



Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico. ISSN: 2446-6778  
Nº 1, volume 4, artigo nº 09, Janeiro/Junho 2018  
D.O.I: <http://dx.doi.org/10.20951/2446-6778/v4n1a9>

## PROBLEMATIZANDO O MODELO DE ASSISTÊNCIA BIOPSIKOSSOCIAL EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

LAGEMANN, Bruna; ABRANTES, Marina Gomes; BAIENSE, Sara do Nascimento.<sup>1</sup>

APRATTO, Paulo Cavalcante; GOMES, André Raeli; MELLO, Denise R. B.<sup>2</sup>

**Resumo:** Este artigo objetiva relatar a experiência de alunos de medicina do Centro Universitário Redentor em Itaperuna/RJ, em relação às modificações atuais em torno do modelo de assistência biopsicossocial em saúde pública implantado no Brasil desde a década de 1980. Desse modo, procurou-se evidenciar os efeitos dessa mudança na formação dos futuros médicos e tem a finalidade de abolir a atenção voltada apenas para a cura da doença, e promover um cuidado voltado para a prevenção, promoção e reabilitação da saúde da população. O método utilizado foi a pesquisa bibliográfica associada as experiências vividas pelos dos alunos envolvidos. Como resultado, percebeu-se que esse modelo assistencial propaga uma nova perspectiva de atenção à saúde e, conseqüentemente, melhorias na qualidade de vida da população, garantindo o direito à saúde com base em uma formação comprometida com as demandas das pessoas.

**Palavras-chaves:** Atenção Primária à Saúde, Modelo Assistencial, Saúde Pública.

**Abstract:** This article aims to report the experience of medical students of the Centro Universitário Redentor in Itaperuna / RJ, in relation to the current modifications around the model of biopsychosocial assistance in public health implanted in Brazil since the 1980s. Thus, the effects of this change in the training of future physicians and aims to abolish attention focused only on curing the disease, and promote care aimed at prevention, promotion and rehabilitation of the health of the population. The method used was the bibliographic research associated with the experiences lived by the students involved. As a result, it was perceived that this assistance model spreads a new perspective of health care and, consequently, improvements in the quality of life of the population, guaranteeing the right to health based on a training committed to the demands of the people.

**Key words:** Primary Health Care, Care Model, Public Health.

<sup>1</sup> Estudantes do Curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário Redentor em Itaperuna/RJ.

<sup>2</sup> Professores do Curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário Redentor em Itaperuna/RJ.

## INTRODUÇÃO

As políticas de saúde da atenção básica privilegiam ações voltadas para a prevenção e promoção à saúde e consideram, também, os determinantes sociais de saúde (DSS) que influenciam no processo de saúde/doença, tornando a saúde um campo marcada por complexidade e que exige uma atuação interdisciplinar (RONZANI; STRALEN, 2003).

A experiência aqui relatada se passou com estudantes de medicina do curso de medicina do Centro Universitário Redentor em Itaperuna/RJ, na proposta do componente curricular de Saúde e Sociedade, que engloba o conjunto de conhecimentos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), seus princípios e funcionalidade, bem como garantir a ênfase na atenção básica à saúde (ABS) na formação médica do curso em questão.

Desde o primeiro período do Curso, os alunos eram inseridos nas comunidades, proporcionando-lhes um pensar sobre a valorização da humanização no cuidado e a atenção dos aspectos biopsicossociais no ato de cuidar. Uma reflexão permanente sobre os casos acompanhados nas visitas domiciliares era enfatizada e, a partir dessa, tornava-se possível verificar questões envolvidas no modelo de atenção integral da saúde, sejam elas avanços ou desafios.

Essas experiências têm levado a percepção de que toda formação de estruturas complexas, como o campo da saúde, demanda elementos básicos que, paradoxalmente, são de fácil manejo. Atrelando teoria e prática, foi possível verificar essa realidade e, dessa maneira, perceber que as práticas delineadas por um modelo de assistência biopsicossocial de saúde têm como finalidade apreender as noções dos usuários sobre sua saúde, suas vivências, rotinas, conhecer o lugar no qual estão inseridos, bem como levar informações sobre a importância da prevenção, promoção e reabilitação da saúde.

O presente relato tem como objetivo descrever essa experiência que, através de visitas domiciliares, permite aos alunos vivenciarem a um modelo de assistência biopsicossocial em saúde não pautado em parâmetros biomédicos. Ou seja, ao invés de priorizar a doença e um diagnóstico unilateral baseado no conhecimento e em técnicas científicas, valoriza-se as pessoas, a realidade em que vivem e como elas percebem o processo saúde doença. A partir disso, pensava-se com os alunos quais as ações preventivas, promocionais e assistenciais (ALVES, 2005) seriam necessárias para garantir a universalidade, integralidade e equidade dos atendimentos aos próprios (CECILIO, 2001).

Essa trajetória será narrada com associações e correlações com a pesquisa bibliográfica, a fim de fundamentar teoricamente as experiências vivenciadas.

## DESENVOLVIMENTO

A proposta principal do componente curricular era, semanalmente, realizar visitas ao território e às famílias em seus domicílios, assim como observar a comunidade local, avaliando os determinantes sociais associados às condições de saúde e doença da população adscrita. Também eram analisados o histórico familiar, relacionando-os com as atuais doenças, as condições de vida familiar e um planejamento sobre quais serviços de saúde seriam necessários para solucionar as problemáticas encontradas era elaborado. Esse plano de cuidado visava oferecer uma melhor qualidade de vida a estas famílias.

Segundo Azeredo (2007), a visita domiciliar implantada na atenção básica objetiva atender as famílias analisando as condições de risco ou vulnerabilidade a que estas possam, eventualmente, estar sendo expostas, conhecendo melhor as variáveis que interferem no bem-estar desta família. Além disso, têm também como finalidade monitorar as situações de saúde das famílias e, com isso, buscar prevenir agravos e intervir para minimizar danos ou prejuízos à saúde.

Com a VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986, um novo modelo de assistência à saúde foi definido no cenário brasileiro, propondo a promoção, prevenção e reabilitação à saúde da população (SCHERER et al, 2005). Ao longo dos anos, esse modelo tem demonstrado eficácia na produção de resultados positivos na vida da população. Mas ainda existem desafios a serem enfrentados.

Em muitas visitas domiciliares, os alunos observaram a falta de informação de educação em saúde nas famílias e eles as fornecia para os cuidados necessários, com orientações e aconselhamentos com propostas de melhorias ou manutenção da saúde. A educação em saúde compõe um conjunto de saberes e práticas dirigidos para a prevenção de doenças e promoção da saúde e, portanto, fundamental (COSTA & LÓPEZ, 1996 apud ALVES, 2005, p. 43).

Além disso, em algumas visitas os pacientes se encontravam em estágios avançados de adoecimento e necessitavam de recuperação para voltar à vida ativa, o que demandava dos alunos juntos com os seus respectivos tutores o planejamento de medidas de reabilitação visando melhorar a qualidade de vida desses pacientes. Era gratificante para o grupo ouvir de muitos pacientes o relato de se sentirem melhores e mais dispostos, conferindo uma maior credibilidade ao sistema de saúde, após as intervenções proporcionadas pela visita.

Essas experiências têm demonstrado que o aprendizado desse modelo é uma forma eficaz de produzir uma percepção positiva dos alunos sobre os serviços públicos de saúde oferecidos na atenção básica, de que quando inseridos na vida da população produzem

efeitos benéficos, atendendo às variadas necessidades populacionais, difundindo uma nova perspectiva de vida às comunidades e assegurando o direito à saúde aos cidadãos no cotidiano de suas vidas (ESCOREL, 2007).

Segundo BUSS e PELLEGRINI FILHO (2007), os DSS dizem respeito às circunstâncias de vida e trabalho dos indivíduos e da população, estando estritamente vinculados ao estado de saúde. Essas condições podem ser determinadas por fatores sociais, econômicos, étnico-raciais, culturais, psicológicos e comportamentais. Os DSSs, aspectos essenciais a serem observados no cuidado da atenção básica, eram amplamente observados, estudados e debatidos todas as semanas com os estudantes, a partir das visitas domiciliares.

Fundamentados na importância dessa análise integral do paciente, o conhecimento era enriquecido em muitos âmbitos, pois ao não focalizar apenas na doença, tinha-se o horizonte de estudos e percepções ampliados. Ademais, para colaborar na qualidade de vida da população a atenção básica tem como alicerce a prevenção e promoção. O trabalho de campo favorecia a observação de que vários problemas de saúde resultam da frágil situação econômica e educacional da população. Percebeu-se que para a prática de educação efetiva em saúde deveria levar em consideração a subjetividade dos indivíduos ao representar o processo saúde-doença, pois cada sujeito possui modos de pensar construídos ao longo de sua trajetória, sendo importante ser observado em sua totalidade (GAZZINELLI et al, 2005).

Segundo Minayo (1988), a visão da população de saúde-doença se ampara nas condições reais de vida. O imaginário da população ultrapassa classes, culturas, espaço e tempo. Torna-se essencial, portanto, que o profissional considere esses aspectos para definir ações e intervenções estratégicas e efetivas na produção da saúde.

As experiências vividas em campo nas visitas domiciliares pelos alunos conferiam-lhes boas perspectivas sobre o modelo pautado em princípios biopsicossociais assistencial, pois fomos proporcionados a acompanhar, à medida que lhes era proporcionado o acompanhamento ativo dos serviços prestados na atenção básica de saúde pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

Voltado para integralidade na assistência ao paciente, esse modelo propõe um conjunto de ações para promover a melhoria da qualidade de vida da população e proporcionar a participação ativa e o protagonismo nos debates em torno da saúde pública (SCHERER et al, 2005). O modelo biomédico preconizava um atendimento voltado para a cura, tratando a saúde como ausência de doenças e não mantinha um compromisso com a implantação de políticas públicas de saúde para atender às demandas da população, tratando os próprios como máquinas, excluindo toda probabilidade de adoecimento e não

proporcionando a participação populacional nos contextos da saúde pública (SILVA JUNIOR, 2007; ALVES, 2007).

Para Carvalho (1996, p. 110) “a saúde coletiva nasceu da crítica ao positivismo e a saúde pública tradicional, constituída à imagem e semelhança da tecnociência e do modelo biomédico”. Dessa forma, contrariando a saúde tradicional, flexneriana, cartesiana, a busca por um modelo de assistência biopsicossocial em saúde envolve um pensar sobre todas as estruturas envolvidas no processo de adoecimento. Assim, a incorporação do reconhecimento de território se faz imprescindível em primeiro momento, devido a influência que o ambiente tem sobre a saúde da pessoa. Para confirmar essa menção, Barcellos et al (2002) afirmam que se a doença é uma manifestação do indivíduo, a situação de saúde é uma manifestação do lugar.

Ademais, para se obter um melhor entendimento sobre as patologias que acometem uma determinada população, é necessário avaliar as situações históricas, ambientais e sociais que irão interferir nesse processo para, enfim, atender aos princípios básicos do SUS e garantir a equidade, integralidade e universalidade do sistema a todos os cidadãos, enfatizando que saúde não é ausência de doença, mas sim qualidade de vida.

Consequentemente, nessa ótica, a vivência social busca dentre outras coisas salientar as necessidades características do ser humano, tangenciando seus inúmeros fatores. Quando iniciamos com as visitas domiciliares, percorremos pelo universo da escuta, visto que por meio do diálogo é possível a captação de informações específicas quanto à vivência do mundo do paciente, suas especificidades, singularidades e peculiaridades, viabilizando correlações entre sua biografia e seu diagnóstico de doença. Dessa maneira, é possível compreender o paciente como um todo indissociável, assim como explicitado por Rios (2009, p. 255): “Na relação do profissional com o paciente, a escuta não é só um ato generoso e de boa vontade, mas um imprescindível recurso técnico para o diagnóstico e a adesão terapêutica”.

É relevante considerar que ainda há certa relutância da população em utilizar os serviços das unidades básicas de saúde, as quais devem ser a “porta de entrada” para o SUS. Em algumas visitas domiciliares foi possível perceber que existem usuários do SUS que são receosos em estabelecer um vínculo terapêutico com a atenção primária à saúde, política pública que ainda está em processo de construção de credibilidade com a população, o que dificulta o serviço das equipes de cuidado. Dessa forma, o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é essencial para efetuar ações no território e cotidiano dos usuários, há um grande potencial de abertura de possibilidades para a incorporação de novos sentidos à integralidade por meio desse trabalho (LEMKE; SILVA, 2010).

Esse receio que muitos usuários ainda possuem é um dos entraves dos serviços de saúde, o qual está disponível para acesso universal, equânime e integral, uma vez que é utilizado para crenças equivocadas e antigos preconceitos que estão enraizados no imaginário social. A resolutividade na rede básica está relacionada aos recursos materiais e conhecimento profissional, no entanto, é essencial uma ação acolhedora, estabelecendo um vínculo com o usuário (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003).

Diante do contato direto com esse impasse da saúde pública através das visitas domiciliares, os acadêmicos criavam a consciência de que, como futuros médicos, eles seriam peças fundamentais para solidificar as mudanças e esse modelo de saúde integral, através do aprendizado de uma boa relação médico-paciente como premissa para conquistar a confiança, fundamental para a adesão e continuidade do tratamento.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As visitas domiciliares proporcionaram aos estudantes uma visão de correlação e ampliação de conhecimentos demonstrando que é por meio da empatia e do diálogo (na relação médico-paciente), e também buscando uma visão integral para tratar as pessoas como seres biopsicossociais, que se obtêm a integralidade e singularidade em cada atendimento, criando vínculos terapêuticos imprescindíveis. Foi possível compreender que o tratamento biopsicossocial a ser proposto e executado pelo médico, começa na formação na graduação, voltando-se para a área humanística e a instigação constante por buscar o diagnóstico além das patologias físicas referidas pelo paciente. Investigar a história de vida das pessoas com o intuito de ouvi-las, orientá-las e, principalmente, estar sensível às dores e sofrimentos por elas vividos, a fim de aliviar não somente a dor física, mas sim proporcionar o bem-estar integral foram premissas aprendidas.

Muitas expectativas são depositadas nos alunos de hoje que são os médicos do amanhã. Os usuários dos serviços de saúde se queixam de pouca atenção durante o diálogo nas consultas e os alunos se sentiam desafiados e compreendiam a necessidade das mudanças do modelo de saúde, que seja mais humanizado, com o potencial de fortalecer-se ainda mais e enfraquecer o antigo modelo hospitalocêntrico, através da tomada de consciência sobre a necessidade de estabelecer uma relação empática e participativa com o paciente, fazendo-se cumprir os princípios de integralidade, equidade e universalidade previstos no SUS (SCHERER et al, 2005).

A partir da importância da confiança mútua entre o profissional de saúde e o paciente, nota-se a relevância de se praticar uma atenção básica à saúde mais humanística,

sendo imprescindível a maior contribuição dialógica com a paciente, a fim de desmistificar algumas concepções, explicitar as correlações entre sua biografia e suas patologias cumprindo com o propósito da atual atenção básica da saúde (GAZZINELLI et al, 2005).

Por conseguinte, com essas experiências, surgiu o desejo entre o grupo de que a atenção básica seja cada vez mais valorizada, continuando a oferecer uma saúde integral, universal e equânime a população, diminuindo as problemáticas de saúde na população e proporcionando melhoria na qualidade de vida das pessoas.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

AZEREDO, Catarina Machado et al. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 3, p. 743-753, 2007.

BARCELLOS, Christovam de Castro et al. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. *Informe epidemiológico do SUS*, v. 11, n. 3, p. 129-138, 2002.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CARVALHO, Antonio Ivo de. Da saúde pública às políticas saudáveis – saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.1, n.1:104-121. 1996.

CECILIO, LC de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde, v. 1, 2001.

SCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. 2007.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano, v. 2, p.125-34, 2003.

GAZZINELLI, Maria Flávia et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença Health education: knowledge, social representation, and illness. *Cad. saúde pública*, v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005.

LEMKE, Ruben Artur; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 10, n.1, p. 0-0, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 4, n. 4, p. 363-381, 1988.

RIOS, Izabel Cristina. Humanização: a Essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas de Saúde. Revista da Associação Brasileira de Educação Médica, 33(2): 253-261; 2009.

RONZANI, Telmo Mota; STRALEN, Cornelis Johannes van. Dificuldades de implantação do Programa de Saúde da Família como estratégia de reforma do sistema de saúde brasileiro. Rev APS, v. 6, n. 2, p. 99-107, 2003.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; MARINO, Selma Regina Andrade; RAMOS, Flávia Regina Souza. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 9, n. 16, p. 53-66, 2005.

SILVA JÚNIOR, Alúcio Gomes da; ALVES, Carla Almeida. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. Modelos de Atenção e a Saúde da Família, p. 27, 2007.

### **Sobre os autores:**

#### **Autores 1:**

Estudantes do Curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário Redentor em Itaperuna/RJ

#### **Autores 2:**

Professores do Curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário Redentor em Itaperuna/RJ – deniserbmello@gmail.com; aprattoporto@gmail.com; araele@gmail.com.