizando a noção de tipos ideais, teorizada por Max Weber, a análise se deu orientada após a enumeração das principais características do paradigma mecanicista e do paradigma sistêmico, que deram origem às categorias de análise. Contudo, nem todas os aspectos de cada paradigma se apresentam em cada caso concreto. As principais características dos dois paradigmas estão expostas no quadro a seguir:

Quadro 5: O paradigma mecanicista e o paradigma sistêmico na atenção de saúde

Cap.1 Paradigma mecanicista	Cap. 2 Paradigma sistêmico
Modelo de saúde biologicista	Modelo de saúde preventivista, biologicista e social
Doenças são causadas por um único fator patológico	Multicausalidade
Abordagem centrada na hegemonia médica	Abordagem multidisciplinar
Ser humano como objeto isolado	Ser humano em interação com variáveis ambientais
Saúde e doença vistas como fatos naturais	Saúde e doença vistas em constante interação com variáveis sociais, econômicas, psicológicas e biológicas;
Atendimento isolado	Atendimento em Redes de Atenção e em equipes
Locus hospitalar	Hospital, UBS, creches, asilos, UPAs, dentre outros
Foco na cura do paciente	Foco na cura e em elementos subjetivos, como o sofrimento e o contexto familiar
Decisões centralizadas	Decisões colegiadas
Fragmentação das ações	Ações integradas através de compartilhamento de informações

Elaboração própria

#### 4.4.3 Fragmentos dos documentos e análise dos dados

Na presente secção será realizada a análise dos excertos dos documentos Humaniza SUS, Clínica Ampliada e Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Eles são importantes de serem elucidados, em seus aspectos paradigmáticos, pois serão confrontadas, tendo por lógica a comparação teórica do que estabelecem e a prática encontrada no Hospital Escola.

A escolha dos documentos se deu em virtude de elencarem elementos suficientes para compreender uma nova forma de atenção de saúde. Demonstrar-se-á como tais documentos podem ser entendidos como um novo regramento sobre o “modo de fazer” saúde, rompendo, ao menos teoricamente, com a visão essencialmente fragmentada do paradigma mecanicista. A nova proposta de atenção do SUS abrange a consideração do sujeito inserido num contexto biopsicossocial, que traz uma história e subjetividades relacionadas à doença, superando, ao menos teoricamente, o modelo biomédico pautado numa dimensão puramente biológica, cuja hegemonia é fundamentalmente médica.

Um dos pontos importantes a destacar refere-se ao fato de que os três documentos possuem elementos semelhantes entre si, isto é, todos referem-se, de alguma forma, a uma atenção de saúde pautada na multidisciplinaridade, no sujeito singular e na Rede de Atenção, as quais tornaram-se categorias analíticas. A primeira categoria elencada será a multidisciplinaridade, a segunda o sujeito singular e a terceira redes de atenção.

A análise dos dados foi realizada segundo três categorias analíticas, extraídas após elencar as principais características do paradigma mecanicista e do paradigma sistêmico na atenção de saúde. São elas: a) multidisciplinaridade, b) contexto singular do sujeito e c) sistema de saúde em Redes de Atenção.

#### 4.4.4 Categoria 1: Multidisciplinaridade

Optou-se pela análise de excertos retirados dos três documentos, os quais guardavam semelhanças entre si por tratarem sobre os mesmos assuntos. Os trechos a seguir demonstram essas características:

Transformação dos modos de relação e de comunicação entre sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes (PNH, 2010, p. 26).

A proposta de desestabilização das fronteiras dos saberes é ousada, pois implica na formação acadêmica marcada pela fragmentação do próprio saber. A comunicação dos vários sujeitos implicados no processo de produção de saúde é dificultada pela linguagem específica

de cada formação, aliada ao desconhecimento da área e das potencialidades do saber de outros profissionais.

A seguir é exposta mais um aspecto do modo como a PNH aborda a multidisciplinaridade em saúde.

Valorização de diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, como usuários, trabalhadores e gestores através do método de rodas de conversa (PNH, 2010, p. 8).

Percebe-se que há uma proposta de rompimento com uma causalidade linear ao abordar uma dimensão que integra diferentes sujeitos que podem vir a contribuir para a produção da saúde. Desse modo, a prática sistêmica é trazida, ao menos teoricamente.

Sabemos que a divisão do trabalho que fragmenta divide a formação em “caixas”, isso faz com que haja uma diminuição nas possibilidades de enfrentar problemas de áreas que os profissionais teoricamente não estão competentes para atuar. A ação profissional já vem institucionalizada desde a formação acadêmica.

A seguir é exposto um excerto referente à proposta do SUS:

A proposta de clínica ampliada é ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes. É na interação entre os diferentes Sujeitos da equipe (justamente valorizando essas diferenças) que se poderá mais facilmente fazer uma clínica ampliada. Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes, práticas e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada (Clínica Ampliada, 2007, p. 3).

Pode-se perceber que há, teoricamente, o reconhecimento da intrínseca fragmentação que envolve a organização dos serviços e o modo de atenção como um todo, operando conforme as especialidades e fragmentação dos saberes. Busca-se uma superação da fragmentação e a resposta é a aglutinação dos mesmos saberes em equipes multidisciplinares e o reconhecimento de cada um com importância equânime. A proposta do SUS vai além da aglutinação de saberes, mas estabelece uma mudança de cultura institucional, que privilegia, na prática, a detenção de maior autoridade a um único saber. O que efetivamente acontece é que realmente os saberes estão dispostos em uma hierarquia, o SUS reconhece isso, e promove um programa de “conscientização” dos sujeitos, para que saibam lidar com as diferenças e com os conflitos em um campo cheio de tensões e relações de poder, tanto no que consiste à fragmentação dos saberes quanto dos interesses envolvidos no campo da saúde, que nem sempre são os interesses do usuário-cidadão.

A fragmentação é um desafio a ser superado através da intersectorialidade, como bem demonstrado no trecho a seguir:

Deve buscar ajuda em outros setores, ao que se dá nome de INTERSETORIALIDADE (Clínica Ampliada, 2007, p. 12).

A própria noção de que se deve buscar ajuda em outros setores já configura um sistema de saúde dividido em partes, em que a integração ocorreria simplesmente através da estratégia da intersetorialidade. Nesse sentido, caso a fragmentação não fosse intrínseca ao sistema de saúde, a comunicação intersetorial nem seria cogitada.

Os limites dos conhecimentos são reconhecidos pelo SUS, porém este deixa ambíguo o modo como isto irá ser resolvido na prática da atenção de saúde, como exposto no trecho a seguir:

RECONHECER OS LIMITES DOS CONHECIMENTOS dos profissionais de saúde e das TECNOLOGIAS por eles empregadas e buscar outros conhecimentos em diferentes setores. Não podemos esquecer que, às vezes, o próprio diagnóstico já traz uma situação de discriminação social que aumenta o sofrimento e dificulta o tratamento (exemplos são as doenças que produzem discriminação social, e os “diagnósticos” que paralisam a ação de saúde, em vez de desencadeá-la). (Clínica Ampliada, 2007, p. 12).

Levando isso em consideração, o SUS assume que há efetivamente limites inerentes ao próprio campo da saúde, que é fragmentado, e das próprias tecnologias. Indo além disso, traz preocupações acerca das dificuldades sociais que permeiam as condições de saúde, capazes de aumentar o sofrimento e paralisar as ações. Nesse sentido, podemos dizer que a saúde efetivamente está “incrustada” no social, indo além do fator biológico, abrindo caminho para uma abordagem sociológica no sentido de que a saúde não é um fenômeno previamente dado pela realidade, mas influenciado também por fatores sociais e econômicos. Devido a isso, o SUS estabelece que a ampliação do objeto de trabalho da clínica, indo além das doenças, visam o entendimento das situações biopsicossociais que ampliam a vulnerabilidade de apresentar determinadas doenças.

A comunicação é um fator importante para as equipes interdisciplinares do SUS:

As equipes interdisciplinares ou transdisciplinares (o “trans” aqui indica o aumento do grau de comunicação, da troca de saberes, de afetos e de co-responsabilidade entre os integrantes da equipe) têm que ter algum poder de decisão na organização, principalmente, no que diz respeito ao processo de trabalho da equipe (Clínica Ampliada, 2007, p. 28).

Em verdade, a equipe multidisciplinar deve ter algum poder de decisão na organização. Muitas vezes, não é o que ocorre. A equipe multidisciplinar pode não ter acesso às decisões gerenciais, ficando “de mãos atadas” para mudar situações vividas.

As equipes são uma forma de reconhecer a complexidade do sujeito doente:

É importante para a humanização porque se os serviços e os saberes profissionais muitas vezes recortam os Sujeitos em partes ou patologias, as equipes de referência são uma forma de resgatar o compromisso com o Sujeito,

reconhecendo toda a complexidade do seu adoecer e do seu projeto terapêutico (Clínica Ampliada, 2007, p. 39).

Há uma efetiva preocupação do SUS em atender o sujeito na sua complexidade. Porém, reconhece-se que os serviços e os saberes profissionais muitas vezes recortam os sujeitos em partes ou patologias.

Uma das dificuldades de executar esta proposta é reconhecer a interdependência entre profissionais e serviços, porque isso pode significar reconhecer os próprios limites e a necessidade de inventar caminhos e soluções que estão além do saber e competência de cada um. Se esta é a dificuldade, esta é também a grande força motriz, uma vez que o trabalho criativo é muito mais saudável e prazeroso (Clínica Ampliada, 2007, p. 39).

A nova forma de abordagem da realidade estabelece uma nova forma de relacionamento entre os profissionais, e não somente destes, mas com trabalhadores e usuários diante desta tríplice demanda.

Embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual (Rede de Atenção, 2010, p. 2).

Em verdade, há uma tentativa, ao menos teoricamente, da superação da fragmentação das ações e serviços de saúde para qualificação do cuidado. Porém, o que parece é que a efetiva integralidade ainda possui muitos desafios, como a própria fragmentação que envolve a formação profissional e a própria organização e estrutura de poder que rege as instituições de saúde.

O modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros (Rede de Atenção, 2010, p. 1).

Parece evidente para o SUS que o modelo de atenção vigente não condiz com a complexidade dos desafios sanitários. As ações curativas, nesse sentido, não conseguem dar uma resposta efetiva por concentrarem-se nas partes do sistema, que é condicionante e condicionador dos fenômenos de saúde e doença. A saúde (*output*), como uma resposta que é gerada pela Rede de Atenção, nunca será uma resposta isolada do meio ambiente posto que está condicionada pelo mesmo e o condiciona, como através do aumento da demanda por determinadas doenças cuja variável determinante são os hábitos, por exemplo, e o número de ocorrências pode aumentar dependendo do local (região) em que está a rede.

O trabalho é um lugar de criação, invenção e, ao mesmo tempo, um território vivo com múltiplas disputas no modo de produzir saúde. Por isso, a necessidade de implementar a práxis (ação-reflexão-ação) nos locais de

trabalho para a troca e o cruzamento com os saberes das diversas profissões (Rede de Atenção, 2010, p. 1).

A abordagem preconizada pelo SUS confere uma nova maneira de conceber a ciência, rompendo com a hegemonia de poder existente, possibilitando, com isso, maior interação e troca criativa. A partir disso, podemos dizer que a política é uma reforma das instituições, porém, não é possível reformar as mesmas sem antes uma reforma no nível da cultura.

É importante ressaltar que na disputa dos interesses, o que deve permanecer é o interesse do usuário cidadão. Portanto, os problemas de saúde da população e a busca de soluções no território circunscrito devem ser debatidos nas equipes multiprofissionais (Redes de Atenção, 2010, p. 1)

O SUS normativa que, na disputa por interesses, o que deve permanecer é o interesse do usuário cidadão. Porém, se é necessária uma normativa caracterizando o “dever ser”, é fato que, na realidade, o SUS assume que há uma intrínseca disputa de interesses envolvendo o campo da saúde, marcado por interesses econômicos e sociais.

Atenção Primária em Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde (Rede de Atenção, 2010, p. 1);

Pode-se dizer que a atenção primária é a porta de entrada do sistema e constitui uma equipe multidisciplinar. Porém, a equipe multidisciplinar atua em várias partes da Rede de Atenção em Saúde.

#### 4.4.5 Categoria 2: Contexto singular do sujeito

A “humanização” da atenção em saúde confere importância para o lado “humano” e resgata a dimensão subjetiva do sofrimento no cuidado, envolvendo uma visão ampliada do sujeito, considerado sob uma perspectiva única e individual, que tem uma história, família, um contexto específico, subjetividades e, até mesmo, sofrimento.

Lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe (Humaniza SUS, 2010, p. 1).

O rigor cartesiano das práticas é superado em direção a uma saúde cuja preocupação incorpora a subjetividade humana e a visão holística do sujeito que necessita de atenção. O SUS estabelece aspectos ligados à inserção social dos mesmos através de ações que geram informações referentes à família.

Considerar a desigualdade socioeconômica presente no território nacional (Humaniza SUS, 2010, p. 15).

Verifica-se a importância às diferentes necessidades da população, deixando de centrar na doença e agindo para promover a abordagem adequada a cada região segundo a demanda local, isto é, firma-se na conjunção de respostas (*outputs*) não isoladas do contexto regional em que está inserido o usuário, integrando políticas sociais e econômicas.

Ampliação de suas bases conceituais, avançando para além da alopatia, da racionalidade clínica da biomedicina; ampliar incluindo práticas complementares; ampliar para além do biológico, incluindo as dimensões social e subjetiva (afinal, a produção de saúde se dá para além e aquém da experiência material do corpo); ampliar para ação interdisciplinar, com aposta no trabalho ajudar usuários e trabalhadores a lidar com a complexidade dos Sujeitos e a multicausalidade dos problemas de saúde na atualidade significa ajudá-los a trabalhar em equipe (Humaniza SUS, 2010, p. 66).

Percebe-se que há uma afetiva preocupação em alcançar a complexidade dos sujeitos e a multicausalidade dos problemas apresentados. A solução encontrada pelo SUS, teoricamente, para a racionalidade clínica seria o avanço para práticas complementares, supostamente “capazes” de satisfazer a lacuna apresentada pela complexidade inerente aos fenômenos que envolvem a vida.

Alguns problemas como a baixa adesão a tratamentos, os pacientes refratários (ou “políquelixosos”) e a dependência dos usuários dos serviços de saúde, entre outros, evidenciam a complexidade dos Sujeitos que utilizam serviços de saúde e os limites da prática clínica centrada na doença. O diagnóstico pressupõe uma certa regularidade, uma repetição. Mas para que se realize uma clínica adequada é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular, inclusive, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo. O serviço percebeu que o tratamento ficaria muito limitado caso o enfoque fosse estritamente hematológico, pois a sobrevivência dos usuários estava ameaçada pela composição da doença com o contexto em que os sujeitos se encontravam (Clínica Ampliada, 2007, p. 9).

Em verdade, o SUS entende que o enfoque puramente biológico ficaria muito limitado, propondo o entendimento da doença segundo o contexto em que os sujeitos se encontravam. Pode-se dizer que há uma tentativa de abordagem “do social” na atenção à saúde através da abrangência do contexto, pois nesse caso podem aparecer tensões ocasionadas por desigualdades sociais, como a inexistência de qualidade de vida ocasionadas pela baixa remuneração, alimentação insuficiente, condições ambientais insalubres, dentre outras variáveis que são estritamente ambientais.

O serviço de saúde poderia ter se concentrado no problema genético e em toda tecnologia que ele dispõe para diagnóstico e tratamento, ignorando a história e a situação social das pessoas que estão sob seus cuidados, comprometendo assim a adesão ao tratamento e a eficácia. Um compromisso radical com o sujeito doente, visto de modo singular (Clínica Ampliada, 2007, p. 12).

As tecnologias como formas únicas de resolução de problemas são criticadas pelo SUS, que as vê como soluções limitadas, por não abranger a história e a situação social. Para o SUS, caso a atenção em saúde abranger uma preocupação causal linear, a qual preocupa-se com o efeito do sistema de saúde, isto é, a doença, no qual está inserido o sujeito, desprezando uma resposta que resgata um contexto mais amplo, há um comprometimento do próprio tratamento e da sua eficácia.

O desafio, portanto, é da mudança de uma cultura organizacional no SUS, ou melhor, a mudança de uma cultura organizacional ainda em desacordo com os princípios do SUS. A partir da percepção da complexidade do sujeito acometido por uma doença, o profissional pode perceber que muitos determinantes do problema não estão ao alcance de intervenções pontuais e isoladas. Fica clara a necessidade do protagonismo do Sujeito no projeto de sua cura: autonomia (Clínica Ampliada, 2007, p. 39).

Em verdade, os profissionais estão limitados pelo próprio saber no alcance dos sujeitos em sua complexidade. A atenção em saúde profissional esbarra, muitas vezes, em problemas de saúde cuja causa é sistêmica e, paradoxalmente, a ação é pontual e focada nos efeitos do sistema (doença).

Nunca é demais lembrar que as questões relativas às condições de sobrevivência (moradia, alimentação, saneamento, renda, etc.) ou da inserção do Sujeito em instituições poderosas, como religião, tráfico, trabalho, freqüentemente estão entre os determinantes principais dos problemas de saúde e sempre serão fundamentais para o Projeto Terapêutico (Clínica Ampliada, 2007, p. 52).

Fica claro, a partir desta proposição dos SUS, que os problemas de saúde possuem causas, muitas vezes, determinadas por problemas sociais. O projeto terapêutico, dessa maneira, não consegue ou é limitado para alcançar causas sistêmicas, pois está condicionado por uma formação analítica.

O cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças sócio econômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, agravado pelo elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde e pelo desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país (Redes de Atenção, 2010, p. 1).

Percebe-se que a variável regional é levada em consideração, problematizada com as diferenças de realidades sócio econômicas da população entre as regiões. Aliado a isso, há o desafio de lidar com variáveis de ordem macroeconômicas, como a relação entre a demanda e a oferta, escala, escopo, qualidade, etc, marcadas pela constituição de um sistema de saúde submetido por variáveis das mais diversas, em que a economia, e seus interesses, também deve ser levada em conta no entendimento da complexa relação entre saúde e doença.

#### 4.4.6 Categoria 3: Sistema de Saúde integrado através de Redes de Atenção

O conceito de saúde como a ausência de doenças, característico do paradigma mecanicista, vigente antes do século XX, é criticado na normativa do SUS, atrelando-o, necessariamente, a aspectos de bem-estar mais amplos, incluindo a qualidade de vida.

Superar a visão de saúde como a ausência de doença (visão biomédica) para a ampliação e o fortalecimento da concepção de saúde (Humaniza SUS, 2010, p. 15).

Na atenção em saúde ampliada, a prática multidisciplinar, ao menos teoricamente, permitiria a superação da fragmentação, em que o pensamento integrador amplia o olhar para outros fatores importantes para a resolução de problemas, como fatores sociais, econômicos, psicológicos (ligados ao sofrimento subjetivo), dentre outros, superando o conceito de saúde como a ausência de doença (visão biomédica) para a integração de um conceito de saúde conjugado com aspectos econômicos, culturais e sociais.

Fortalecimento da descentralização, ampliando a autonomia dos municípios na Rede de Atenção (Redes de Atenção, 2010, p. 2).

Poderíamos dizer que a rede é uma abordagem de sistemas se determinada estruturalmente para a convergência de compartilhamento de informações que possibilitam um resultado uniforme, como os registros obtidos em cada região abrangida. A rede é uma modalidade de sistemas em constante mudança posto que abrangem partes compostas por uma inter-relação entre as mesmas, que se orientam segundo uma dinâmica de retroalimentação, ou seja, gera *inputs* e *outputs*, numa constante relação com o meio ambiente em que estão inseridas. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos de serviços de saúde que buscam garantir a integralidade do cuidado e se fortalecem com a ampliação de tecnologias e dispositivos que apontam para o estabelecimento de arranjos mais participativos entre usuários e profissionais de saúde, provocando inovações no que consiste ao compartilhamento de informações referentes ao cuidado e à gestão. Nesse sentido, as diretrizes e estratégias para implementação de Redes de Atenção à Saúde, aliada à noção da ampliação do conceito de saúde como uma inter-relação sistêmica por meio do acesso universal e integral e da articulação inter-regional, cuja organização dos serviços promete ir além do isolamento das unidades de saúde e considerar o contexto do usuário para a resolução de problemas, pois a sua concretização utiliza estratégias de integração que permite adaptar a oferta do Sistema de Saúde de acordo com a produção saúde-doença vigente na região em que ela se estabelece, caracterizando uma produção de saúde que leva em conta uma complexa rede de causas. As ações em saúde conectadas através de

redes demonstram características de conexão entre profissionais, gestores e usuários, tendo a participação social como um fator importante no Sistema Único de Saúde.

Trabalho em rede com equipes multiprofissionais de atuação transdisciplinar (Humaniza SUS, 2010, p. 20).

A tentativa de modificação da atenção à saúde envolve uma questão epistemológica, isto é, do modo como o saber está formatado na atenção em saúde. Podemos perceber que o atendimento visando a abordagem da complexidade das demandas de saúde atenta para a atuação de equipes multiprofissionais e o desenvolvimento de metodologias inovadoras, capazes de contemplar diferentes áreas do saber. A utilização da multidisciplinaridade de estratégias e tecnologias faz com que a atenção seja focada no sujeito em sua integralidade. O cuidado integral do usuário, em que a cura se dá por ações integradas realizadas por uma equipe da área social, psicológica e médica, que não pode permanecer somente na especialidade médica, é realizada em rede, o que torna as fronteiras dos saberes disciplinares permeável, estabelecendo uma nova forma de trabalhar, incomum na maioria dos estabelecimentos de saúde hierárquicos e burocratizados.

Promoção de ações que promovam a integração com o restante da rede de serviços e a continuidade do cuidado (Humaniza SUS, 2010, p. 14).

Nem sempre os profissionais possuem clara a visão de que são parte maior de um todo complexo. Muitas vezes, os mesmos estabelecem prioridades de poder enrijecidos pela estrutura hierárquica e por uma lógica fragmentada e uma cultura burocrática.

Podemos perceber que o ambiente externo é uma variável importante no cuidado em saúde. No sistema de saúde organizado em rede, a geração de *inputs* e *outputs* podem ser utilizados por qualquer uma das partes, ou seja, o sistema produz *output*, mas a rede o apanha e gera um *input* influenciado por ele, compondo um sistema altamente dinâmico. As ações em rede permitem desenvolver sistematicamente o conjunto de atributos que caracteriza um Sistema de Saúde, em que todas as unidades que compõem o Sistema Único de Saúde, como UBS, UPA, hospitais, dentre outras, são vistas como uma parte na rede de atenção de uma dada região, que precisam se conectar com outras partes, ou seja, outras unidades de saúde da região ou macrorregião, para cumprir com suas responsabilidades e obter a maximização dos resultados.

Os processos de produção de saúde se fazem numa rede de relações que, permeadas como são por assimetrias de saber e de poder e por lógicas de fragmentação entre saberes/práticas, requerem atenção inclusiva para a multiplicidade de condicionantes da saúde que não cabem mais na redução do binômio queixa-conduta (Humaniza SUS, 2010, p. 15).

Na referida citação percebe-se que o SUS como um todo assume que o processo de saúde-adoecimento não é um fenômeno isolado do meio em que está inserido, influenciando e sendo influenciado por ele. Entretanto, até que ponto a atenção de saúde, nos moldes institucionais atuais, consegue alcançar efetivamente uma atenção que abarque múltiplas variáveis, indo além do mero agrupamento de disciplinas, é um questionamento válido a ser realizado.

Construir uma relação clínica que seja uma experiência de troca entre sujeitos, não de alguém que sabe e alguém que não sabe; uma clínica que não seja encontro episódico, mas a construção de vínculo e confiança no tempo, permitindo a contração de responsabilidades na rede de saúde; enfim, ampliar a clínica significa reconstruir relações de poder na equipe e com os usuários e sua rede sócio-familiar, ampliando processos de troca e de responsabilização mútua; a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; a fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência (Humaniza SUS, 2010, p. 61).

Fica claro a proposta de inserir a rede familiar no processo de cura, entendendo que o sujeito não é uma “parte” isolada da construção social da qual faz parte. O fator puramente biológico é superado por uma rede que amplia a atenção para além da rede assistencial hospitalar.

Experiências têm demonstrado que a organização da RAS tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; são mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário (Rede de Atenção, 2010, p. 1).

A rede de atenção à saúde é vista como a forma de superação da fragmentação do sistema de saúde. Porém, até que ponto a RAS efetivamente consegue chegar na “ponta” da política pública, isto é, onde a atenção efetivamente acontece, sem passar por desafios de toda ordem, desde culturais, como a falta de conhecimento dos profissionais acerca da política, quanto na alocação dos recursos, marcada pela insuficiência, mas, mais do que isso, pelo mau gerenciamento público?

## 4.5 Análise de conteúdo

### 4.5.1 Introdução

As entrevistas foram essenciais para que os informantes evidenciassem desafios e pontos relevantes que enfrentam em seu cotidiano de trabalho, deixando-os livres na condução

de suas respostas. A entrevista foi realizada de modo a conduzir as respostas dos entrevistados para questões interessantes para o entrevistador, ao mesmo tempo em que deixa o entrevistado livre para formular respostas às perguntas (MAY, 2004).

Justifica-se a realização de entrevistas com profissionais de diferentes formações para buscar informações referentes a percepção dos mesmos acerca da política pública de “humanização”, que, teoricamente, rompe com a hegemonia médica hospitalar ao trazer a dimensão prática do novo paradigma (sistêmico) – a interdisciplinaridade.

A análise de discurso deu-se através de entrevistas semiestruturadas, conforme quadro dos entrevistados.

Quadro 6: integrantes do GTH:

Entrevistado	Setor	Sexo	Profissão
1	Gestão de Pessoas	Feminino	Assistente Social
2	Nutrição	Feminino	Nutricionista
3	Banco de olhos e comissões hospitalares	Feminino	Assistente administrativo
4	Ouvidoria	Feminino	Assistente social
5	Gestão de pessoas	Feminino	Psicóloga
6	Imagem	Feminino	Enfermeira
7	Gerência de Ensino e Pesquisa	Feminino	Cirurgiã-dentista
8	Hospital Dia	Masculino	Enfermeiro
9	Voluntário	Masculino	Pastor
10	Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar	Feminino	Enfermeira
11	Voluntário	Masculino	Policial federal

Elaboração própria

O GTH é composto por 13 membros fixos e mais alguns que participam ativamente. Para a introdução inicial, optou-se por entrevistar os 13 membros fixos. Assim, foi marcado um encontro com a informante-chave, isto é, a coordenadora do grupo, que se disponibilizou a repassar dez contatos de sujeitos, via *whatsapp*, que pudessem ser informantes-chaves, isto é, pessoas com o perfil necessário de pesquisa, dentro da população do GTH. A prospecção de

entrevistados deu-se a partir do entendimento de que todos os sujeitos participantes do GTH são reconhecidos como potenciais entrevistados posto que todos produzem práticas adequadas para captar os desafios e elementos que facilitam uma prática sistêmica em saúde. Pressupõe-se que todos conseguem captar um conhecimento sobre suas práticas e orientam suas percepções individuais conforme seus valores e significados pessoais. Para Andrade (2011) “quando se trabalha com qualidade, com significados, valores etc., busca-se a identificação de todos os atores sociais que têm vinculação significativa com o problema a ser investigado; elencar esses atores sociais é requisito fundamental”.

Contatou-se devidamente dez pessoas do GTH, porém, apenas oito tiveram interesse em participar da pesquisa. Quanto às recusas, a primeira “possível” entrevistada não respondeu a mensagem e a outra chegou a marcar a entrevista, porém no dia marcado, a mesma informou que não sabia muito sobre o assunto para dar as informações necessárias. Uma das entrevistadas optou por ser entrevistada junto com a sua chefe e colega de trabalho, o que não foi visto como um problema pela entrevistadora.

O primordial, na pesquisa qualitativa, não é elencar uma amostra numérica probabilística, mas contemplar todos os atores que podem estar envolvidos com a questão a ser investigada, ficando a suficiência das informações como a indicação de saturação amostral. Nesse sentido, a amostra se constituirá a partir do método de saturação teórica, em que o entrevistador verifica a repetição dos pontos de vista dos entrevistados, a partir deste ponto ele “sente” que os temas se esgotaram, dado que nenhuma informação nova parece emergir e o problema foi abordado em suas múltiplas dimensões. Nesse ponto, não há mais lógica para seguir com as entrevistas.

A amostra referente às entrevistas foi conduzida por meio do método bola de neve. O método da bola de neve foi necessário pois uma amostra probabilística foi impossível e o informante-chave ajudou a pesquisadora a tatear seus contatos (ANDRADE, 2011). Em seguida, solicitou-se que os entrevistados indicassem novos contatos que pudessem ter familiaridade com a temática, mesmo que fora da população formal do GTH, pois assim o quadro de amostragem pode crescer mais, o que o tornou-saturado, ou seja, não foram encontradas novas informações que pudessem ser relevantes considerando a problemática e os objetivos da pesquisa. Por fim, as entrevistas semiestruturadas foram analisadas segundo as três categorias analíticas elencadas:

Quadro 7: Categorias de análise utilizadas nas entrevistas semiestruturadas

1	Perspectiva sobre a equipe de humanização do SUS
2	Motivos do Estado propor uma política de “humanização” na perspectiva dos sujeitos
3	A multidisciplinaridade no GTH
4	A integralidade da atenção de saúde
5	Desafios da multidisciplinaridade
6	O diálogo multidisciplinar
7	Desafios da integralidade em saúde

Elaboração própria

#### 4.5.2 Análise de conteúdo dos integrantes do Grupo de Trabalho de Humanização

Nesta secção será realizada a análise de conteúdo dos integrantes do GTH. No roteiro de entrevistas semiestruturadas (anexo número 3) foram aplicadas perguntas segundo três eixos temáticos de organização, que se desdobraram em categorias analíticas.

#### 4.5.3 Categoria 1: Perspectivas do Grupo de Trabalho de Humanização sobre a humanização do SUS

Quando perguntado a respeito da importância da humanização no cotidiano hospitalar, a entrevistada 1 responde:

A política de humanização é bem importante dentro do Sistema Único de Saúde porque ele faz com que todas as pessoas sejam vistas como sujeitos plenos de direitos, dignos de terem um atendimento de qualidade (entrevistada 1, gestão de pessoas).

Diante dessa resposta, infere-se que, para o sujeito entrevistado, o sentido de humanização está relacionado a garantia dos direitos dos usuários do SUS. Já para a entrevistada 2 a importância da humanização no cotidiano hospitalar diz respeito a melhoria da estadia do paciente:

A humanização acaba tornando a estadia do paciente e dos familiares que acompanham o paciente diariamente menos difícil. Faz dois anos que eu cheguei aqui, então a minha percepção é bem recente. Nosso maior problema é não registrar as ações, porque são muitas. Aqui no hospital vem o Thol, vem nas quartas o grupo medicação que eles passam tocando samba há 16 anos. As pessoas já esperam pela quarta-feira. E a gente trabalha nas festas das crianças,

sempre tem uma ação, nem que seja um bilhetezinho um bombom, a gente tenta fazer. E assim, eu não sei te dizer quando foi criado e como foi criado, mas sempre teve isso. Agora tem a casa da Vicentina, são idosas em condição de abandono, que a família não vai ver. Tem umas que tem problema mental, é bem aqui pertinho. Esse ano não colocaram, mas sempre colocavam a foto delas e o que elas pediram de natal. Então, cada uma quer alguma coisa, por exemplo, um batom, um chinelo. Cada um adota uma idosa e depois distribui os presentes. Tem muitas pessoas que ficam aqui no hospital cem, duzentos dias. Cada clínica que a gente tem, cada setor desses tem a sua particularidade. As copeiras já vão conhecer, tem pequenos detalhes que vão fazer com que o paciente tenha uma adesão maior ao tratamento (entrevistada 2, nutrição).

Interessante atentar para o sentido particular de humanização permeado pelos valores e cultura institucional, que está relacionado com afeto e benevolência com o outro. Devido a isso, dar um “bombom” ou comemorar o aniversário torna-se uma atividade de humanização. Por outro lado, a política pública de humanização é muito mais do que a preocupação com datas comemorativas ou presentes no sentido de que estabelece novos arranjos institucionais, buscando autonomia de trabalhadores e gestores.

Para a entrevistada 3 a importância da humanização no cotidiano hospitalar está ligada a resolução de problemas:

Aqui no hospital o Grupo de Trabalho de Humanização vem para atender alguns problemas que a gestão não consegue resolver diretamente. Por exemplo, se acontece um problema no setor de enfermagem ele é levado até o Grupo de Humanização. A gente trabalha com foco tanto nos colaboradores quanto nos clientes de saúde. No grupo de trabalho de humanização existe os membros efetivos, que são firmados pela normativa da EBSEH. Todos os funcionários são convidados a participarem, mas as comissões são somente com os grupos efetivos. Dentro do grupo de trabalho temos profissionais das mais diversas áreas. Abrange todas as áreas pois a gente acha importante, para que a gente possa abranger toda a instituição, tanto trazendo os problemas para serem solucionados quanto dos clientes de saúde. Então isso é bem importante para nós. A gente vê o retorno, a gente vê o feedback de todas as ações. No dia das crianças a gente faz as ações, agora no final do ano a gente faz as ações para os colaboradores e pacientes também. A gente proporciona rodas de conversa abertas a todos, a gente coloca uma pauta, por exemplo, portadores de autismo, de forma a unir os diferentes profissionais para que possam debater sobre o assunto e a melhor forma de abordar dentro da instituição. Então, a gente leva para uma roda de conversa pois aqui dentro pode ter profissionais que não tem tanto conhecimento sobre o assunto (entrevistada 3, banco de olhos e comissões hospitalares).

Novamente, aparece a divergência entre a informação contida nos documentos referentes à política de humanização e o sentido que os sujeitos que fazem parte do GTH dão à humanização no hospital, isto é, na realidade encontrada no hospital a política está relacionada com ações pontuais referentes aos pacientes, como comemorações de aniversários, dia das crianças, dentre outras. O sentido da humanização encontrado na política refere-se à fragmentação dos serviços e os saberes profissionais que, muitas vezes, recortam os sujeitos em

partes ou patologias. As equipes possuem o compromisso de resgatar a integralidade do sujeito, reconhecendo a complexidade que envolve a sua doença.

Quando perguntada sobre a importância da humanização no cotidiano hospitalar, a entrevistada 4 responde:

É uma preocupação com o paciente como um todo. O quadro clínico do paciente não é exposto. Ele tem todos os direitos respeitados aqui. É importante lembrar que o contexto da internação hospitalar não é só a dor e o tratamento. A gente promove ações de humanização para que o paciente se sinta bem acolhido e minimize o seu sofrimento. A humanização vem para melhorar o atendimento, para que o paciente não seja mais um número, mas sim o Seu Pedro, seu Paulo, etc. quando isso é encarado dessa forma eu acho que eles respondem melhor ao tratamento. Eu posso te garantir que não tem um hospital que demanda uma gama tão diferente de profissionais envolvidos com o mesmo paciente. Aqui no hospital, não estamos preocupados com a quantidade de exames de sangue que tem que fazer, mas sim com a melhora do tratamento. A maioria dos exames são feitos aqui, se não temos o equipamento, o hospital paga para fazer fora daqui. A preocupação é somente focada na saúde daquele paciente (entrevistada 4, ouvidoria).

Interessante na fala da entrevistada é que assegura que o contexto de internação hospitalar não se resume somente a dor e tratamento, por isso as ações de humanização são tão importantes. De fato, as ações servem para minimizar o sofrimento do hospitalizado e para que se sinta bem acolhido.

A importância da humanização no cotidiano hospitalar, para a entrevistada 5, está voltada para o atendimento de demandas:

Eu não vou saber te responder pois nunca trabalhei na assistência, apesar de fazer parte do grupo de trabalho de humanização. Tem três ou quatro psicólogas hospitalares, que fazem a assistência propriamente dita. Eu trabalho numa função burocrática (entrevistada 5, gestão de pessoas).

Conforme relatado, apesar de fazer parte do GTH, a entrevistada não trabalha na assistência propriamente dita, o que denota o sentido que os próprios agentes dão ao GTH, próprio da cultura do hospital em questão. Outras psicólogas trabalham na assistência propriamente dita, porém não fazem parte do GTH, o que demonstra que a função do GTH na instituição é muito mais voltada para assuntos de gestão de demandas do que propriamente de atenção de saúde.

Quando perguntada sobre a importância da humanização no cotidiano hospitalar, a entrevistada 6 responde:

Aqui no setor a gente trabalha com a assistência, mas eu não tenho paciente permanente. A gente trabalha com rodízio de pacientes. Eles fazem o exame, são atendidos e retornam. A gente acaba entrando em contato com residentes, técnicos de radiologia, médicos, direção, acadêmicos, tanto da enfermagem quanto da medicina, e também com o familiar. Para nós a humanização é importante. Passar segurança para a família enquanto o paciente está dentro da sala de exame é importante. Saber conversar com a equipe é importante. Eu preciso saber da equipe o que está acontecendo com o paciente. Nossa visão

geral de toda a equipe que envolve diversos profissionais é toda a preocupação em torno do paciente e o seu bem-estar. Para que o paciente seja bem atendido eu tenho que estar bem relacionada com esses outros profissionais, uma vez que nosso trabalho é conjunto. Dependemos uns dos outros. Se a gente não tem a mesma visão a gente não vai conseguir chegar ao ponto final que é o bem-estar do paciente (entrevistada 6, imagem).

Para a entrevistada, o sentido da humanização está relacionado com o fato de saber conversar com o paciente e a preocupação a respeito do seu bem-estar. Para que essa prática ocorra, segundo ela, é necessário o bom relacionamento entre toda a equipe envolvida na atenção de saúde.

Para a entrevistada 7 a importância da humanização no cotidiano hospitalar diz respeito a ações pontuais:

(...) O grupo de humanização faz ações muito pontuais em relação ao momento do paciente. São realizadas, por exemplo, comemorações de aniversário. Não são realizadas em um contexto maior no sentido de absorver o sentido, os motivos da doença dele – o que eu acho necessário. Agora a visão está mudando justamente no sentido de realizar uma ação em benefício das causas. Agora as ações dentro do grupo de humanização e até a EBSEH tem algumas linhas para que a humanização se desenvolva dentro de um contexto maior (entrevistada 7, gerência de ensino e pesquisa).

Infer-se que o GTH realiza ações muito pontuais em relação ao momento do paciente, não buscando a convergência entre suas ações e o que estabelece a política pública de saúde. Entretanto, há o reconhecimento do potencial da política no sentido de ir além de ações pontuais.

Quando perguntado sobre a importância da humanização no cotidiano hospitalar, o entrevistado 8 responde:

A humanização no setor em que eu trabalho é diferenciado pois trabalho com paciente HIV, que tratam doenças associadas ao HIV. O HIV propriamente dito é tratado na faculdade de medicina, no SAE. O SAE é onde eles fazem as consultas e retiram os antirretrovirais, na farmácia do SAE. Os pacientes aparecem aqui quando precisam de algum exame ou avaliação com alguma brevidade. Nós precisamos que os pacientes tomem a medicação, só que a gente sabe que o maior dos problemas dos nossos pacientes é o HIV. Não são pessoas que somente precisam tomar a medicação. Eles possuem toda uma questão social em torno disso que a gente acaba tendo que tratar isso também, focar a atenção nesse sentido também. Tomar um comprimido todo mundo consegue tomar. Tem gente que vive com hipertensão ou diabetes, então tomar é simples. Mas para eles ter HIV é só a ponta do iceberg. Então são pacientes que estão mais vulneráveis socialmente. Às vezes os pacientes não conseguem vir consultar, pois não tem dinheiro para a passagem. A gente entende esse lado e procura se adaptar ao perfil do paciente. Tem alguns que dizem que não vão conseguir retornar no dia específico da consulta pois precisam trabalhar para ter dinheiro para passagem. A gente não vai dizer que tem que vir amanhã. A gente se adapta. Eles aparecem quando podem. Quando a gente nota que o paciente vem em jejum, coletou os exames que tinha que coletar. Eles chegam aqui não tendo nem o que comer às vezes, a gente consegue alimentos. Antes a gente disponibilizava vales-transportes, mas cortaram. O motivo não foi informado, só disseram que não havia mais vale para os pacientes. O serviço social que fornecia, então a ordem partiu da direção. Fazem dois anos que não

disponibilizamos mais vale-transporte. A gente se adapta à rotina e entendemos o lado do paciente (entrevistado 8, Hospital Dia).

É curioso na fala do entrevistado que o mesmo consegue ampliar o olhar para outros fatores que são considerados importantes para a resolução de problemas, como fatores sociais, econômicos, psicológicos (ligados ao sofrimento subjetivo), dentre outros, superando o conceito de saúde como a ausência de doença (visão biomédica).

Já para o entrevistado 9 a humanização possui um sentido de melhorar o bem-estar no hospital:

A gente tem a experiência de cantar no hospital e os pacientes como a maioria é oncológico em fase terminal às vezes se emocionam, então é bem positivo tu ver o pessoal. Esses tempos o pessoal da UTI pediu para que abrisse um pouco a porta para que os pacientes e eles pudessem ouvir os cantos também, aí a gente cantou um pouco mais próximo da porta. Tu ficar ali na maca é complicado. A gente também tem uma participação legal em datas comemorativas em relação a participação dos usuários, e até filhos de colaboradores e ex pacientes ajudaram a trabalhar também então a gente via os usuários ajudando no espaço bem simples para festa acontecer. Às vezes é tão estressante que é legal ter um escape para cantar no hospital, nas datas festivas, dia do amigo, dia das mães. Uma semana antes a gente vem e cantamos, damos um presente, na época do natal trazemos umas crianças com presépio para os colaboradores também. Eu acho que isso são os aspectos da humanização que aparecem que eu vejo muito aqui no HE, a pessoa que está ali sente que o hospital está preocupado e reage melhor (entrevistado 9, pastor voluntário).

Pode-se dizer que a humanização, mais uma vez, tem um sentido peculiar no hospital, relacionado com ações pontuais que remetem à melhoria do bem-estar do paciente e dos profissionais de saúde, como cantos, comemorações em datas festivas, etc.

Quando perguntado sobre a importância da humanização no cotidiano hospitalar, a entrevistada 10 responde:

É muito importante. Há um atendimento humanizado mesmo. Aqui no PIDI a maioria dos nossos pacientes estão em uma fase de cuidados paliativos, estão em uma fase terminal. Nesse caso, temos uma urgência de aliviar sintomas, melhorar a qualidade de vida, não dá para deixar para o outro dia. Isso é humanização. Eu faço parte do GTH desde a fundação, que foi em 2003, todos os hospitais públicos foram orientados a formalizar um grupo de trabalho de humanização. Antes tínhamos um grupo de humanização, mas não tinha esse termo (entrevistada 10, PIDI).

Pelo relatado, a implementação do GTH pelo hospital foi realizada pela diretriz cuja decisão partiu de forma hierarquizada, pois todos os hospitais públicos foram orientados a formalizar um GTH. Por outro lado, já existiam ações pontuais de humanização, relacionadas às datas comemorativas e festas, mas sem a formalização orientada pela política pública. De fato, no que consiste ao PIDI, há um diálogo entre as diversas áreas que o compõem, cujo método adotado é a clínica ampliada e a roda para discussão de casos – situação diferente da relatada pelos entrevistados que fazem parte do GTH.

O entrevistado 11 responde que a humanização também está ligada a melhoria da infraestrutura:

Como eu poderia ser feliz recebendo o meu salário e vendo todos os problemas que as pessoas estão passando, por exemplo, um leito com problema de pintura e mofo? Se eu posso fazer, então, por que não fazer? Eu faço e cada dia eu sou mais feliz. A cada dia que passa eu me sinto com mais energia para que eu possa continuar. As pessoas passam e me cumprimentam. A gente vê a alegria no rosto de cada pessoa que encontramos a expressão de sua gratidão. Eu nunca quero colocar a culpa em ninguém. Eu sou o único voluntário do hospital, não temos pintores, então eu faço com gosto, veja que antes era proibido o SUS ou órgãos do governo receber doações ou serviços voluntários, agora isso acontece e é tranquilo. Eu faço tudo isso do meu próprio bolso, eu tenho satisfação em ajudar as pessoas sem receber nada em troca. Eu acho que cada ser humano tem que fazer a sua parte, cada ser humano deve ser solidário com seu semelhante. O dia em que esta palavra for semelhante mesmo todos nós vamos nos respeitar melhor. Eu sempre desde criança sempre ajudei asilos, sempre levei materiais para os hospitais, pegava o material da minha mesada. Não tem recursos, não é suficiente. Eu só gastei 1000 reais para reformar essa fachada aqui da frente, fui nas lojas e disse para eles que quando vissem uma tinta com a lata quebrada me fizessem mais barato, aí dá certo, eles me fazem por 1/3 do preço. É ótimo, eu que pago (entrevistado 11, policial voluntário).

Na existência de uma lacuna financeira é interessante atentar para o fato de que os sujeitos se mobilizam para suprir a demanda através de doações de serviços (pintura, troca de pisos, etc) e materiais do voluntário, que se sente feliz em poder melhorar o serviço prestado. Trata-se de ato sem benefício econômico para o doador. A falta de recursos parece ser uma realidade bem presente no hospital. Entretanto, não falta motivação pessoal por parte do voluntário.

#### 4.5.4 Categoria 2: Motivos do Estado propor uma política de “humanização” na perspectiva dos sujeitos

Quando perguntado sobre o que levaria o Estado a propor uma política pública de humanização da atenção de saúde a entrevistada 1 responde:

Eu acho que a política vem para dar igualdade no atendimento e qualificar o atendimento dos usuários do sistema. A autonomia do usuário na execução do serviço é muito importante do ponto de vista do que quer fazer do tratamento e dos procedimentos que quer ser submetido (entrevistada 1, gestão de pessoas).

Infere-se, aqui, que a autonomia do usuário é um sentido importante para o sujeito que participa do GTH. Além disso, o sentido está relacionado a qualidade do atendimento.

Já a entrevistada 2 associa a proposição da política pública de humanização da atenção de saúde com a gestão de demandas:

Então toda essa humanização é muito importante. Eu fico aqui dentro do hospital, cuido da parte da copa, da parte da administração do serviço de

alimentação do hospital e as minhas colegas fazem a parte clínica. Como a copa está precária, falta material, eu ia muito na humanização que já era visto aqui no hospital como uma parte que se faltou alguma coisa fala com o pessoal da humanização, como uma parte de apoio (entrevistada 2, nutrição).

Pode-se dizer que o GTH funciona, no hospital de ensino, como um grupo de gestão de demandas, propriamente administrativo. Mesmo sendo nutricionista e fazendo parte do GTH, a entrevistada não atua na parte clínica, mas em uma função propriamente burocrática ligada ao gerenciamento da alimentação do hospital.

Quando perguntada sobre os motivos que levariam o Estado a propor uma política pública de humanização da atenção de saúde a entrevistada 3 responde:

A política de humanização agrega funcionários e clientes. É para o bem-estar do cliente que está aqui na nossa instituição e para o bem-estar do colaborador, para que eles sejam vistos como um todo aqui dentro da nossa instituição (entrevistada 3, banco de olhos e comissões hospitalares).

Fica claro, a partir das premissas acima, que a entrevistada associa o trabalho prestado pelo hospital a termos como clientes e colaboradores.

Para a entrevistada 4, a prestação de um bom atendimento está entre os motivos que levariam o Estado a propor uma política pública de humanização da atenção de saúde:

Para que os pacientes se sintam cada vez melhor, uma melhor acolhida. Todo paciente que interna não é levado sozinho para a enfermaria. Quando o paciente chega aqui os profissionais vão buscar para que ele se sinta bem acolhido. Geralmente é o técnico que vai cuidar daquele paciente que vem buscar. Para ter um primeiro contato, trazer algumas coisas e criar um vínculo para o paciente se sentir à vontade (entrevistada 4, ouvidoria).

Pode-se dizer que a humanização está relacionada com uma boa acolhida, visto que a maioria dos pacientes que vão até o hospital encontram-se fragilizados por sua condição de saúde. Por isso, o hospital busca criar um primeiro vínculo com o paciente e minimizar o seu sofrimento inicial.

Quando perguntada sobre os motivos que levariam o Estado a propor uma política pública de humanização da atenção de saúde a entrevistada 5 responde:

Para o atendimento ser mais resolutivo. A questão das linhas de cuidado é uma coisa que vem mudando com a EBSEH, ela tem um modelo de gestão em rede. A outra gestão fazia a gestão local, a EBSEH mudou esse sistema (entrevistada 5, gestão de pessoas).

Pode-se perceber que a perspectiva de uma gestão em rede é trazida pela EBSEH. Porém, ainda muito incipiente no hospital estudado.

A proposição da política pública de humanização da atenção de saúde está ligada a prestação do serviço público de qualidade:

Principalmente devido à qualidade no atendimento ao paciente. Quando a gente fala de humanização e de capacitação dos funcionários estamos

esquecendo os funcionários administrativos, pois a humanização ocorre desde a porta de entrada. A forma como o paciente chega para mim dependeu da forma como ele passou por outros profissionais (entrevistada 6, imagem).

O atendimento, novamente, é trazido para explicar a introdução de uma política pública de humanização da atenção de saúde. Nesta rede de bom atendimento prestado estão envolvidos não somente os profissionais da saúde, mas também a parte administrativa “de ponta”, conforme salientado pela entrevistada.

Quando perguntada sobre os motivos que levariam o Estado a propor uma política pública de humanização da atenção de saúde a entrevistada 7 responde:

Esse pilar do SUS da humanização a gente vê que tem a necessidade de cada vez mais o respeito com o paciente, o cuidado com o atendimento e o conforto com o ambiente. Nos preocupamos muito com isso, apesar das dificuldades. Tem um senhor que compra material e nos doa a mão-de-obra. Ele já arrumou vários setores do hospital. Pintura, que já estava descascada. A gente recebe esse trabalho voluntário. Ele é pintor, ele faz tudo, ele troca piso. É uma coisa que para nós é muito importante. Ele fez toda a reforma dos corredores da ginecologia e da obstetrícia. A gente tenta pensar nessas ações. A gente acaba recorrendo muito ao trabalho voluntário por causa dos recursos. A gente recebe a verba, mas ela não é suficiente para tudo o que precisamos (entrevistada 7, gerência de ensino e pesquisa).

Mais uma vez, a questão de como os sujeitos se mobilizam para atender a demanda é trazida. Através do trabalho voluntário, os serviços melhoram e os pacientes recebem maior conforto na sua estadia hospitalar.

Mais uma vez, a prestação do atendimento público de qualidade aparece como um dos motivos do Estado propor uma política pública de humanização da atenção de saúde:

É para melhorar o atendimento mesmo. A humanização aqui no setor ocorre no sentido da adaptação à vida do paciente, à sua rotina mesmo. Essa interligação entre as áreas é muito importante. Às vezes o paciente vem para tratar uma questão clínica, mas a gente percebe que tem outra coisa, diz que não quer mais viver. Não em função do HIV, mas às vezes eles param de tomar pois acham que a morte é a solução de todos os seus problemas. O HIV é só um dos problemas que os pacientes possuem. Às vezes o paciente vem para fazer um exame, mas acaba sendo atendido pela psicologia, por exemplo. Acaba saindo daqui encaminhado pela psiquiatria. A gente tenta observar sempre o entorno do paciente pois isso a gente sabe que interfere no tratamento. Não adianta a gente fechar os olhos e focar somente na medicação. A gente sabe que só isso não funciona. O paciente tem outros problemas da vida e da rotina dele, que a gente precisa dar atenção para isso. Não adianta só tratar o vírus e fechar os olhos para os outros motivos (entrevistada 8, Hospital Dia).

O atendimento focado na complexidade das demandas de saúde atenta para a atuação de equipes multiprofissionais capazes de contemplar diferentes dimensões da atenção de saúde. Porém, esta não é uma tarefa tão fácil, pois está permeada por fatores que vão além do olhar direcionado somente na doença.

Quando perguntado sobre os motivos que levariam o Estado a propor uma política pública de humanização da atenção de saúde o entrevistado 9 responde:

Para os pacientes se sentirem um pouco melhor. A gente vê necessidade financeira, que o orçamento do HE não consegue suprir. Ano passado a gente trocou as poltronas da oncologia só que a demanda é grande se fosse ainda ter que comprar ranchos as famílias dos pacientes terminais podem não ter condições. Para os ranchos eu aciono os trabalhos sociais das igrejas parceiras, a gente se ajuda, e eles mandam os ranchos. Em geral, a gente sempre consegue suprir a demanda, mas é sempre uma ajuda pontual, pois quando a pessoa começa a receber o LOAS a gente deixa ela se virar, até porque um dia a pessoa falece pois é terminal e a família toda está dependente daquele rancho. A gente não tem condições de abranger a família como um todo. Em alguns casos especiais a família é grande e o benefício não é suficiente, aí a gente vai fazer o que? Em geral com o benefício já está tranquilo. O paciente às vezes é o pai que sustentava a família ou coisa assim e aí até vir um benefício social, se vier, a gente ajuda. Às vezes essa pessoa está com câncer, mas até o benefício ser concedido demora de 30 a 40 dias. Fazer o que? A gente mobiliza o pessoal e distribuimos ranchos, fraldas, emprestamos cadeiras de rodas, camas hospitalares. Tudo isso a Capelania gerencia, quando nos contatam através do hospital a gente busca atender. Tem o Rotary também que nos ajuda (entrevistado 9, pastor voluntário).

Interessante notar que há uma função importante no que consiste à prestação da atenção. Ao que parece, a maioria dos pacientes atendidos pelo PIDI carecem de boas condições econômicas. Devido a isso, o hospital atende a necessidade financeira, com a ajuda do capelão, até o benefício social ser concedido. Nesse sentido, há uma articulação entre necessidades sociais e individuais, tanto para a compreensão dos processos de produção de saúde e doença quanto para a definição de estratégias que auxiliam os pacientes e sua família a terem uma melhor condição de vida no momento de sua doença.

Para a entrevistada 10 os motivos que levam o Estado a propor uma política pública de humanização da atenção de saúde estão relacionados com a desconstrução do modelo tradicional de hospital:

O GTH foi criado a partir da instituição da política. A humanização é uma política de desconstrução, de tudo aquilo que tinha, daquele afastamento que se tinha da clínica, do profissional, do usuário, da família e da gestão. Se via, antes, muito mais esse modelo hospitalocêntrico, que a gente chama, com tecnologias duras, um modelo muito rígido, pois foi inspirado na organização militar. Então, por isso o hospital tem toda essa organização, essa disciplina. As pessoas devem jantar as cinco da tarde elas tem que tomar banho de manhã. É feito de uma forma que não é para atender a pessoa. É para reforçar um modelo militar. Então, a PNH vem para desconstruir isso, para compartilhar saberes, inserir autonomia dos usuários. É uma desconstrução do modelo rígido. Para ter foco no paciente mesmo. Aqui no PIDI nós trabalhamos com pacientes próximos da morte, então a humanização para melhorar o atendimento e atender a demanda de forma integral é muito importante (entrevistada 10, PIDI).

Pode-se inferir que a entrevistada acredita que a humanização vem para desconstruir um modelo de hospital rígido e disciplinar. Inserindo autonomia dos usuários, a humanização aproxima a clínica do sujeito que necessita de atenção.

#### 4.5.5 Categoria 3: A multidisciplinaridade no GTH

Quando perguntado sobre o motivo do GTH estar formatado de forma a envolver diferentes profissionais a resposta é a que segue:

É para que a assistência seja de mais qualidade. Por mais que hoje todo o cuidado está muito centralizado no que o médico acha. Se tivesse daqui a pouco de fato um olhar multidisciplinar onde todos os profissionais sentassem e avaliassem esse paciente a assistência seria de melhor qualidade e a multidisciplinaridade de fato existisse. Hoje a gente ainda não vê muito isso. Por mais que tenhamos tentado fortalecer isso aqui no hospital com residência multiprofissional com inserção de vários profissionais de várias áreas aqui dentro do hospital a gente ainda enxerga que o cuidado ainda está muito centralizado na figura dos médicos (entrevistada 1, gestão de pessoas).

Pode-se dizer que há uma centralização ainda na figura dos médicos na atenção à saúde, característica de uma atenção pautada no paradigma mecanicista, em que a hierarquia dos saberes prevalece. Por outro lado, há uma tentativa de fortalecimento de inserção de diferentes profissionais através da residência multiprofissional.

Para a entrevistada 2, o GTH é um grupo aberto, participativo e está formatado de forma a envolver diferentes profissionais:

Dentro da nutrição tem uma equipe multidisciplinar que tem enfermeiro, nutricionista, nutrólogo (médico) e o médico da equipe que fazem a parte das sondas. A equipe de humanização está composta por doze ou treze participantes que são obrigatórios, que tem que estar, mas quem quiser fazer parte é bem-vindo (entrevistada 2, nutrição).

Pode-se inferir que o GTH está formatado de forma multidisciplinar, porém, não há uma atuação do mesmo em relação à clínica, isto é, a nutricionista que faz parte do grupo não atua diretamente com os pacientes, mas somente em relação à gestão e às ações pontuais com os pacientes. Além disso, há o enfoque sempre dos membros obrigatórios, mas todos podem participar do grupo.

Quando perguntado sobre o motivo do GTH estar formatado de forma a envolver diferentes profissionais a entrevistada 3 salienta:

É importante que a instituição trabalhe em equipe, pois agrega conhecimentos e opiniões diferentes para a resolução de um problema de um setor de trabalho. Por exemplo, dentro do banco de olhos, eu preciso que seja reformulada a sala de procedimentos. Se não tiver uma pessoa que faça parte do grupo de trabalho de humanização, as ações ficam mais difíceis. Então, eu e mais uma colega fizemos parte do grupo para que os outros que fazem parte do grupo de humanização entendam o que está acontecendo aqui no setor para resolução

dos problemas de forma conjunta nas comissões. Eu, daqui do meu setor, não sei o que está acontecendo lá na pediatria, por exemplo. Então, lá na pediatria tem um colega que faz parte do grupo. Então lá na rede de urgência e emergência tem um profissional que trabalha na equipe. Por isso que é importante ter uma ação que envolva vários profissionais, para a gente poder ter a noção do que está acontecendo em cada setor para poder entender os problemas (entrevistada 3, banco de olhos).

Percebe-se que a fragmentação inerente à organização da atenção de saúde é um desafio no que consiste à comunicação das diversas “partes” do sistema de saúde. O trabalho em equipe faz com que haja uma interação e todos se integrem a respeito do que acontece em cada setor.

Já para a entrevistada 4, o GTH está formatado de forma a envolver diferentes profissionais em virtude da política do SUS:

Em virtude da política do SUS. Temos a visita humanizada também. A gente faz ações muito pontuais no hospital, em datas comemorativas. O GTH tem uma abrangência muito maior do que isso pois visa o atendimento. Então prestar um atendimento de qualidade, a gente tem essa preocupação. Desenvolver junto às equipes, normas e regras de como pode ser mudada a postura para mudar o atendimento. Isso tem um envolvimento do GTH. A gente tem reuniões quinzenais e algumas pessoas são trazidas para a gente aqui no hospital pois existe demanda dos mais diversos setores. Então a rotina das unidades, formas de trabalho que eles nos trazem e é discutido em grupo para tentar melhorar as rotinas (entrevistada 4, ouvidoria).

Em verdade, o GTH está formatado, no hospital, para atender ações pontuais, como datas comemorativas. A maioria dos profissionais atuantes não está diretamente envolvido com a atenção de saúde.

Quando perguntado sobre o motivo do GTH estar formatado de forma a envolver diferentes profissionais a entrevistada 5 enuncia:

Para que todos estejam envolvidos com a resolução dos problemas dos setores. A gente participa como voluntários no grupo de humanização, mas é uma atribuição não obrigatória. Tem as áreas básicas e as áreas multidisciplinares, que é psicólogo, médico, fonoaudiologia, terapia educacional, fisioterapia, nutrição, etc. a gente tem pouco contato, pois a gente atua em ações pontuais na questão do cuidado humanizado, mas quem atua realmente no dia a dia são as equipes multidisciplinares (entrevistada 5, gestão de pessoas).

Mais uma vez, o sentido do GTH é atuação em demandas administrativas e em datas pontuais, como comemorações de aniversários, festas, dentre outras. Por outro lado, pessoas envolvidas diretamente com a assistência, em sua maioria, não fazem parte do GTH.

Quando perguntado sobre o motivo do GTH estar formatado de forma a envolver diferentes profissionais a resposta da entrevistada 6 é a que segue:

A integração entre diversas áreas para mim é muito importante, eu defendo muito isso. É principalmente para que todos fiquem sabendo das decisões e do que está acontecendo. Quando temos um problema nos dirigimos para o GTH. Quando é com os pacientes, a nossa porta de entrada são as recepcionistas. Então, às vezes quando a gente fala de equipe de saúde a gente fala do médico, do enfermeiro e outros profissionais, mas esquecemos da nossa recepção e do

burocrata. Se o paciente não é bem atendido lá na frente ele já chega insatisfeito aqui (entrevistada 6, imagem).

Pode-se inferir que a entrevistada relata um ponto, pode-se dizer, esquecido pela política de humanização da atenção de saúde, que é a importância que os profissionais de “ponta” possuem, isto é, recepcionistas e demais ligados à porta de entrada da recepção dos pacientes, para que haja um bom atendimento. Numa atenção de saúde dentro do paradigma sistêmico todas as “partes” que compõem a rede de atenção são importantes e influenciam no resultado do sistema.

Para a entrevistada 7 o motivo do GTH estar formatado de forma a envolver diferentes profissionais é a integração entre os setores:

Temos o serviço social, a psicologia, temos uma equipe grande e multiprofissional que integra a equipe de humanização, então isso a gente consegue abordar todos os pontos que necessitamos e os setores que estão envolvidos. Algumas mudanças das formas de atenção do grupo foram realizadas após a introdução da EBSEH. Antes tínhamos uma visão focada muito no paciente, não uma ação contextualizada em relação à doença. Antes era uma questão hospitalar separada da doença. Era somente ações pontuais no indivíduo, por exemplo, ações como o aniversário do paciente, mas não estávamos preocupados com os motivos. Eram ações mais pontuais. Acho que mudaram com a introdução da EBSEH (entrevistada 7, gerência de ensino e pesquisa).

Pela fala da entrevistada, com a introdução da EBSEH a abordagem do GTH no hospital muda. De um contexto focado em ações pontuais individuais, a humanização passa a focar também a doença em um contexto que é também social, deixando de ser uma questão somente hospitalar.

Quando perguntado sobre o motivo do GTH estar formatado de forma a envolver diferentes profissionais a resposta é a que segue:

Eu sinto uma melhora parece confortador para as pessoas. Um paciente que está com câncer já em fase terminal, por exemplo, não vai mudar a sua condição. Daqui a pouco, uma ou duas semanas, ela pode morrer, mas é confortador essa interação espiritual também, não somente médica. Quando a gente interage nessas semanas é mais tranquilo. A pessoa não fica tão desesperada até o final, mas ainda vive, buscando ter a melhor dinâmica naquele período que ele ainda tem. Às vezes, pedem o acompanhamento com a família por estar muito abalada. Não vai mudar a condição, mas a família e o paciente conseguem ter mais força e ficam reconfortados pois sentem que não estão sozinhos. Tem gente que nem conheciam que está preocupada, está junto, não só eu, mas o próprio hospital. Pensam: “ah que legal, o hospital encaminhou um pastor para ficar com a gente, eles se importam”. Então pensam que não é só para dar um remédio e acabou. No caso da cura eu acho que o apoio espiritual reage melhor também, a gente observa (entrevistado 8, hospital dia).

Pode-se perceber que há uma dimensão espiritual envolvida na atenção à saúde, em um momento em que a cura já não é mais possível. Por se tratar de pacientes terminais, a complexidade do atendimento é ainda mais presente.

Quando perguntada sobre o motivo do GTH estar formatado de forma a envolver diferentes profissionais a entrevistada 10 responde que a interconexão é importante:

No PIDI essa interação entre outras áreas acontece. A política de humanização possui três eixos: a atenção, a participação e a gestão. Então, a gente fala que é uma política que precisa fazer essa interconexão. Hoje temos várias facilidades, as pessoas já possuem uma noção da política, a maioria das formações em saúde aborda as políticas públicas de saúde, e tem uma noção do que é uma política pública de humanização. Mas, no início, foi bem difícil os profissionais entenderem que precisavam se aproximar da gestão. A gestão entender que precisava se aproximar dos profissionais, e incluir os usuários, os pacientes. Entender que deve existir essa conversa, essa cogestão. Então, isso acontece, mas às vezes a gente percebe que poderia estar melhor. Os processos de gestão da PNH são compartilhados, mas é desafiante. Na roda. As pessoas olhando um no olho do outro, a horizontalidade das relações, isso é um exercício. Sempre tem que buscar isso. O GTH funciona dessa forma, ele propõe ações, é um grupo aberto. Tem pessoas que participam direto, mas é aberto, se alguém da área médica quiser dar uma opinião pode dar (entrevistada 10, PIDI).

Pode-se dizer que há o rompimento com uma causalidade linear ao abordar uma dimensão que integra diferentes sujeitos. Desse modo, o paradigma sistêmico, que promove a superação da causalidade linear, é efetivado na atenção de saúde do PIDI.

#### 4.5.5 Categoria 4: A integralidade da atenção de saúde

Para a entrevistada 1, a integralidade da atenção de saúde traz a dinâmica multidisciplinar:

Eu percebo que de fato tem se feito um esforço para que haja essa integração multidisciplinar para que haja essa troca de conhecimento. O que a gente tem tentado é cada vez mais padronizar processos de trabalho fluxos de trabalho para que qualquer pessoa que entre no nosso hospital independente de qualquer coisa tenham o mesmo atendimento e de qualidade. Eu percebo que há um esforço conjunto para que isso seja fortalecido aqui dentro, mas de fato como tem acontecido eu não sei te dizer (entrevistada 1, gestão de pessoas).

O sujeito percebe a importância da multidisciplinaridade e que há um efetivo esforço para que seja alcançada. Por outro lado, esclarece que há uma padronização dos processos de trabalho para que ocorra a isonomia de atendimento. Diante disso, pode-se perceber que o paradigma sistêmico, caracterizado pela multidisciplinaridade ainda parece ser uma realidade distante dentro do GTH.

Quando perguntado a respeito da integralidade da atenção de saúde que traz a dinâmica multidisciplinar a integrante 2 responde:

O princípio da integralidade vê o paciente como um todo, mas não começaria só no hospital. Eu entendo que o SUS hoje, quando eu estudo o SUS ele é maravilhoso e completo, mas precisa ser colocado na prática. Bom, se funcionasse como deveria funcionar (entrevistada 2, nutrição).

Interessante notar que há uma clara certeza de que o hospital é só uma “parte” do princípio da integralidade, bem perceptível na fala da entrevistada. Além disso, importante notar a divergência ressaltada entre o que teoriza a política e o que efetivamente é colocado em prática pelos sujeitos, que dão o seu próprio sentido à humanização da atenção, que pode ser diferente do que preconiza os documentos normativos do SUS.

A interação trazida pela integralidade da atenção de saúde é importante para a entrevistada 3:

É importante para essa interação entre diversos profissionais. Aqui dentro da nossa instituição é muito importante ressaltar também a questão dos direitos que o usuário tem. Desde que ele entra aqui dentro ele tem todos os meios de informação dos seus direitos (entrevistada 3, banco de olhos).

Novamente, a questão dos direitos dos usuários é ressaltada, indo em direção do que preconiza a política do SUS.

Quando perguntado a respeito da integralidade da atenção de saúde que traz a dinâmica multidisciplinar o integrante responde:

Todas as demandas chegam pelo GTH pois é um grupo homogêneo, envolve várias áreas, os profissionais já conhecem várias partes do hospital. Então pelo grupo de humanização tudo fica mais fácil. Hoje quando o colaborador quer algo diferente ele leva para o grupo. Acho que ele entende que é melhor levar para o grupo para uma discussão geral do que levar item a item para uma discussão. Não sei se te dizer exatamente o motivo pelo qual todas as demandas são levadas para o GTH. O grupo é tão forte nesse sentido aqui que a maioria das tomadas de demanda e decisões são levadas para o GTH. Como o grupo é multi representativo ele leva para a gestão. Além da atuação do GTH em prol do usuário, temos a preocupação em envolver também o colaborador. A maioria das ações que realizamos são ações conjuntas, em que acabamos trazendo usuários e colaboradores (entrevistada 4, ouvidoria).

O GTH tem uma função burocrática de tomadas de decisões que envolvem as demandas do hospital. Nesse sentido, busca o fortalecimento da convergência de profissionais de diversos setores para que as discussões se tornem colegiadas e superem a hierarquização na tomada de decisões.

Para a entrevistada 5, a integralidade da atenção de saúde está sendo desenvolvida no hospital escola:

Tem uma política de humanização, que é a do SUS. A gente está desenvolvendo agora um GTH para implantar integralmente a política de humanização. Hoje a gente tem um grupo que promove ações humanizadas, com alguns pontos que atendem à política, mas alguns pontos ainda estão faltando. O que prevê na política é de fato o dia-a-dia da assistência, que são as equipes multidisciplinares que fazem (entrevistada 5, gestão de pessoas).

Pela fala, percebe-se que a entrevistada assume que a política ainda não está atendida em sua integralidade no hospital pesquisado, sendo constituída, ainda, com ações muito pontais que envolvem trabalhadores, gestores e usuários. O que a política de humanização prevê é vivenciado quotidianamente pela equipe multidisciplinar do Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar.

Quando perguntado a respeito da integralidade da atenção de saúde que traz a dinâmica multidisciplinar o integrante responde:

Quanto ao diálogo entre as diversas áreas a gente tem um bom canal de comunicação. O nosso chefe do setor é um médico. A gente sempre conseguiu ter um bom acesso às informações (entrevistada 6, imagem).

Pode-se perceber a presença do médico é um determinante para que o serviço. Por outro lado, há a presença do trabalho em equipe e uma sinergia entre todos os integrantes do setor.

Já a entrevistada 7 acredita que na atenção básica o princípio da integralidade é mais visível:

Eu acho que na atenção básica essa questão da integralidade é mais visível. Aqui no hospital a atenção é muito pontual, o paciente vem com um problema específico e nós resolvemos. Às vezes acaba sendo recorrente, mas nem sempre. O Programa Saúde da Família é mais presente essa questão mais abrangente em relação às causas. Na atenção primária é mais fácil de trabalhar essa questão toda do que durante uma internação, que é curta e focada. O paciente tem uma queixa principal, o médico consegue olhar todo o contexto, mas na atenção básica isso é mais presente ainda. Por exemplo, o contexto familiar do paciente é abordado, não somente o efeito específico (entrevistada 7, gerência de ensino).

Pelo que a entrevistada relata, o foco do hospital não é tão voltado para o olhar em relação ao contexto do paciente, trazendo a família como uma variável importante. O hospital, por ser focado mais nos efeitos de saúde, está voltado para a redução de danos e a resolução é centrada nesse sentido.

Quando perguntado a respeito da integralidade da atenção de saúde que traz a dinâmica multidisciplinar o integrante 8 responde:

Às vezes o paciente vem para cá e encaminhamos para a psiquiatria também, mas o que foi feito lá com o paciente a gente acaba não sabendo pois não há de fato uma integração (entrevistado 8, Hospital Dia).

Conforme estabelecido pela política, a promoção de ações integradas com o restante da rede de serviços e a continuidade do cuidado é dificultada pela falta de diálogo entre as “partes” do sistema, pois conforme o entrevistado afirmou “o que foi feito lá a gente acaba não sabendo”. Pelo visto, a efetiva integração entre os setores é dificultada pela fragmentação inerente ao próprio processo de trabalho. Além disso, o sistema não conta com uma integração de fato através de um sistema de informações compartilhado.

A respeito da integralidade da atenção de saúde que traz a dinâmica multidisciplinar o integrante 9 responde:

No PIDI começou com a própria definição de cuidados paliativos temos um cuidado religioso, social, psicológico e com a própria noção de cuidados paliativos que necessita disso, mas a gente não tem nenhum profissional da área religiosa, não existe um capelão do hospital escola, então eu venho e faço essa parte religiosa. Então essa parte espiritual antes ficava muito perdida, então fazemos esse voluntariado para acompanhar a equipe. É um trabalho ecumênico, cada um tem a sua religião, as vezes o paciente nem quer ou é de outra religião e aceita que gente acompanhe espiritualmente. A gente faz a diferença, é sempre buscar o que tem em comum. Pessoas de diversas religiões a gente atende tranquilamente. A maioria dos casos são pacientes terminais, poucos casos que não são cuidados paliativos terminais. Eu faço parte do grupo de multi cuidados paliativos que também oferecem psicólogo e dizem que tem o capelão. Aí de dez pessoas que elas atendem às vezes duas aceitam o atendimento espiritual também. Como é um trabalho já de onze anos na capelania a gente se torna conhecido. Uma família me procurou e eu disse: “se precisar de ajuda o nosso apartamento está à disposição, mas não quis abusar, não ia colocar outros na casa”. Ano passado aconteceu, nasceu um bebezinho e a mãe precisava ficar, pois a bebe ia dar alta. Às vezes a gente tem experiência também de estar com as pessoas em momento da morte, o que é bem marcante. Quando passa o momento a gente consegue conversar um pouco com a equipe. É difícil para todo mundo, mesmo sendo profissionais tem sentimentos e mesmo sendo pacientes se apegam um pouco mais. Eu muitas vezes acabo fazendo o sepultamento das pessoas. O meu trabalho não é imposto, eu nunca vou estar assim: “ah, o que eu faço”, mas as vezes a família pergunta. Se a família participa já de uma igreja eu busco encaminhar para o pastor da família, mas já aconteceu casos em que pediram para que eu estivesse junto com o padre da família e aí o padre gostou muito disse que foi bom que eu acompanhei a família no hospital (entrevistado 9, pastor).

Nota-se que a atenção vai além da intervenção tecnológica, mas envolve a subjetividade do sujeito e, até mesmo, sua espiritualidade. Na tentativa de se aproximar do sujeito que está doente de uma maneira a envolver as suas mais diversas dimensões, a atenção envolve também o lado espiritual.

Já a entrevistada 10 acredita que é impossível atender a integralidade do paciente:

Se outras áreas não atuam jamais vamos atender a integralidade do paciente. Como nós aqui no PIDI trabalhamos com pacientes próximos da morte, se não trabalhamos em equipe não damos conta da complexidade. É realizado em domicílio. O médico não dá conta disso, se não tiver outras áreas envolvidas. A maioria dos nossos pacientes estão em uma fase de cuidados paliativos, estão em uma fase terminal. Nesse caso, temos uma urgência de aliviar sintomas, melhorar a qualidade de vida, não dá para deixar para o outro dia. Isso é humanização. A gente trabalha dessa forma integral e em equipe. Há realmente um trabalho multidisciplinar (entrevistada 10, PIDI).

A atenção biopsicossocial traz a história de vida, o contexto, o sofrimento e as relações com a família como variáveis importantes na atenção de saúde, principalmente por incorporar uma atenção preocupada com a integralidade do cuidado, em uma nova lógica. Diante disso, o SUS aborda a atenção à saúde numa proposta de inclusão das subjetividades individuais do

usuário, entendendo que uma prática que leve em conta as múltiplas dimensões, como psíquicas, familiares, culturais e sociais levará à resolução dos problemas.

#### 4.5.6 Categoria 5: Desafios da multidisciplinaridade

A entrevistada 1 responde que há uma barreira institucional para a multidisciplinaridade:

Uma figura muito forte ainda do médico dentro do sistema. Hoje o cuidado ainda está muito centralizado no que o médico acha no que o médico decide e as outras profissões dentro desse cuidado multidisciplinar não são vistas daqui a pouco com a importância que deveriam ser consideradas (entrevistada 1, gestão de pessoas).

Percebe-se que a figura do médico ainda centraliza a atenção de saúde no hospital. Por outro lado, a política pública de humanização estabelece a preocupação em alcançar a complexidade dos sujeitos e a multicausalidade dos problemas apresentados, superando a perspectiva biológica.

A entrevistada 2 salienta que o desencontro de informações é um dos desafios:

As informações são muito desencontradas ainda entre os profissionais e os médicos. A gente trabalha no sistema institucional. A equipe se reúne para decidir qual a melhor dieta. Mas não existe um compartilhamento de informações do hospital com outras instituições de saúde de forma a integrar as informações de maneira regionalizada. Até ocorre a discussão de casos, mas muitas vezes as informações não conseguem se encontrar. No final de semana, às vezes, nós (nutricionistas) não temos como acompanhar o paciente, fazer evoluir, pois a nossa atuação depende, por exemplo, da colocação de um cateter, que é um trabalho que depende dos outros profissionais (entrevistada 2, nutrição).

Em verdade, aqui fica claro que a atuação de nutricionistas está interligada com a de outros profissionais. Nesse sentido, quando há a falta de outros profissionais, como o enfermeiro ou o médico para colocação de um cateter, por exemplo, a atuação fica estagnada.

Os desafios institucionais, para a entrevistada 3, são superados pela difusão de conhecimento através do sistema de informação institucional:

Nós temos um aspecto que facilita a difusão de conhecimento entre todas as áreas, que é o sistema de informação institucional. Tanto na recepção quanto no corredor tem televisores que passam informações sobre o manual do usuário, sobre os direitos do usuário. Toda e qualquer dúvida que você tiver da instituição será esclarecida aqui dentro do hospital (entrevistada 3, banco de olhos).

Não há, de fato, atuação do GTH junto à clínica. Devido a isso, os profissionais preocupam-se muito mais com a resolução de problemas burocráticos do que efetivamente de atenção.

Quando perguntado a respeito das barreiras institucionais que poderiam existir para que a interdisciplinaridade aconteça, a entrevistada 4 responde:

Na maioria das instituições de saúde a gente percebe uma política pública que na prática propriamente dita não é aplicada no que consiste ao atendimento. Mas aqui no hospital a gente é diferente. A gente tem a preocupação de implantar a rotina do paciente. Pensar um pouco do lado do paciente, da dor, uma outra visão de hospital. Não pensar: “ah to indo para um tratamento”. O paciente que interna aqui toda a data comemorativa ele é incluído no sentido de todo o envolvimento de saber que a gente não está indiferente em relação à doença dele quanto das próprias ações do cuidado. Nossos colaboradores tem todo um diferencial no atendimento do paciente, ele não é mais um número quando ele interna aqui. O nosso colaborador tem essa clareza da individualidade, cada um tem uma vida lá fora, precisa ter esse elo com a vida lá fora. A gente sempre busca fazer esse elo da família junto com o paciente para ele se sentir incluso. A família deve se sentir parte do tratamento. Aqui a gente entende que pai e mãe são importantes. Na maternidade, além de um acompanhante feminino, ela tem direito a estar acompanhada do marido. A gente entende que o marido trabalha e não tem disponibilidade de ficar o dia inteiro, então o acesso dele é liberado. A mulher então, tem direito a um acompanhante 24 horas além do marido – o que na maioria dos hospitais não acontece. Não adianta ter um tratamento eficaz se o paciente está sozinho, se sente triste. Geralmente quando tem a família envolvida o paciente acaba reagindo melhor a isso. A gente divide o nosso trabalho entre a parte infectologista e oncológica. Essa preocupação do hospital é no sentido de que a família é parte integrante do tratamento. A família aqui dentro traz maior confiança, é alguém dele aqui dentro, do lado dele. Além de um acompanhante 24 horas, que pode ser trocado a cada turno, tem o horário de visita, que é uma visita justamente para trazer esse atendimento diferenciado (entrevistada 4, ouvidoria).

Pode-se inferir que há uma efetiva busca de superação do cartesianismo da atenção de saúde, pois há uma preocupação em incorporar a subjetividade humana e a visão holística do sujeito que necessita de atenção ao estabelecer aspectos ligados à família dos mesmos. A família é trazida como um elo importante com o que o paciente possuía quando de sua vida fora do hospital.

Para a entrevistada 5 o maior desafio diz respeito ao atendimento da política pública na sua integralidade:

Sim. Hoje a política não está atendida na sua integralidade (entrevistada 5, gestão de pessoas).

A entrevistada entende que a política não está atendida na sua integralidade pelo hospital. Importante destacar que no documento que oficializa o GTH e nomeia os profissionais há efetivamente uma preocupação interdisciplinar, pois envolve várias áreas.

Os maiores desafios dizem respeito à falta de informações sobre os pacientes para a entrevistada 6:

Eu defendo o SUS, temos todos os exames gratuitos, mas ainda é um sistema falho. A gente tem acesso aos pacientes internados. Todos possuem acesso ao prontuário do paciente. É um meio de comunicação interna. Os pacientes externos são encaminhados da secretaria de saúde via NIR, então a gente não

tem muitas informações sobre eles. Se a gente precisa saber alguma coisa, ligar para o posto de saúde ou alguma coisa assim, a gente, se for uma UBS de família, a gente liga, mas raramente acontece. Pacientes do PID e do Melhor em Casa são os que entram internados para a agente (entrevistada 6, imagem).

Pode-se perceber que o prontuário do paciente é uma forma de fazer com que as informações se tornem democratizadas entre toda a equipe envolvida com os pacientes. A comunicação com outras partes da rede de atenção de saúde é realizada via telefone, sem a possibilidade de um sistema que efetivamente agregue diversas informações.

Quando perguntada a respeito das barreiras institucionais que poderiam existir para que a interdisciplinaridade aconteça, a entrevistada 7 responde:

As atividades multidisciplinares, com áreas distintas, já possuem uma formação mais aprofundada de conhecimento e desenvoltura para desenvolver as diretrizes, conseguem auxiliar na forma de fazer essas ações. A humanização é realizada de forma multiprofissional (entrevistada 7, gerencia de pesquisa).

A melhoria da rede de atenção de saúde é um fator destacado pelo entrevistado 8 no que diz respeito aos desafios da multidisciplinaridade:

Aqui no setor temos um médico nos acompanhando. O que mais enfrentamos é que a rede de saúde poderia melhorar em alguns aspectos. Por exemplo, o paciente tem que ir e vir, se deslocar muito de um lugar para o outro. Por exemplo, um paciente que sai daqui com um diagnóstico de tuberculose ele tem que ir para outra unidade pois aqui não tratamos. É muito fragmentado. Isso dificulta a permanência do paciente aqui. O SAE encaminha para o Hospital Dia pois lá não tinha como fazer o exame. Aí dá positivo aqui, encaminhamos ele de volta pra SAE. Aí ele pega uma medicação para trinta dias e leva para casa. Quando tem muito caminho para o paciente fazer é mais fácil de perdermos o paciente. Nós não sabemos se ele está tomando todos os dias a medicação. As unidades básicas não podem ter controle sobre medicação. Tinha que ter uma centralização desses serviços (entrevistado 8, hospital dia).

Constata-se que a diversidade e fragmentação dos processos de trabalho faz com que o paciente e o profissional operem de forma diversa, como espera pela autorização do atendimento, consulta com vários profissionais, exames complementares, consulta com enfermagem, psicólogo, assistente social, dentre outros, que se fazem, muitas vezes, até mesmo em unidades dispersas. A fragmentação dos próprios setores e dos processos de trabalho no hospital é distante do princípio da integralidade, preconizado pelo SUS, pois faz com que o paciente se desloque para unidades dispersas.

Para o entrevistado 9 a prática e a teoria não caminham juntas e se constituem como um dos desafios da multidisciplinaridade:

(...) Nos últimos procedimentos que foram feitos acho que foi regulamentado, mas uma coisa é a teoria outra é a prática e bem outra é a ciência de todos os envolvidos. (...) A gente fez um coral (...) Então como o coral cantou na janta a gente veio e cantou no hospital também para que, pelo menos, os pacientes

participassem. A gente busca cantar perto dos pacientes, quando eles conhecem eles cantam juntos. Quando os pacientes escutam os cantos eles saem nos corredores (entrevistado 9, pastor).

Pelo visto, o sentido de “humanização” está relacionado a ações pontuais desenvolvidas aos pacientes.

Quando perguntado a respeito das barreiras institucionais que poderiam existir para que a interdisciplinaridade aconteça, o entrevistado responde:

Um dos desafios principais para que consigamos trabalhar de forma multidisciplinar é baixar as vaidades. Então, às vezes quando troca um profissional e o novo não está habituado a essa troca de trabalho. E aí a gente precisa dar um tempo também para a pessoa se habituar, pois ela não teve essa metodologia de compartilhar as ações dela durante a formação. E aqui não tem jeito, é assim. Tem que trabalhar de forma compartilhada, esse é o método. Esse serviço aqui, o PIDI, foi fundado com a metodologia da PNH. É a clínica ampliada, o método da roda. Tudo aqui é decidido na roda. É a metodologia de trabalho (entrevistada 10, PIDI).

A reorientação da assistência à saúde através da clínica ampliada é, de fato, visível no relato da entrevistada, que pressupõe o trabalho em equipes – cuja proposta insere-se na alteração da cultura que tende a privilegiar um saber em detrimento de outros.

#### 4.5.8 Categoria 6: O diálogo multidisciplinar

O diálogo multidisciplinar é difícil de ser alcançado para a entrevistada 1:

A multidisciplinaridade é difícil. A gente tem tentado fazer da melhor forma. Mas eu acho que é uma cultura de muito tempo assim que na verdade as outras profissões eram coadjuvantes, eram solicitadas em última instância. Quando o médico já não tinha mais o que fazer que não era mais da alçada dele era dedicado para outros profissionais. Hoje o sujeito está sendo visto como algo mais integral. Não só uma pessoa que está doente, mas está sendo avaliado os motivos sociais que levaram daqui a pouco a pessoa a estar naquela condição. Inclusive os médicos já tão conseguindo se dar conta de que os pacientes podem ser acessados antes para que o cuidado seja de fato conjunto desde o princípio e não só mais quando ele faz a parte dele e passa para outro (entrevistada 1, gestão de pessoas).

Pode-se inferir que, de fato, há um reconhecimento de que a multidisciplinaridade, principalmente, em virtude de um poder-saber oriundo da cultura institucional. A multidisciplinaridade, uma das dimensões do paradigma sistêmico, é difícil na atenção de saúde do hospital. Porém, há a afirmação de que há uma tentativa de mudança em direção a uma saúde integral, que parte, principalmente, da política pública de humanização.

A entrevistada 2 responde que o diálogo é realizado nas reuniões que acontecem de forma totalmente aberta:

O nosso trabalho é realizado de forma totalmente aberta a todos no momento da reunião, para que todos possam interagir e colocar as discussões na pauta. Para que todos possam tomar suas decisões (entrevistada 2, nutrição).

Pode-se inferir que para o sujeito entrevistado a autonomia dos profissionais de saúde é um elemento importante na tomada de decisões e há efetivamente uma participação, tanto no que consiste à gestão quanto às decisões colocadas em reunião.

Quando perguntado sobre o diálogo multidisciplinar a entrevistada 3 responde:

Muitas vezes tem, acontece, principalmente, na discussão de casos. Mas, em geral, a gente espera sair a prescrição dos médicos. O médico diz: esse aqui pode comer de tudo (entrevistada 3, banco de olhos).

Pode-se presumir que há uma evidente espera pela prescrição dos médicos. Nesse sentido, evidencia-se a dinâmica de falta de interação e hierarquização dos saberes, contrariando o que preconiza a política de humanização da atenção de saúde.

Já a entrevistada 4 responde que a humanização é, inerentemente, multidisciplinar:

O grupo de trabalho de humanização é multidisciplinar. Tanto quanto ao ensino quanto à pesquisa. Tem técnicos de farmácia, médicos, enfermeiro, psicólogo. Então ele é bem dinâmico. Ele é um grupo também itinerante. Hoje, por determinação da EBSEH alguns serviços devem estar inseridos, já outros são itinerantes. Tudo é levado para o GTH. Se chega uma demanda ou uma sugestão de troca de rotina, a gente leva para a discussão do grupo e depois a gente leva para a coordenação da gestão. Assim a gente decide como fica (entrevistada 4, ouvidoria).

Pode-se perceber que o GTH é efetivamente um grupo dinâmico em virtude da determinação da EBSEH. Por outro lado, é também um grupo itinerante quanto à liderança central, que transfere responsabilidades para que não haja sobrecarga em uma só pessoa.

O diálogo multidisciplinar, para a entrevistada 5, dá-se com voluntários que vem de diversas áreas:

A humanização são voluntários que vem de diversas áreas. Nós aqui na DGP não atuamos diretamente com a humanização. Nós somos voluntários da humanização e proporcionamos ações específicas para os pacientes, mas não é assistência (entrevistada 5, gestão de pessoas).

Novamente, não há que se falar em multidisciplinaridade de atenção de saúde dentro do GTH, pois ao trabalho dos profissionais envolvidos no mesmo se resume a ações específicas.

Quando perguntado sobre o diálogo multidisciplinar o entrevistado responde:

O GTH se reúne sempre que encontramos algum assunto de decisão mais importante. Assuntos sobre diagnósticos e parte clínica também são realizados, mas com a equipe de saúde (entrevistada 6, imagem).

Novamente, a informação repete-se em relação à atuação do GTH, que não está atuando na parte de atenção clínica propriamente dita. Assuntos de diagnóstico são decidido junto à equipe de saúde.

A entrevistada 7 explicita que ocorre um diálogo entre as diversas áreas para discussão de casos:

Dependendo da área eles fazem um “round” multiprofissional. O médico apresenta a situação clínica do paciente e é discutido o caso clínico frente às outras áreas interessadas. Por exemplo, a odonto consegue contribuir ou a psicologia. Então cada área atua no tratamento e discussão dos casos do paciente. As áreas começam realmente a dialogar e conhecer o que a outra pode oferecer pois eu não tenho total conhecimento do tipo de trabalho que a terapia ocupacional realiza. No momento de discussão, em que o médico aponta algum tipo de necessidade, a área que pode ajudar intervém. Ou até mesmo fazer um diagnóstico que pode ajudar o paciente do ponto de vista diferente, não somente do ponto de vista médico. Às vezes o paciente está depressivo, aí a psicóloga intervém. A gente aprendeu a fazer um trabalho conjunto. Antes fazíamos uma atenção focada em um único saber. Aqui no hospital nós temos a integração entre todos os profissionais (entrevistada 7, gerencia de pesquisa).

Interessante notar que há a discussão dos casos e cada área contribui com a sua especificidade. Em um trabalho conjunto, há uma integração entre diversas áreas.

Quando perguntado sobre o diálogo multidisciplinar o entrevistado responde:

Cada setor específico está trabalhando com uma abrangência. As informações não voltam para a gente. Seria importante a gente ter o retorno para saber que tipo de medicação outro profissional, um psiquiatra, por exemplo passou para o paciente depois que ele saiu daqui, se aquela medicação não interage com o antirretroviral. O psiquiatra toma esse cuidado lá, mas a gente também gostaria de saber. Aqui fica vazio. Pode ser que troque de médico ou de outros profissionais de saúde e essa informação seja relevante (entrevistado 8, Hospital Dia).

Pode-se perceber a falta de articulação entre diferentes ações, serviços e instituições, aliado à inexistência de um sistema de informações capaz de unir setores de forma integrada. As informações a respeito do andamento da atenção prestada não voltam para o profissional que recebe o paciente. O excesso de trabalho, demandas burocráticas levam profissionais a não buscarem integrar as tarefas com outras instituições ou até mesmo com os próprios setores da organização em que trabalham. Nesse sentido, não conseguem absorver isoladamente as impotências do seu trabalho e do outro, sem identificar a relação que seu trabalho tem com as outras partes ou com o todo do qual faz parte.

A participação de todos na reunião é decisiva para a tomada de decisões, de acordo com a resposta do entrevistado 9:

A parte burocrática eu não conheço. Eu participo das reuniões. A gente decide pelo grupo que está estabelecido e aí é encaminhado para a chefia. Esses tempos quando houve a restrição de visitas, no inverno, sempre acontece, a gente resolveu algumas coisas no grupo, foi levado para a chefia e a partir de lá tomaram as decisões (entrevistado 9, pastor).

Pode-se dizer que as ações do voluntariado estão estritamente ligadas à sua função como capelão.

Quando perguntado sobre o diálogo multidisciplinar a entrevistada 10 responde:

Aqui no PIDI trabalhamos de forma multidisciplinar, além da multidisciplinaridade a gente se relaciona. Se os profissionais não se relacionam não há essa troca. Aqui trabalhamos dessa forma. Nós, médicos, nutricionista, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, dentre outros, no atendimento já ocorre a troca multidisciplinar e depois no plano clínico, na montagem a gente interage para que melhore. Todos sentam e na roda, decidimos, para elaborar o plano de trabalho do paciente. Dentro do hospital tem lugares que é mais fácil, por exemplo na UTI. Em outros cenários do hospital ocorre mais a multidisciplinaridade. Cada um vai lá faz a sua parte, mas falta um espaço de discussão. Mas o prontuário, todas as pessoas escrevem todas tem acesso a essas informações. Temos instrumentos necessários para que de fato ocorra a interdisciplinaridade. Técnicas multidisciplinares ocorrem, pois como a gente trabalha junto, por exemplo, numa orientação nutricional, quando a enfermeira não vai junto, enfermeiro pode fazer a orientação que ela vai lá e complementa. Como inúmeras vezes a gente elabora planos de trabalho conjunto os outros profissionais também podem eventualmente dar alguma informação pois há a troca e a aprendizagem (entrevistada 10, PIDI).

Há, de fato, a integração e valorização de diferentes profissionais implicados na atenção de saúde. Inclusive, o método utilizado pelo PIDI condiz com o estabelecido pela política de humanização, que é o método de rodas de conversa.

#### 4.5.9 Categoria 7: Desafios da integralidade em saúde

A cultura é um fator destacado pela entrevistada 1, no que consiste aos desafios da integralidade em saúde:

É uma cultura que precisa ser mudada inclusive pelos próprios profissionais e pacientes. Quando é a enfermeira que faz a triagem ou outro profissional que recepciona tem um certo não é preconceito, mas já ficam assim duvidando, pois não foi o médico que atendeu. As pessoas acreditam muito só no médico, tem procedimentos que a enfermagem poderia fazer ou a técnica poderia fazer, mas se não é o médico que diz não é verdade. Então tem dois pesos e duas medidas pois é uma questão cultural. A gente vai mudando e amadurecendo (entrevistada 1, gestão de pessoas).

Nesta fala, percebe-se que o desafio da implementação do paradigma sistêmico vai além da mera institucionalização de relações de poder no campo institucional. Nesse sentido, ele esbarra em uma cultura social que acredita no saber médico como o detentor de uma verdade insubstituível por outras competências profissionais.

Quando perguntado a respeito dos desafios da integralidade da atenção de saúde a resposta é a seguinte:

Existe bastante desafio, mas recebemos ajuda. Tem a fábrica de bolachas Zezé que nos fornece bolachas que ficaram fora do padrão, por exemplo as bolachas que ficaram mais queimadas. Eles não colocam em pacotes prontos para vender, eles colocam em pacotes transparentes e registram “fora do padrão”. As bolachas fora do padrão são vendidas por metade do preço. Essa venda é revertida para o grupo de humanização do hospital (entrevistada 2, nutrição).

Interessante notar o modo como os sujeitos se mobilizam para resolver problemas ocasionados pela insuficiência ou mau gerenciamento de recursos públicos. No caso particular, o hospital faz uma parceria, mesmo que informal, com empresas privadas que disponibilizam produtos considerados fora do padrão, cuja receita de venda é revertida para o GTH.

A entrevistada 3 acredita que a integralidade no hospital visa unir diferentes áreas:

A integralidade no hospital visa unir diferentes profissionais e diferentes visões para ser um trabalho excepcional para o cliente que estamos oferecendo o serviço. É muito importante integrar, por exemplo, cinco colaboradores de um setor para decidir questões também de outros setores para fornecer diversas informações no intuito de uma resolução de problema e uma resposta importante que todos possam participar. Aqui no hospital é assim, por isso que as nossas comissões são realizadas de forma a unir outras áreas. Vou te dar um exemplo da minha vivência hospitalar. Dentro do Grupo de Humanização tem desde o técnico de enfermagem até o gestor administrativo, engenheiro clínico, engenheiro predial, dentre outros, pois cada um vai tratar de um diferente material dentro da instituição. Tem enfermeiros do bloco, tem enfermeiros da endoscopia, por isso que é importante trazer uma demanda de setor, mas que aquele que está solicitando passe pela opinião de todos que estão nos setores para uma tomada de decisão. Então, não vai ser apenas um profissional de um setor que vai fazer a compra de um material por exemplo, serão todos. A gente tem informações intranet e informativo físico, toda semana tem um jornal que circula através do comunica. Toda e qualquer ação ou informação do hospital vai constar no jornal. Eu acho importante o compartilhamento de informação entre todos os setores. Toda reunião, discussão e tomada de decisões é colocada em ata, com acesso a todos. É importante pois sabemos o que está acontecendo entre os mais diversos setores. A gente sabe que trabalhar em uma instituição 100% SUS não é fácil. A gente sabe que muitas vezes a gente não tem verbas. Mas a gente faz de tudo para “abraçar a causa”, para sempre proporcionar o melhor. A gente não perde a esperança de proporcionar sempre o melhor (entrevistada 3, banco de olhos).

Interessante atentar para fato de que o trabalho em equipe esbarra na fragmentação dos processos de trabalho, em que cada profissional está locado em um setor e focado no atendimento de determinada parte do sistema. A interação sistêmica ocorre através da reunião da equipe, uma vez que cada área possui um objeto estrito de interesse.

Para a entrevistada 4 o maior desafio do hospital é a estrutura e a falta de recursos:

O maior desafio hoje do hospital escola é a estrutura e falta de recursos. A gente tem um brechó para arrecadar dinheiro. Todos os recursos do brechó são revertidos para o hospital (...) É uma forma da gente conseguir melhoria de materiais como cadeiras, equipamentos, entre outros. (...) A gente tem vínculo com voluntários (...) Agora no natal a gente vai fazer uma ação que distribui bombons e canetas para os colaboradores e pacientes. Comprar o que falta para os pacientes também é uma forma de humanizar, como bancadas para cirurgia. Tem algumas coisas que o SUS não oferece. (...) Temos um grupo de voluntários que se chama Medicação. Todas as quartas eles passam e os pacientes que vão até a porta. É um grupo de pagode. Temos o carrinho da leitura que também passa terça e quinta para levar cultura para o paciente. A gente acredita que a leitura traz um acalento. A maioria dos nossos pacientes são oncológicos ou infecto. Então, a maioria dos pacientes sofrem muito com dor e ficam por muito tempo internados, muitos vêm para fechar diagnóstico. Então, até isso acontecer, eles permanecem um tempo conosco. É uma forma de retirar um pouco esse sofrimento (...) (entrevistada 4, ouvidoria)

É interessante perceber a forma como os sujeitos se mobilizam para atender uma demanda que não possui dotação orçamentária suficiente para ser suprida, como relatado, a respeito da troca de cadeiras e materiais para o setor da oncologia. Através de doações de roupas da comunidade as vendas acontecem e há uma melhoria do serviço público prestado pelo SUS.

Os desafios da integralidade da atenção de saúde estão relacionados com a fase de implementação da política no hospital estudado:

A implantação da política de humanização é uma das pautas da EBSEH, mas que está ainda em fase de implantação no hospital. A gente tem um grupo de ações que promove ações humanizadas, mas a política é muito mais do que isso. Por isso, a integralidade é difícil. A FAU atuava de forma ilegal antes da introdução da EBSEH. Então a EBSEH vem para atender a legislação, CLT, entre outras (entrevistada 5, gestão de pessoas).

A política pública de humanização foi criada em 2004. Entretanto, no hospital a mesma encontra-se em uma fase de implantação.

Quando perguntado a respeito dos desafios da integralidade da atenção de saúde a resposta é a seguinte:

A parte preventiva é importante. Já trabalhei na ponta, na rede básica. Muita coisa que chega no hospital já poderia ser cuidada no início. Por exemplo, a puericultura. Às vezes a paciente chega aqui sem nenhum pré-natal. Então, muitos partos se tornam partos de risco, mas se tivessem uma assistência lá na rede no início não chegariam até o hospital. Pelas próprias DSTs que as mães têm e nem sabem, mas na hora do parto isso acaba prejudicando. A gente trabalha com partos de alto risco aqui, tanto para a criança quanto para a mãe. Eu acho que é uma coisa que deveria ter, não sei se mais investimentos, mas mais valorizada com certeza. A assistência preventiva básica se dá fora do hospital. No hospital a gente vai fazer a parte curativa, não preventiva. A preventiva é lá na rede básica. Lá no banco da escola também. A integralidade entra a questão da comunicação e do cuidado com o paciente, que é ter uma contrarreferência. Sobre o sistema de informações também. É o sistema de referência e contrarreferência. Eu recebo o paciente aqui no hospital proveniente das unidades básicas de saúde ou dos nossos ambulatórios para exames. Se o paciente entrou via pronto-socorro e ocupou um leito, mas preciso ter um sistema para referenciar para a unidade básica. Eu acho importante essa integralidade. O que acontece hoje é que a gente acaba ligando para essas unidades. Por exemplo, a gente diz que é um paciente que é do hospital dia, mas que está precisando de um acompanhamento mais de perto. Nós temos muitos pacientes ostomizados, que vão para um serviço de referência do município. Então eles vem por trauma ou cirurgia. Vai fazer o que depois pois muda totalmente a vida do paciente. Nós temos o serviço de contrarreferência pois a gente vai referenciar ele para o serviço de especialidades. Ali onde ele vai ter uma enfermeira omoterapeuta que vai cuidar dele. Nós precisamos informar o paciente que existe um serviço de contrarreferência. O paciente vem referenciado, mas eu tenho que contrarreferenciar ele quando der alta (entrevistada 6, imagem).

Percebe-se que a prevenção propriamente dita, na percepção da entrevistada, é realizada fora do ambiente hospitalar. O hospital é locus de intervenção através de tecnologias duras, isto é, quando o dano de saúde efetivamente já apareceu. Para a prevenção, é necessário a

interligação do sistema de saúde com o elemento educação, em que a entrevistada verifica a possibilidade de prevenir “no banco da escola”.

Já a entrevistada 7 associa o desafio da política pública à mudança cultural:

A mudança cultural é necessária. O conhecimento da política nacional de humanização ainda não é sólido. Recentemente, o governo lançou a política e somente agora são pensadas com mais afinco. As pessoas deveriam conhecer para poder executar. O desafio maior é esse. Quando as diretrizes são feitas, talvez não consideram a realidade local, uma vez que são diretrizes de âmbito nacional, a despeito das diretrizes de humanização da EBSEH. Uma coisa é o papel, outra é a execução, esbarramos em desafios (entrevistada 7, gerencia de ensino e pesquisa).

Interessante salientar que o elemento cultura aparece na explicação da entrevistada a respeito dos desafios da integralidade da atenção. Os sujeitos ainda não possuem visão clara do que é a política pública de humanização.

Quando perguntado a respeito dos desafios da integralidade da atenção de saúde o entrevistado 8 destaca que os mesmos são de toda ordem de fatores:

O objetivo do hospital dia é justamente a desospitalização do paciente, pois a vida do paciente não é somente a doença. Tentamos não tirar o paciente da sua rotina. O paciente faz a medicação no horário que ele tem disponível. (...) A gente tenta dar espaço para a família também, sem tentar ser muito invasivo para o paciente. A gente sempre tenta inserir o familiar também no cuidado para não ficar algo no paciente. (...) É importante pois o paciente possui pessoas que os auxiliam fora do ambiente hospitalar. Como somos um setor de porta aberta, muitas vezes o paciente vem fazer uma internação e não aparece mais. A gente não consegue resgatar ele. (...) Aí o paciente vem até nós. Nós não conseguimos ir até o paciente. Tem pacientes que nós perdemos. Vem e não aparecem nunca mais. Vem fazer internação, a gente liga e não atendem. (...) A gente depende muito do esforço do paciente, que ele de fato consiga aderir ao tratamento. As dificuldades são de ordem estruturais e também de ordem individual. O paciente acaba tendo maior autonomia. No leito a gente consegue ver o que ele está fazendo, já quando é assim um tratamento mais afastado não conseguimos saber se ele tomou a medicação. (...) Às vezes o paciente chega e diz que está tomando os remédios, mas vai saber. Quando faz os exames percebe que tem alguma coisa que diz que não pode estar certo. Aqui é um serviço de porta aberta, ele pode vir encaminhado do SAE, de uma UBS, não importa. Às vezes eles acabam voltando até mesmo do pronto socorro. Lá no pronto socorro o pessoal percebe que é HIV e já acham que o paciente HIV tem uma rede separada para tratamento. Não existe isso. O SUS é universal, não existe essa segregação por natureza de diagnóstico. (...) Não se pode negar o atendimento aos pacientes HIV. Tem pacientes que aparecem aqui depois de ter ido para uma UBS ou UPA pois eles chegam lá com um sintoma agudo que não tem nada a ver com HIV, um sintoma agudo e eles dizem: “não, tens que consultar com o infectologista”. E não tem que consultar com o infectologista se está com um sintoma como uma crise renal, associado ao HIV. Não é porque o paciente tem HIV que ele não pode ser atendido por uma cólica renal em uma UBS. Muitas vezes há uma discriminação. O paciente chega e ele vai sendo empurrado. Antes chegou uma paciente que estava com hemorragia, estava menstruando muito. Ela tinha ido lá na UPA, depois para o pronto-socorro, do pronto socorro mandaram ela para o SAE. É que nós não temos ginecologista aqui. Teve uma paciente que chegou lá no SAE com uma dor abdominal e a médica perguntou quais são as medicações que ele toma e o paciente respondeu: “nenhuma, somente os antirretrovirais”. A paciente nos contou que o médico só faltou arrancar o soro do paciente e disse: “então não é com nós,

é com o pessoal do Hospital Dia”. O paciente estava em uma crise de dor. A paciente estava indignada com a forma que foi tratada por profissionais da saúde. Tem muita discriminação por parte dos profissionais de saúde também. Mas é mais fácil eles lá se contaminar por achar que aquele senhorzinho ou aquela senhorazinha não tem uma doença contagiosa do que nós que já temos essa informação e nos acautelamos. Às vezes a gente acaba perdendo algumas informações. O que o paciente faz lá no SAE a gente acaba não sabendo aqui devido a essa fragmentação dos serviços. Quando chega pra gente aqui no sistema de referência e contrarreferência, pro SAE a gente consegue gerar uma resposta(...). Não há um sistema integrado de compartilhamento de informações entre todas as instituições. Às vezes o paciente tem uma queixa sobre o medicamento que ele estava usando, mas não sabe o nome e nós também não sabemos pois foi outro médico que prescreveu, essas informações podem se perder. (...) A gente coleta o CD4 e enviamos para Rio Grande para analisar, somente lá é feito esse trabalho. A gente consegue acompanhar a medicação que o paciente está tomando e se ele a pega regularmente. Às vezes o paciente troca a medicação, mas não é informado do motivo por um médico diferente e nós também não sabemos. Então a gente perde algumas informações. Então, às vezes o paciente consulta lá, mas tem que acabar voltando pois não existe uma rede de fato integrada e com um sistema de informações efetivamente compartilhado e que funcione da melhor forma. Isso dificulta o tratamento do paciente (entrevistado 8, Hospital Dia).

Percebe-se um sistema contrário ao que preconiza a política, ou seja, a Rede de Atenção em Saúde se organiza como um conjunto de unidades isoladas e sem comunicação entre si. Nesse sentido, além de terem que lidar com a fragilidade de sua situação de doença, os pacientes vivenciam barreiras no momento do apoio da instituição que caracterizam um sistema com um acolhimento inadequado, fragmentado, que os faz ir e vir de um serviço ao outro, sem, muitas vezes, terem a resolução de seus problemas. O encaminhamento de um serviço ao outro só faz a unidade que encaminha perder mais tempo e desgastar o paciente, pois o encaminhamento não resolutivo de uma unidade a outra do sistema de atenção somente dá uma falsa sensação de resolução ao problema de saúde.

Já o entrevistado 9 salienta que a integralidade é difícil pois os desafios institucionais também concorrem para a sua implementação:

É a própria questão do tempo mesmo. A integralidade para juntar todos é mais difícil. Os médicos não participam, temos mais enfermeiros, pessoal da parte administrativa. No GTH os médicos não trabalham. A gente tem interações com o pessoal da hematologia para tratar da humanização já houveram médicos para algum assunto que precisava, mas formalmente não. Mas nas reuniões pontuais, como datas comemorativas, eles sempre participam, pois vão todos. Nas palestras com os colaboradores são os médicos que palestram (entrevistado 9, pastor).

Conforme colocado pelo entrevistado há desafios da integralidade, pois os profissionais estão sempre muito envolvidos com as suas rotinas de trabalho. Muitas vezes, há o próprio desafio do desconhecimento acerca da política pelos profissionais de saúde.

Um dos desafios da integralidade da atenção de saúde depende também da participação do usuário:

Há um diálogo efetivo com os pacientes. Às vezes ocorre de a gente elaborar um plano e o paciente não quer fazer, mas a gente negocia. Não tem muitas dificuldades nesse sentido. Os pacientes não estão acostumados a opinar, eles não vivenciam isso no processo de adoecimento deles, de poder opinar. Então quando a gente abre para eles inúmeras vezes eles respondem que nós é que sabemos. Eles não possuem o saber. A gente vai criando subsídios para eles criarem essa autonomia e poderem dizer, poder escolher. Então há uma participação do usuário, pois a gente vai elaborar o plano terapêutico do paciente, mas escutamos as sugestões dele e da família (entrevistada 10, PIDI).

Claramente, a atenção de saúde do PIDI oferece autonomia aos sujeitos, que não possuem o saber-poder necessário para uma efetiva participação. A partir desta percepção, o profissional nota que o sujeito não tem tanto alcance quanto ao processo de tomada de decisões. Devido a isso, a equipe cria subsídios para que os sujeitos possam opinar.

## 5 Considerações da análise

Trazendo ambos paradigmas para pensar a atenção de saúde, o paradigma mecanicista é responsável pela causalidade linear, em que a doença e a saúde são vistas como fatos eminentemente “naturais”, vinculadas a elementos puramente biológicos. Como podemos perceber nos excertos extraídos dos documentos do SUS, o mesmo incorpora uma atenção diferenciada que se dá através da preocupação com a integralidade do usuário, apontando para uma atenção de saúde preocupada com valorização de aspectos culturais e que transcendem o modelo biológico. Como o ser humano possui muitas dimensões, para que se tenha um atendimento que contemple tal complexidade é necessária a integração entre várias disciplinas, indo além, portanto, das disciplinas das ciências da saúde.

Já o paradigma sistêmico de saúde tem em vista o desenvolvimento de estratégias que visam a abordagem do ser humano em sua complexidade. Para isso, as equipes multidisciplinares são importantes, pois envolvem a superação dos desafios tanto objetivos quanto subjetivos da atenção de saúde.

Considerar o atendimento conforme a sua complexidade é reconhecer que elementos diferentes, como o econômico, o biológico, o psicológico e o sociológico são inseparáveis e constitutivos do que é “tecido junto”. Entretanto, na própria prática encontrada no HE encontramos uma atenção focada no desafio de diálogo entre profissionais de diferentes disciplinas. Por outro lado, verifica-se a superação de um modelo de saúde biológico por uma integração biopsicossocial, mesmo que limitada, no GTH, cuja articulação dá-se através de diferentes saberes.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação versou sobre dois amplos e coexistentes paradigmas para pensar a atenção de saúde do Sistema Único de Saúde. Inicialmente, apresentamos o paradigma mecanicista, o qual despreza elementos subjetivos e consagra uma atenção de saúde pautada numa dimensão puramente biológica, em que a doença é vista como uma anomalia na grande “máquina humana”. Em um segundo momento, apresentamos o paradigma sistêmico, inaugurado pelo SUS, o qual estabelece que a atenção de saúde deve dar-se num contexto amplo e atento às diversas dimensões da vida dos pacientes, entre elas sociais, econômicas, biológicas e psicológicas.

Para construir a problemática de pesquisa utilizou-se conceitos oriundos da sociologia da saúde, como modelo biomédico, humanização da atenção e modelo biopsicossocial. Além disso, utilizou-se também um aporte teórico oriundo dos estudos sociais da ciência, como a discussão sobre paradigmas e teoria da ciência de Thomas Kuhn. Estas duas áreas de estudos e pesquisa – sociologia da saúde e estudos sociais da ciência – ajudaram a analisar como ocorre a mudança de paradigmas no campo da saúde quando do aparecimento do Sistema Único de Saúde, o qual, como conjecturamos, estaria imerso no paradigma sistêmico. A sociologia da saúde, mais especificamente, também ajudou a entender a saúde e suas práticas correlatas em uma perspectiva social e histórica, com especial ênfase nas contribuições de Michel Foucault.

Mais especificamente, a pesquisa teve como objetivo principal identificar a existência/inexistência do paradigma sistêmico e do paradigma mecanicista na prática de saúde do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, considerando o princípio da Integralidade do Sistema Único de Saúde, que traz uma prática multidisciplinar através do Grupo de Trabalho de Humanização, em que a saúde está sendo produzida e promovida através de práticas não somente médicas, mas multidisciplinares.

Para responder aos objetivos da pesquisa, realizou-se dez entrevistas discursivas do tipo semiestruturadas com profissionais de saúde integrantes do Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas. O roteiro de entrevistas foi dividido em três eixos temáticos, quais sejam: perspectivas do Grupo de Trabalho de Humanização a respeito da Humanização; trabalho em equipe multidisciplinar e desafios da integralidade em saúde. Ademais, realizou-se a análise de conteúdo dos seguintes documentos: Humaniza SUS, Clínica Ampliada e Redes de Atenção de Saúde.

Foi possível constatar que no paradigma mecanicista o conceito de saúde era a ausência de doenças. Entretanto, no paradigma sistêmico a saúde se conecta com fatores oriundos do

meio ambiente, como alimentação, hábitos individuais, renda, dentre outros. Além disso, o paradigma mecanicista pautava-se na atenção de saúde cuja prática era essencialmente curativa. O paradigma sistêmico traz uma perspectiva curativa, porém não se resume somente a ela pois introduz as preocupações com a prevenção e o contexto social do sujeito por meio de uma abordagem multicausal.

Foi possível ainda constatar que o paradigma mecanicista era fortemente centrado no método da análise, devido à centralização na hierarquia do saber médico como hegemônica do modelo de atenção e nos hospitais como lócus de resolução de problemas. Os resultados foram alcançados por meio da análise do conjunto de regras e leis dos documentos apenas citados.

Verifica-se que o SUS está preocupado com a abrangência do atendimento do sujeito em sua complexidade, sendo que a apreensão da determinação multicausal é um elemento encontrado na política pública. Ademais, busca superar a hegemonia médica hospitalar, uma vez que forma equipes multidisciplinares para abordar dimensões biopsicossociais dos sujeitos.

A pesquisa mostrou que, apesar do SUS possuir uma proposta de aglutinação de saberes na atenção de saúde, estes ainda são hierarquizados. O SUS “conscientiza” os sujeitos, através das “regras” dos referidos documentos, para lidar com as diferenças hierárquicas e com os conflitos em um campo cheio de tensões e relações de poder, tanto no que consiste à fragmentação dos saberes quanto dos interesses envolvidos no campo da saúde, que nem sempre são os interesses do usuário. No entanto, a solução salientada é a mudança de cultura, que privilegia, na prática, a detenção de maior autoridade a um único saber.

Como se sabe a política de saúde está estabelecida em leis e outras formas de normatização que definem as regras capazes de nortear a provisão dos serviços de saúde. Ressalta-se que os dois paradigmas coexistem no âmbito do que estabelece a política do SUS, isto é, no seu aporte teórico. Entretanto, apesar de o SUS romper com uma atenção de saúde fragmentada, há uma lacuna e uma certa ambiguidade a respeito da forma com que a mesma se operacionaliza. Não fica claro como a superação da fragmentação será efetivada entre as diversas partes do Sistema Único de Saúde, para além da formação de equipes multidisciplinares, do princípio da integralidade e da Clínica Ampliada.

Uma das estratégias citadas pelo SUS para superar a fragmentação do atendimento é o reconhecimento dos limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde e de suas tecnologias através da Clínica Ampliada e a busca de conhecimentos em outros setores – o que se dá o nome de intersectorialidade. A intersectorialidade funcionaria como uma estratégia de integração de

saberes, em que a resolução de problemas com base na busca de ajuda em outros setores é uma orientação da própria diretriz do SUS.

Sabemos que a fragmentação inerente ao processo de trabalho é originada pela própria divisão do trabalho, que orienta a formação profissional em “compartimentos de saberes”. Tal formação diminui as possibilidades de interesse e enfrentamento de problemas pelos profissionais em áreas diferentes da sua competência de formação.

Foi possível identificarmos com a pesquisa que, com a criação do SUS, modificou-se a lógica de organização da atenção de saúde no Brasil, a qual passou a ser descentralizada, com foco na especificidade de cada região, numa proposta normativa de comunicação entre diferentes unidades componentes. O paradigma sistêmico, inaugurado pelo SUS, contrapõe-se ao modelo existente antes do mesmo, conceituado como modelo biomédico, o qual era fortemente centrado no método da análise – devido à centralização na hierarquia do saber médico como hegemônica do modelo de atenção – e nos hospitais como lócus de resolução de problemas.

O SUS expressa o paradigma sistêmico, cujo modelo rompe com a lógica fragmentada, tanto da atenção de saúde quanto na própria organização dos serviços, como por meio da criação de UBs, UPAs, asilos, creches e outras instituições de saúde. Nesse sentido, observamos que o SUS promove um atendimento com foco na especificidade de cada região, com uma proposta normativa de comunicação entre diferentes unidades componentes.

Pode-se dizer que o HE é uma das partes da Rede de Atenção do SUS. Um dos desafios do princípio da integralidade é a descontinuidade do cuidado no que se refere à integração das “partes” da Rede.

As equipes multidisciplinares de saúde buscam a superação dos desafios inerentes à fragmentação da atenção. Entretanto, mesmo que haja a união entre especialistas diferentes, se o sujeito, mesmo fragilizado pela sua condição de saúde, deve se deslocar de uma área a outra para entender seu problema, não estamos falando de uma lógica integradora.

A percepção dos diferentes profissionais que compõem o Grupo de Trabalho de Humanização acerca dos desafios de uma atenção de saúde integral e sistêmica é caracterizada por um abismo entre o que está descrito na normativa do SUS e a realidade vivenciada pelos sujeitos. Constata-se a presença do GTH para atender a normativa do SUS, porém o mesmo ainda não está totalmente completo quanto atendimento integral nos termos da política. A multidisciplinaridade ainda não está totalmente atendida, pois quando estudamos efetivamente o que ocorre na prática, os profissionais envolvidos no GTH estão trabalhando em ações pontais ou em atividades burocráticas. Os profissionais de saúde, como assistentes sociais, psicólogos,

odontólogos, dentre outros, não dialogam para responder a demandas de saúde dos pacientes, mas estão ocupados com ações pontuais relacionadas a estes últimos, ou com atividades burocráticas. Assim, o Grupo de Trabalho de Humanização vem para atender a normativa do SUS, porém ainda não foi cumprido/atendido na sua integralidade no Hospital Escola.

Mesmo sendo uma das dimensões do paradigma sistêmico, o alcance da multidisciplinaridade é difícil na atenção de saúde do hospital. A mudança em direção a uma saúde integral parte, principalmente, da política pública de humanização. Apesar de a interação entre os profissionais ser um fator importante para que haja efetivamente uma atenção de saúde integrada, para que a multidisciplinaridade de fato ocorra, há a necessidade de empenho conjunto e da superação da estrutura disciplinar/cartesiana dos cursos de formação.

Identifica-se, então, que a multidisciplinaridade, considerando o que estabelece o SUS, ainda não é uma realidade vivenciada no GTH. Há uma inadequação entre o que estabelece a política e a prática encontrada no hospital, posto que os profissionais integrantes do Grupo de Trabalho de Humanização estão atuando, na sua maior parte, em funções burocráticas. O Grupo de Trabalho de Humanização ainda mantém as características dos trabalhos individuais, visto que cada profissional faz a sua “parte” e passa para outro. Nesse sentido, nota-se que os profissionais do GTH não interagem entre si no cotidiano de atenção de saúde.

Por outro lado, a visão do indivíduo como um ser em seus aspectos biopsicossociais e, até mesmo, espirituais (como por meio da visita do capelão), são promovidas pelo HE no Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar. Nesse programa, ocorre a multidisciplinaridade por meio da integração e valorização de diversos profissionais, que atuam conforme o método de rodas de conversa.

A maior parte dos sujeitos atendidos pelo PIDI são de baixa renda, o que demonstra a interligação do sistema de saúde com o contexto socioeconômico. Devido a este fato, o hospital busca atender, junto com a Igreja parceira e o capelão, a necessidade financeira dos sujeitos até o benefício social ser concedido pelo governo. Nesse sentido, há uma ligação entre necessidades dos sujeitos na intervenção do processo de saúde, as quais se mostram importantes para a definição de estratégias que auxiliam os pacientes e sua família a terem uma melhor condição de vida no momento da doença.

Considerando o que foi exposto, a ampliação do olhar para fatores que vão além da doença do sujeito é promovida pelo Hospital Escola e são importantes para a resolução de problemas, uma vez que como fatores sociais, econômicos, psicológicos (ligados ao sofrimento subjetivo), dentre outros, concorrem para o aparecimento da saúde como um conceito que supera a ausência de doença (visão biomédica). Além disso, a assistência do Hospital Dia presta

uma atenção preocupada com a família e com a própria dinâmica individual do sujeito, tentando cuidar do todo, vendo tanto a doença quanto a inserção social.

A saúde é uma resposta gerada pelo sistema de Redes de Atenção. Como vimos, a saúde não está isolada do meio ambiente posto que está condicionada pelo mesmo e o condiciona. A demanda por determinadas doenças pode aumentar dependendo do contexto socioeconômico, cuja variável determinante podem ser os hábitos.

Esta dissertação mostrou que há indícios de divergência entre o sentido de humanização expresso pela política do SUS e a percepção dos diferentes profissionais de saúde (psicólogos, enfermeiros, administradores, auxiliares administrativos) a respeito da mesma. O GTH não aborda uma prática integral em saúde e não há uma interação entre os profissionais que o compõe. O próprio trabalho em equipe é dificultado pela fragmentação dos processos de trabalho, pois cada profissional está focado no atendimento de seu setor específico. Para os mesmos, o Grupo de Trabalho de Humanização funciona como um grupo que apoia na resolução dos problemas e na alocação de recursos.

O sentido do termo humanização encontrado na política pública possui relação com a superação da fragmentação da atenção, que ocasiona a perda da subjetividade individual no atendimento. As equipes de humanização possuiriam o compromisso de resgatar a integralidade dos sujeitos alvos do atendimento e suas dimensões subjetivas, como o contexto, histórias de vida, complexidade da doença, entre outras. A política estabelece que a atenção de saúde deve dar-se de maneira conjunta entre diferentes profissionais, porém, percebe-se que o GTH atua como um facilitador de demandas administrativas e burocráticas.

A presente pesquisa aponta para a possibilidade de capacitação dos profissionais de saúde a respeito da política do SUS. A maioria dos profissionais entende a humanização como ações pontuais relacionadas a organização de comemorações de aniversário ou, até mesmo, ao ato de dar presentes para os pacientes.

Pode-se dizer que o poder público, ao perceber falhas na qualidade de atenção de saúde dos hospitais públicos, responde com uma política pública de “humanização”. Tal política é vista com entusiasmo por alguns profissionais uma vez que os mesmos a associam a valores humanos de benevolência com o outro.

Como uma maneira de contornar os problemas que a instituição atualmente enfrenta, o GTH consegue resolver, mesmo que paliativamente, problemas como falta de materiais, recursos e profissionais de apoio, através de brechós solidários e de trabalhos voluntários, como o realizado pelo policial federal, do qual falamos no capítulo III. Nesse sentido, é curioso notar

como os sujeitos se mobilizam em um contexto de sub financiamento e/ou mau gerenciamento público.

A normativa do SUS é ambígua, posto que estabelece uma atenção através da multidisciplinaridade e da consideração do sujeito em sua singularidade e subjetividade, mas não promove como isto efetivamente poderá ser alcançado. Além disso, na realidade, a proposta de uma atenção de saúde integral esbarra em desafios institucionais de ordem operacional e mesmo burocráticos, como vivido pelos profissionais quando salientam sobre a falta de recursos e/ou quando os mesmos desconhecem o conteúdo da política de humanização.

Pode-se dizer que com o nascimento do Sistema Único de Saúde as práticas são transformadas a nível do que estabelece a política pública, porém há desafios de ordem institucional, como a falta de materiais, recursos, pessoal e a própria cultura institucional aparece como um fator importante. Nesse sentido, há uma lacuna entre o que a política pública enuncia, evidenciando que o paradigma sistêmico é um tipo ideal de modelo de saúde do SUS.

A tentativa de superação do paradigma mecanicista não existe somente no âmbito do HE, mas no âmbito de toda a Rede de Atenção que constitui o SUS. Nesse sentido, o HE faz parte dessa rede de atenção que integra, ou deveria integrar, várias instituições de saúde. Entretanto, há falta de articulação entre diferentes ações, serviços e instituições por meio de um sistema de informações capaz de promover um compartilhamento e integração entre as diversas áreas e instituições. As informações perdem-se no caminho de uma instituição a outra, como quando o enfermeiro relata que recepcionou o paciente, mas a informação a respeito do diagnóstico dado por outro profissional ficou “vazia” no setor.

Muitas vezes, as demandas específicas de cada setor fazem com que os profissionais foquem somente em determinada função, esquecendo de dialogar com os próprios setores da instituição. Nestes termos, é difícil efetivar um princípio da integralidade, pois a própria estrutura institucional é fragmentada e os profissionais não estão acostumados a relacionar o seu trabalho com outras partes ou com o todo do qual faz parte.

A fragmentação dos próprios processos de trabalho dificulta ainda mais a operacionalização do princípio da integralidade, uma vez que fazem com que o paciente e o profissional não “dialoguem”. A espera pela autorização do atendimento, consulta com vários profissionais, exames complementares que necessitam de resposta em outra localidade, dentre outros, fazem com que o usuário se desloque para unidades dispersas e o atendimento demore para acontecer.

Tendo em vista estudos futuros, pode-se pensar em duas possibilidades. Primeiramente, sugere-se uma análise de paradigmas para evidenciar as diferenças entre um hospital público e

um hospital privado. Em segundo lugar, coloca-se a possibilidade de um levantamento/descrição de estratégias que consigam/tentem abordar a complexidade a que está submetido o “setor” da saúde, reconhecendo o inter-relacionamento do ambiente interno e externo do Sistema Único de Saúde com outros “setores” ou subsistemas, como o econômico, o social, o cultural e o ambiental, buscando entender até que ponto a atenção de saúde é influenciada e influencia outros subsistemas.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. **A Saúde e o Paradigma da Complexidade**. Cadernos Instituto Humanitas Unisinos. Rio Grande do Sul, 2006.

ASSIS, et all. **Produção do cuidado no programa saúde da família**. Salvador: Edufba, 2010.

Agenda 21. **Relatório da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento**. Brasília, Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 1996.

ANDRADE, S. M. O. **A pesquisa científica em saúde: concepção e execução**. Campo Grande, 2011.

ANDRADE, J. A. R. In: **Os Pensadores**. São Paulo: Abril Cultural, 1979.

BARRETO, A. F. **Integralidade e saúde: epistemologia, política e práticas de cuidado**. Recife, 2011.

BERTALANFFY, L. V. **Teoria Geral dos Sistemas**. México: Fondo de Cultura Económica, 2006.

BRASIL. **Para entender a gestão do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei n. 8080/90**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

CAPRA, F. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. São Paulo: Cultrix, 1996.

CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente.** São Paulo: Cultrix, 1982.

CAMPOS, W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde.** Editora Ucitec: São Paulo, 1992.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 466/2012 aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.**

CECÍLIO, L. C. O. **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Afiliada, 1997.

CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde, conceitos, reflexões e tendências.** Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2009.

FILHO, N. A. **Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde: atualizando o debate em aberto.** *Revista de Administração Pública.* Rio de Janeiro, 2000.

DESCARTES, R. **Discurso do método.** São Paulo: Martins Fontes, 1983.

DENTI, I. A. **Serviços de Saúde Pública: reestruturação.** Erechim: Edifapes, 2001.

DUPUY, J. P. **Nas origens das ciências cognitivas.** São Paulo: Editora UNESP, 1994.

DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

DESLANDES, S. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.7-14, jan. 2004.

ENGEL, G.L. (1977). **The need for a new medical model: a challenge for biomedicine.** *Science.*

FERRAZ, S. T. **Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas.** *Revista de administração pública.* Repositório FGV de Periódicos e revistas, 1998.

FILHO, N. A. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

FLORENTINO, F. **Enfermagem e medicina: relações de poder e de saber**. Passo Fundo: UPF Editora, 2006.

FOUCAULT, M. **Crise da medicina ou crise da antimedicina**. Revistas PUC. São Paulo, 1974.

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

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: \_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 1998.

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FUNTOWICZ, S. AND RAVETZ, J. **Ciência pós-normal e comunidades ampliadas de pares face aos desafios ambientais**. *História, Ciências, Saúde*, vol. IV, 1997. POSSAS, C.A., 2001. Social ecosystem health: confronting the complexity and emergence of infectious diseases. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2001.

HELMAN, C. **Cultura, Saúde e Doença**. Artes médicas: Porto Alegre, 1994.

HOSPITAL ESCOLA UFPEL/EBSERH. **Carta de Serviços**. Pelotas, 2018.

JANCZUR, C. **Introduction à l'étude de la médecine expérimentale de Claude Bernard**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2015. Tese de doutorado.

JUNQUEIRA, L. A. P. **Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde**. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, 2000.

KOYRÉ, A. **Estudos de História do pensamento científico**. Forense Universitária, Rio de Janeiro, 1964.

KOYRÉ, A. **Do mundo fechado ao universo infinito**. Forense Universitária, Rio de Janeiro, 1964.

KUHN, T. **A estrutura das Revoluções Científicas**. São Paulo: Perspectiva, 2001.

LEVINS, R. E LOPEZ, C. **Toward an ecosocial view of health.** *International Journal of Health Services* 29 (2): 261-293. 1999.

LUZ, M. T. **Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas: análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática.** Revista de saúde coletiva. Rio de Janeiro, 2002.

MACHADO, R. **Foucault: a ciência e o saber.** Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

MARTÍNEZ, M. M. **El paradigma emergente: hacia una nueva teoría de la racionalidad científica.** México: Trillas, 1997.

MARCONDES, D. **Iniciação à História da Filosofia.** Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: Abrasco, 2003.

MAY, T. **Pesquisa Social: questões, métodos e processos.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** BRASÍLIA, 2001.

MORIN, E. MOIGNE, J. L. **Inteligência da complexidade: Epistemologia e pragmática.** Lisboa: Instituto Piaget, 2007.

MOTTA, M. B. **Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina / Michel Foucault.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011. PAIM, J. S.

**Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa.** Ministério da Saúde. Brasília, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1986), *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, Primeira Conferência Internacional para a Promoção da Saúde.* Ottawa.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2004). *Quarta Conferência Ministerial sobre Meio Ambiente e Saúde.* Budapeste.

PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas?** *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 1998.

PAIM, J. P. **Reforma sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas?** *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 1998.

PAIM, J. S. **Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa.** Ministério da Saúde. Brasília, 2006.

PALMA, A; MATOS, U. A. **Contribuição da ciência pós-normal à saúde pública e a questão da vulnerabilidade social.** *História, ciências e saúde*. Manguinhos, vol VIII (3) 567 -90. Set – dez. 2001.

PELOTAS. **Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas.** Relatório de gestão. Brasília, 2014.

PORTER, R. **História da Medicina.** Rio de Janeiro: Revinter, 2008.

RODRIGUES, L. P. **Sociedade, Conhecimento e Interdisciplinaridade: abordagens contemporâneas.** Passo Fundo: Editora Universitária, 2007.

RODRIGUES, R. D. **O paradigma da complexidade e os conceitos de medicina integral: saúde, adoecimento e integralidade.** 2007.

RODRIGUES, R.D. **A Crise da Medicina: Prática e Saber.** Dissertação de Mestrado. IMS/UERJ, 1979.

SHORTO, R. **Os ossos de Descartes: a história do esqueleto por trás do conflito entre fé e razão.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2013.

SCHWARTZ, Joseph. **O momento criativo: mito e alienação na Ciência Moderna.** São Paulo: Círculo do livro, 1992.

SCHRAMM, F. R. **A terceira margem da saúde.** Brasília: Editora UNB, 1996.

SHRAIBER, L. B. **O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança.** Ipiranga: Vida e consciência, 2006.

VASCONCELOS, M. J. E. **Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência.**  
Campinas: Papirus, 2003.



## CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que o projeto de pesquisa intitulado **O paradigma mecanicista e o paradigma sistêmico na atenção à saúde: uma abordagem sociológica** submetido para apreciação da Gerência de Ensino e Pesquisa do HE-UFPEL/EBSEH, sob o protocolo nº **00812/18** pela pesquisadora **Rosana Daniela Ames** e sob a orientação do Prof. **Léo Peixoto Rodrigues** está **APROVADO** para ser realizado no **Hospital Escola**.

A aprovação está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares e à entrega do Parecer Consubstanciado com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa a esta gerência, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Pelotas, 05 de dezembro de 2018.



Thiago Gonzalez Barbosa e Silva  
 Chefe do Setor de Gestão de  
 Pesquisa e Inovação Tecnológica  
 SIAPE 2419351  
 HE-UFPEL / EBSEH

**Thiago Gonzalez Barbosa e Silva**  
 Chefe do Setor de Gestão de  
 Pesquisa e Inovação Tecnológica  
 HE-UFPEL/Ebserh.



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com as normas da Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde de 12/12/2012)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa cujo título é “O paradigma mecanicista e o paradigma sistêmico nas práticas de saúde”.

O benefício relacionado com a sua participação está relacionado com a cooperação para a construção de conhecimento que beneficia o ser humano no sentido do valor atribuído aos resultados da pesquisa que poderá contribuir com a comunidade científica e com a instituição UFPel por meio de relatórios e/ou demandas.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder à entrevista semiestruturada, que será gravada, se permitires, para posterior transcrição e análise das informações transmitidas.

Você foi selecionado uma vez que faz parte do Grupo de Trabalho de Humanização, porém sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição Universidade Federal de Pelotas.

Os objetivos deste estudo são a) entender o princípio da integralidade e a política de “humanização” no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas e a percepção dos profissionais envolvidos no GTH a respeito da mesma e b) apreender a forma como o GTH aborda a prática integral em saúde, quais são seus principais desafios quotidianos, considerando a interação sistêmica entre diversas áreas do conhecimento.

Os riscos relacionados com sua participação são mínimos. Os pesquisados não arcarão com nenhum custo referente a pesquisa.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. A privacidade será assegurada uma vez que os dados serão guardados somente com os pesquisadores.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o senhor (a), podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento com os pesquisadores responsáveis Rosana Daniela Ames (mestranda em Sociologia) e Prof. Dr. Léo Peixoto Rodrigues no e-mail [rosana.ames@gmail.com](mailto:rosana.ames@gmail.com) ou no telefone (53) 981432451.

---

Pesquisador Responsável (Rosana Daniela Ames)

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos da UFPel.

Pelotas, 17 de setembro de 2018.

---

Sujeito da pesquisa

---

Pai / Mãe ou Responsável Legal (Caso o sujeito seja menor de idade)



### Roteiro de entrevistas semiestruturadas

<b>Setor:</b>	<b>Profissão:</b>
<b>Nacionalidade:</b>	<b>Especialização:</b>
<b>Tempo de trabalho no Hospital Escola:</b>	<b>Duração da entrevista:</b>

#### **Bloco 1: Perspectivas do Grupo de Trabalho de Humanização sobre a humanização do SUS**

- 1. Para você, qual a importância da humanização no cotidiano hospitalar?**
- 2. Na sua opinião, quais são os fatores que levam o Estado a propor uma política pública de humanização das práticas de saúde?**
- 3. Na sua percepção, por que o grupo de humanização está formatado de forma a envolver profissionais de diferentes áreas?**

#### **Bloco 2: Trabalho em equipe multidisciplinar**

- 4. Como conceito ampliado, em um de seus usos, a integralidade, enquanto princípio orientador das práticas do SUS, refere-se à articulação entre as medidas assistenciais por meio de uma abordagem multidisciplinar. Como são realizadas as práticas no hospital?**
- 5. Para você, existem barreiras institucionais para que a multidisciplinaridade se estabeleça? Quais são estas barreiras?**
- 6. Há um diálogo interdisciplinar para a resolução dos problemas?**

#### **Bloco 3 Desafios da integralidade em saúde**

- 7. Na sua opinião, quais os principais desafios inerentes ao princípio da integralidade do SUS no cotidiano das práticas hospitalares?**



## TERMO DE COMPROMISSO DE DEVOLUÇÃO CIENTÍFICA

Este termo de compromisso destina-se a todo usuário que deseja utilizar serviços/setores do Hospital Escola e/ou demais unidades, para o desenvolvimento de pesquisa.

Entendendo a importância e a relevância dos resultados da pesquisa realizada no(a) Hospital Escola de Universidade Federal de Pelotas intitulada: O paradigma mecanicista e o paradigma sistêmico: uma abordagem sociológica para benefício científico/assistencial do(a) mesmo(a) e a relevância referente à publicação oriunda de pesquisas aqui realizadas para manutenção da sua certificação como Hospital de Ensino comprometo-me em:

- Informar e disponibilizar o texto completo (em arquivo PDF) de qualquer publicação científica (artigos em periódicos nacionais e internacionais, livros e capítulos de livros, registros e obtenções de patentes, etc.) a Gerência de Ensino e Pesquisa;
- Autorizar a divulgação no site do Ensino como fonte de consulta para os demais pesquisadores;

Também tenho o conhecimento de que a não devolução dos resultados obtidos por meio da referida pesquisa implicará na restrição de trabalhos futuros.

ROSANA DANIELA AMES (17101461)

Nome completo do(a) Orientado(a) (Autor(a) / Matrícula)

Assinatura Orientado (Autor)

Pelotas, 06 de NOVEMBRO de 2018.