

Definição de Necessidades Sociais para o Ensino Médico

The Definition of Social Needs According to Medical Education

Joaquim Edson Vieira¹

Cultura é o conjunto de mecanismos de controle. O homem é precisamente o animal mais desesperadamente dependente de tais mecanismos de controle... de tais programas culturais, para ordenar seu comportamento.

Clifford Geertz, A Interpretação das Culturas.

PALAVRAS-CHAVE

- Educação médica;
- Necessidades e demanda de Serviços de Saúde;
- Grupo social.

KEY-WORDS

- Education, Medical;
- Health services, needs and demands;
- Social group.

RESUMO

Necessidades sociais são originadas das necessidades de grupos, cuja aceitação decorre da força que esses grupos exercem na sociedade. Tocqueville notou a importância dada ao indivíduo e seu trabalho, e descreve a formação de organizações na sociedade americana. Elas impedem que o governo da sociedade se imponha aos indivíduos. Quando médicos tentam definir necessidades sociais que não as suas próprias, podem não estar comunicando reivindicações legítimas de grupos sociais. O estudo de condições de vida pode revelar identidade com grupos sociais, e o médico, ao assumir este papel, pretende ser o interlocutor de demandas de grupamentos pouco organizados. A organização popular pode não se estabelecer, e uma das alternativas para eliminar essa dificuldade, na área da saúde, seria construir o conceito de "Cidade Saudável". As escolas médicas têm importante papel nessa proposta, ao ensinarem a diferença entre saúde e serviços de saúde, descobrirem e reconhecerem líderes e se sensibilizarem para envolvê-los na execução do projeto de localidade saudável. Iniciar projetos locais de promoção de saúde que dêem resultados positivos e visíveis sensibiliza os moradores para a proposta.

ABSTRACT

Social needs originate from human groups that are able to impose their positions according to their strength in society and government. Tocqueville noted the importance of individuals and their work and described the formation of organizations in American society. These civil society organizations are the main obstacle preventing government from subduing individuals. When physicians attempt to define social needs other than their own, they may not be expressing legitimate demands by other social groups. The study of living conditions may foster a closer identity between physicians and other groups, and physicians, by playing this role, may intend to act as political spokespersons for poorly organized groups. Such community organization may not completely materialize, and the "Healthy City" concept could help to overcome such difficulties. Medical schools could establish important models by teaching the differences between health and health services and by helping to identify, acknowledge, and raise the awareness of community leaders for the process of building a healthy community. Launching meaningful local health projects can help produce positive and visible results and raise the awareness of local residents.

¹ Médico (FMUSP), Bacharel em Ciências Sociais (FFLCH-USP). Professor colaborador médico, Disciplina de Clínica Geral e Propedêutica, Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Secretário do Centro de Desenvolvimento da Educação Médica, São Paulo, Brasil.

Recebido em: 03/10/2002

Reencaminhado em: 20/02/2003

Aprovado em: 20/02/2003

INTRODUÇÃO

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina orientam a utilização do Sistema de Saúde (SUS) como campo de atuação e aprendizado dos estudantes de Medicina. O SUS tem sido admitido ou entendido como um processo social de construção da saúde pública, abrangendo, mas não limitando, a assistência médica. Nesse processo, o controle social pode ser garantido mediante Conselhos de Saúde. Por sua vez, na discussão política de controle social, podem emergir diferentes concepções de saúde.

As diferentes concepções de saúde devem ter relação direta com distintas necessidades sociais. Por sua vez, estas necessidades podem ser conflituosas, refletindo demandas sociais. Neste texto, defendo a hipótese de que as escolas médicas podem ser envolvidas nesse processo social de construção da saúde. Para tanto, será importante definir necessidades sociais e suas origens.

NECESSIDADES DO HOMEM, NECESSIDADES SOCIAIS

Rousseau inicia o *Contrato Social* com o seguinte trecho: *"O homem nasce livre e por toda a parte encontra-se a ferros. O que se crê senhor dos demais não deixa de ser mais escravo do que eles"*. Indaga o autor se haveria necessidade de "trocar" a liberdade natural pelo controle social, que carrega a liberdade convencional, garantida pela convenção e concordância entre os participantes. Descarta a força ou o "direito do mais forte", pois este cessa quando o mais forte desaparece, mostrando-se somente uma condição local que não carregaria qualquer validade ética ou mesmo jurídica. No entanto, é a mesma força que permitiria aos homens sobreviverem na natureza hostil (seletiva, diria Darwin?). Portanto, a associação entre eles pode criar as condições que os defendam e aos seus bens (a força), e, ao mesmo tempo, preservar a possibilidade, limitada pela convenção, de que cada um obedeça a si mesmo, muito próxima da condição natural, anterior à associação.

Com esse estado, o de associação, a liberdade natural é preservada e defendida ao mesmo tempo. Rousseau desenvolve o conceito de "vontade geral", que, mesmo tornada soberana, jamais atentaria contra a liberdade de seus membros constituintes. O homem renuncia, assim, à tentativa de tudo obter e se conforma às Leis, que lhe permitem reter a propriedade de tudo o que possui de forma legítima, de acordo com a decisão coletiva, com a vontade geral. Esse acordo escrito, a Lei, jamais discriminaria ou permitiria a particularização e, por isso mesmo, expressaria a condição básica da associação civil e voluntária entre os homens¹. O Contrato Social, portanto, é a forma como Rousseau acredita ver os homens legi-

timando suas relações sociais e políticas, ou seja, tornando legítimas suas necessidades.

Esse texto sugere duas noções até o presente válidas para entender o que poderiam ser tais necessidades:

- A condição social, dependente das condições do povo que as adota;
- A condição humana, ou primária, das necessidades.

Uma das interpretações sobre necessidades como condicionadas socialmente é a de que "satisfaz um grupo". Assim, é por meio de um "efeito demonstrativo" que o puro desejo individual de posse, de propriedade, é moldado pelas comparações pessoais. Portanto, comparar-se com outra pessoa tem uma origem social, de convívio, que tanto pode ser entre indivíduos como entre grupos de pessoas. Esse exemplo sobre a posse de objetos pode ser igualmente considerado para elementos econômicos ou morais. A consciência desses elementos morais como necessidades indica e direciona o seu reconhecimento como **direitos**. O que autentica essas necessidades como legítimas é a possibilidade de serem reconhecidas e **aceitas** como necessidades sociais².

A aceitação de direitos ou necessidades morais como necessidades sociais, por sua vez, requer a avaliação de tantas interpretações ou "gostos" da sociedade que se torna difícil encontrar hierarquia para necessidades sociais. Mas é preciso cuidado! Reconhecer a dificuldade de estabelecer uma hierarquia para as necessidades sociais não significa que todas sejam arbitrárias. Um estudo comparativo dos gastos de trabalhadores de "colarinho branco" e de trabalhadores braçais que tinham igual rendimento mostrou que os "colarinhos" gastavam mais com vestimenta e lazer, enquanto os braçais gastavam mais com alimentação. A alegação de que os braçais têm uma atividade mais desgastante e, portanto, precisariam de mais alimentos não pode ser comprovada. No entanto, o desejo de pertencer a determinada posição social pode representar forte influência nos gastos dos "colarinhos" para projetar mais destacadas condições de trabalho, da imagem própria e do *status* que desejam para si².

Portanto, assumindo a existência de necessidades sociais como originárias de necessidades de grupos, pode-se supor que suas resoluções decorrem da força que esses grupos retêm para si, pelo que exercem na sociedade como modelo e sobre o grupo controlador dessa sociedade, que constitui o seu governo. Um grupo social bem conhecido é o de médicos, que detêm o propósito legal (Lei) de exercer a medicina e o direito de se beneficiar do uso desse propósito, seja pelo *status* ou pela aferição de pagamento. Eles detêm também o direito de uso de seus propósitos e de determinar como devem ser usados. Isto seguramente decorre de sua organização como grupo social.

Um exemplo de organização social é a atuação da Associação Médica Americana (AMA) — mesmo tendo menos de 50% dos médicos americanos como sócios —, que tem sido capaz de manter a medicina como um empreendimento comercial, portanto com direito legal e legítimo ao lucro, distante da noção de serviço social, como a educação fundamental e serviços de segurança (polícia e bombeiros). A AMA tem sido suficientemente organizada para manter-se, e a sua prática da medicina, de certa forma afastada do conceito de serviço social, a despeito da opinião da população dos Estados Unidos, que gostaria de ver um serviço nacional de seguro de saúde³.

Esse exemplo, por sua vez, reflete as dificuldades do sistema democrático com seus fundamentos e princípios descritos por Alexis de Tocqueville. Este autor define a democracia como igualdade de condições, o que não significa igualdade intelectual (e portanto individual) ou econômica. Ao descrever a sociedade americana, nota a extrema importância dada ao indivíduo, ao seu trabalho e à resultante desse processo, que é uma sociedade individualista. No entanto, ao invés de ocorrer isolamento, esperado em sociedades individualistas e observado em regimes despóticos, Tocqueville descreve uma miríade de organizações desses indivíduos, quer sejam profissionais, religiosas, de interesses ou esportivas. Essas associações são, justamente, o que impede o governo da sociedade de se impor aos indivíduos e proporcionam a aceitação pela sociedade de seu modelo como uma necessidade social⁴.

NECESSIDADES SOCIAIS OU NECESSIDADES SOCIAIS DA MEDICINA?

O papel social da medicina tem sido o de prevenir e manter a saúde, tratar doenças e investigar. Pode-se considerar como extensão destes papéis a promoção da saúde e da vida saudável, a humanização no tratamento de doentes e a inovação como resultado da investigação. O estudo de condições de vida, exercido pela medicina que investiga, pode revelar maior identidade com grupos sociais à mesma medicina que procura assumir um papel social ou de se impor responsabilidades estendidas de promover saúde, humanização e inovação. O resultado pode ser a pretensão de poder ser o interlocutor de demandas ou mesmo o tradutor político de grupos pouco organizados.

Não será surpreendente, portanto, encontrar a medicina tentando exercer o papel de controlador social ou mesmo definindo necessidades de grupamentos sociais. No entanto, pode-se supor que, quando médicos tentam definir necessidades sociais que não as suas próprias, não estarão comunicando reivindicações legítimas desses grupos sociais. Essa

referência entre grupos sociais — médicos de um lado e comunidade de outro — pode resultar em conflitos que antecedem os conflitos “naturais” entre forças sociais quando do embate por demandas legítimas.

Assim, ao pensar em definir necessidades sociais durante o processo de formação médica e de inserção das escolas médicas no Sistema Único de Saúde (SUS), é preciso considerar também os conflitos decorrentes de demandas sociais. No SUS, que sustenta a proposta de controle social pela população por meio dos Conselhos de Saúde, os médicos devem ser entendidos e devem se ver como mais um ator social e não como interlocutores de qualquer outro grupo. Para exercer esse controle social, é preciso organização. E neste item pode ocorrer um obstáculo descrito por Darcy Ribeiro: o povo brasileiro constitui, aparentemente, uma sociedade ordenada por uma elite “espantosamente eficaz na formulação e manutenção de seu próprio projeto de prosperidade, sempre pronta a esmagar qualquer ameaça de reforma da ordem social vigente”.⁵ O cuidado deve estar entre os médicos para que não assumam tal posição de elite na organização do controle social da saúde.

Essa descrição sugere que a organização social brasileira pode sofrer constante vigilância, de forma mesmo impeditiva, como obstáculo, gargalo de uma convenção social. Uma das alternativas para eliminar o gargalo, na área da saúde, seria assumir a proposta de Eugênio Mendes de construção do conceito de Cidade Saudável⁶. Essa definição considera, resumidamente, quatro pontos:

- Concepção de saúde-doença como história social em oposição à história natural;
- Conceito sanitário de saúde como produção social em oposição ao modelo compartimentado ou especializado;
- Prática sanitária como vigilância da saúde, complementada pela atenção médica;
- Saúde como gestão social em oposição à gestão médica.

Na Cidade Saudável, todos os seus atores, todos os que nela vivem e trabalham orientam suas ações para sua localidade alcançar qualidade de vida. Mesmo sendo “utópica”, permite aos grupos sociais a definição do que é qualidade em saúde. Este conceito enfatiza o fortalecimento de comunidades existentes, a ação local dirigida no município e a valorização das ações como processo, ou seja, como meio de constante melhora das condições locais de vida.

A história social da saúde permite incorporar as medicina preventiva e curativa como uma só ação inserida no modo de vida de uma pessoa ou de uma comunidade. Essa inserção propicia entender a saúde e a doença como processos sociais decorrentes de fatos econômicos, políticos e cognitivos, nun-

ca isolados nem decorrentes de "acontecimentos da vida". Esses dois conceitos, por sua vez, formam a base de uma construção mais elaborada para a prática da vigilância em saúde pela promoção da saúde em vários níveis (exemplos: individual — vacinação; grupos sociais — identificação de riscos ocupacionais ou ambientais; populacionais — fluoretação da água). Nota-se que essa prática sanitária não minimiza a atenção médica curativa, que pode, sim, constituir uma porta de entrada para a prática da vigilância em saúde. Finalmente, a gestão social deve incorporar a gestão médica: somente a oferta de serviços médicos, como a constituição de ambulatórios de adolescentes e atendimento por pediatras, pode não interromper o fluxo de problemas, como descrito por Eugênio Mendes, visto por sua contrapartida, em que uma série de ações sociais para profissionalizar adolescentes, oferecer creches e estrutura de esportes reduz um problema: crianças de rua⁶.

Um projeto de Cidade Saudável, começando por uma localidade saudável bem definida geograficamente, pode ter na escola médica um agente de fortalecimento dos grupos locais e de formação de profissionais médicos com o olhar voltado para:

- Entender diferenças entre **saúde e serviços de saúde**;
- Descobrir e reconhecer pessoas que sabem "fazer acontecer" e sensibilizar-se para envolvê-las na execução do projeto de localidade saudável;
- Iniciar projetos locais de promoção de saúde, modestos e bem dirigidos, que dêem resultados positivos e visíveis para sensibilizar moradores;
- Informar a população local dos projetos, resultados e disponibilidade das equipes de saúde.

A escola médica pode contribuir com as equipes de saúde locais das Unidades Básicas de Saúde, aumentando o contingente humano e material para:

- Questionar a qualidade do atendimento à saúde e refletir sobre programas;
- Interpretar e investigar o modelo de participação social com as equipes de saúde para os exercícios de definições de necessidades sociais;
- Pesquisar a respeito da ética médica na atenção individual e social;
- Promover ensaios clínicos sobre a melhor aplicação de medicamentos disponíveis e potenciais conflitos com proposições populares.

Finalmente, a escola médica que deve ser formadora de profissionais e cidadãos deverá assumir as necessidades soci-

ais originadas nos e definidas pelos grupos locais, pelo prisma da "docência de melhor qualidade"⁷:

- Técnica: capacidade de lidar com os conteúdos — conceitos, comportamentos e atitudes — observados nas comunidades, em conflito ou não com preconceitos em saúde;
- Estética: sensibilidade para perceber a possibilidade de condições criativas na interpretação cultural da saúde;
- Política: participação na construção da sociedade e do exercício de direitos e deveres;
- Ética: ação orientada para o entendimento, sem intervenção no princípio do direito, mas com argumentação e informação.

A técnica parece ser o meio mais claro que a escola médica tem para transmitir a capacidade resolutiva em qualquer nível da atenção à saúde. O que a docência de melhor qualidade supõe é a definição clara de objetivos a serem alcançados para conceitos, comportamentos e atitudes. Esta postura permite que docentes e estudantes tenham clareza da formação até seu momento de avaliação. A estética, a política e a ética se complementam. Adquirindo gosto estético, ou sensibilidade, a cultura deixa de ser **desigual** para tornar-se **diferente**. Com esse conceito, o médico não mais procura eliminar a distância entre sua atuação e o desejo do paciente, ou tornar o desigual em igual, mas entendê-la, pois, sendo diferentes, nunca serão iguais, mas conscientes dessa diferença e de sua participação social. O entendimento político constrói maior abrangência pela consciência da cidadania: o agente político é antes e primordialmente um cidadão, que advoga por seu bem-estar sob o bem-estar da sociedade. A ética propõe que o relacionamento médico-paciente se oriente pela solidariedade, que permite o diálogo para o reconhecimento da cidadania e a estética de pessoas diferentes.

CONCLUSÃO

Caberá às escolas médicas buscar inserção no SUS, considerando que o sistema de saúde depende essencialmente da participação social das comunidades locais. A organização dessas comunidades é fundamental para o reforço, aprimoramento e continuidade do SUS e pode consolidar um processo construtivo de definição de necessidades sociais. As escolas médicas não devem tentar definir necessidades sociais, mas participar na sua elaboração e entendimento, conferindo inclusive competência técnica, política e ética tanto às propostas sociais como ao exercício da cidadania e da responsabilidade de construção de uma localidade saudável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rousseau JJ. Do contrato social ou princípios do Direito Político. 1ª ed. São Paulo: Abril Cultural e Industrial; 1973. p. 9-151.
2. Boudon R, Bourricaud F. A critical dictionary of Sociology. 1st ed. Chicago (US): The University of Chicago Press; 1989. p. 251-258.
3. Robertson I. Sociology. 3ª ed. New York: Worth Publisher; 1987. p. 425-451.
4. Aron R. As etapas do pensamento Sociológico. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1987. p. 205-252.
5. Ribeiro D. O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil. São Paulo: Cia. das Letras; 1995. p. 447-455.
6. Mendes EV. Uma agenda para a Saúde. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 233-300.
7. Rios TA. Compreender e ensinar: por uma docência de melhor qualidade. São Paulo: Cortez; 2001.

Endereço para correspondência

Joaquim Edson Vieira
Centro de Desenvolvimento da Educação — Cedem-
FMUSP
Av. Dr. Arnaldo, 455 — sala 2.354
01246-903 — São Paulo — Brasil
E-mail: joaquimev@hotmail.com