

Desamparo aprendido em pacientes na fila de espera do Sistema Único de Saúde - SUS

Learned helplessness in health public service's patients - SUS

Fúlvia de Souza Veronez

Professora Mestre em Ciências da Reabilitação e professora na FAI

Lúcia Castro Silva Duarte

Acadêmica do Curso de Psicologia - FAI

Resumo

O SUS (Sistema Único de Saúde) modelo de saúde, com prioridade pela prevenção de doenças, promoção da saúde e atenção integral aos usuários, foi um ganho para a população menos favorecida. No entanto, mudanças e alterações ocorridas na estrutura do sistema interferiram na eficácia de importantes medidas. A falta de controle por parte dos usuários, pacientes da fila do SUS, sobre seus direitos adquiridos em primazia pela Constituição Federal, sua desinformação na capacidade de escolha de atenção e a desesperança favorecem o desenvolvimento de uma postura passiva desencadeando o comportamento de desamparo aprendido. Buscou-se identificar com este trabalho, condições que propiciem o desamparo aprendido nos mesmos e assim sugerir medidas interventivas que melhorem as condições de vida da população beneficiada pelo Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Desamparo aprendido. Sistema único de saúde. Psicologia.

Abstract

The SHS - Single Health System - model of health, with priority for the prevention of diseases, health promotion and full attention to users, has been a gain for the population less favored. However, changes and changes occurred in the structure of the system interfered in the effectiveness of important measures. The lack of control on part of users, patients of the queue of the SHS, on its rights acquired in priority by the Federal Constitution, its disinformation on the ability of choice for attention and despair, encourage the development of a passive posture triggering the behavior of learned helplessness. We wanted to identify with this work, conditions that provide the learned helplessness in the same and thus

suggest active measures to improve the living conditions of the Single Health System beneficiary population.

Keywords: Learned Helplessness. Health public service. Psychology.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem por finalidade alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibida cobrança de dinheiro sob qualquer pretexto.

Carvalho (2002), afirma o SUS tem como propósito promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. Criado pela Constituição Federal do Brasil de 1988 o SUS colabora com a definição de saúde como “direitos de todos e dever do estado” para que a população brasileira tenha acesso ao atendimento público de saúde.

A população assistida pelo SUS é na grande maioria, oriundos das classes sociais mais baixas. São, geralmente, famílias que usufruem benefícios que o governo proporciona aos mais carentes. Neste contexto, o SUS, é um ganho para a população carente que encontra na saúde a sua cidadania.

No entanto, as classes menos favorecidas não estão organizadas para o gozo de tal benefício, não têm voz nem vez, permanecendo subcidadãos políticos, ou seja, ninguém os escuta e ninguém lhes dá ouvido. Frequentemente se deparam com uma característica onde deverão se prontificar a aguardar por tempo indeterminado

o atendimento médico de que necessitam, os quais muitas vezes de urgência e são submetidos a uma fila de espera onde o agendamento de serviços prestados chega a durar meses.

De acordo com Mendes (1999), a população está às margens da sociedade e por serem pessoas não cadastradas em seguros sociais, acabam sendo atendidas como uma rede de indigentes. Essa falta de controle sobre seus direitos, assegurados pela constituição como primazia, acabam por transformar os pacientes, usuários do SUS, ao que Seligman (1975), define como desamparo aprendido e que se destaca conforme Hunziker (2007), pela análise da história passada como uma situação determinante no comportamento presente.

O desamparo aprendido é uma teoria montada com base em experimentos de Seligman no ano de 1975 que a princípio, investigava as interações entre contingências respondentes e operantes. Caracteriza-se por um quadro resultante da exposição a situações de eventos aversivos que dificultam a aquisição de aprendizagens operantes subsequentes. Essa experiência com estímulos aversivos incontroláveis tem como principal efeito a transformação do sujeito “agente” em menos ativo - inatividade essa que pode ser aprendida através de contingências acidentais supostamente presentes na condição de incontrolabilidade.

De acordo com Ruiz et al (2006), o desamparo aprendido seria um processo que é estabelecido, no decorrer da história de vida do indivíduo que ao nascer passa a receber estímulos constantes do meio - tanto biológicos quanto ambientais - e, diante deles responde-lhes, gerando de acordo com Skinner (1970), consequências que modificam o meio e influenciam seu comportamento futuro.

Essa atitude assegura Vizzoni e Rodrigues (2007), implica no surgimento de sentimentos de desânimo e de descrédito, acreditando serem suas próprias ações que produziram tais experiências, disparando nos sujeitos em resposta a esse comportamento, o desprazer, deficiências sociais e sexuais e apatia geral ao perceber que os acontecimentos relacionados à sua vida, independem do que faz no meio em que vive.

Tendo em vista a situação atual do Sistema de Saúde Brasileiro e, diante do interesse em pesquisar o comportamento de seus usuários por meio deste trabalho, pretendeu-se identificar condições que favoreçam o

desamparo aprendido nos mesmos e assim sugerir medidas interventivas que possibilitem a modificação desta realidade, melhorando as condições de vida da população beneficiada pelo Sistema Único de Saúde.

Material e Métodos

A realização deste trabalho desenvolveu-se com as pessoas que estavam na fila de espera do Centro de Saúde de uma cidade de pequeno porte do estado de São Paulo, no mês de maio de 2007 das 05: 30 horas às 07 horas.

Foi utilizado um questionário qualitativo, com 12 perguntas abertas para identificar a incidência de possíveis comportamentos que confirmassem suspeitas de inatividade nos pacientes, em detrimento das situações de incontrolabilidade experienciada pelo indivíduo ao perceber que acontecimentos relacionados à sua vida, independem do que faz no meio em que vive tornando-se apático e conseqüentemente passível de portar um quadro de desamparo aprendido.

Os dados foram coletados e serão apresentados mediante análise descritiva.

Resultado e Discussão

Durante a realização desta pesquisa foram entrevistadas as pessoas presentes no centro de saúde local, dentro do espaço de tempo previsto pela pesquisadora e após a análise dos dados coletados com os mesmos, verificou-se que 67% destes são de faixa etária acima de 45 anos; 70% são representados por mulheres; 65% da amostra são pessoas casadas; 35% têm como meio de ganhar a vida o trabalho autônomo e 25% são trabalhadores do lar.

Ao serem questionados sobre qual a queixa ou motivo da doença que os trouxeram ao centro de saúde a que mais se destacou, com 38%, foi a apresentação de dores. O vivenciar da dor é percebido como uma força poderosa, sobre a qual a pessoa sente não ter qualquer controle. A dor na fala de Caudill (1998) e Loduca (1999) passa a ser o centro da atenção por causa do tratamento, das perdas e suas impossibilidades.

Essas dores se prolongam em ramificações álgicas, dificultando o andar e o trabalhar. Diante da realidade atual da assistência pública de saúde à população mais

carente, pode-se observar a banalização do sofrimento as que estão expostos aqueles que dela necessitam, comprovando-se com o profundo desrespeito aos direitos mínimos de cidadania que lhes é oferecido mediante o mau atendimento e o desinteresse dos médicos pela história da queixa do paciente.

Como diz Mello (1992), citando Engel, a dor aparece como o sintoma mais comum em medicina clínica e se admite que 75% dos pacientes que consultam um hospital geral têm a dor como sintoma predominante.

Sendo os entrevistados queixosos de dores da coluna, pessoas com idade já um pouco avançada, pode-se deduzir que trazem consigo uma história de dores de muitos anos, as quais quase sempre foram deixadas para trás em prol de cuidados para com os outros. De acordo com o que foi apurado nas entrevistas em relação ao tempo em que estão com os sintomas, 30% dos pacientes estão sofrendo com suas dores há mais de 06 anos e 20% em média de 03 anos. Consequentemente metade da população usuária dos serviços do SUS tem sempre deixado para depois em se tratando do vivenciar da dor.

Dessa maneira, conforme fala Raynaut (2006), para o sujeito, no caso, os dependentes dos serviços do SUS, por maior que seja vivenciada a experiência do sofrimento ele não pode dar-lhe sentido, pois os danos ocasionados com a expressão da doença, produzem perdas significativas no sustento da família. Corroborar Brasil (1982), dizendo que muitas famílias chegam até a suprimir os gastos com a alimentação para comprar vitaminas ou fortificantes que os levem a aguentar o maior tempo possível no trabalho em prol do aumento na renda salarial no final do mês.

Continua ele afirmando que as pessoas vivem procurando mirabolantes formas de viver sem precisar satisfazer às necessidades primárias, principalmente a alimentação. A população de baixa renda constantemente recorre às drogas tranquilizantes para vencerem os dramas existenciais adquiridos pelas poucas horas de sono, pelo trabalho explorado, pelo alimento insuficiente e pela impossibilidade de ter controle sobre sua vida e a de seus familiares, apresentando um comportamento de desalento e passividade, caracterizando com tais procedimentos a presença de desamparo aprendido.

Observa-se que por trás dessa situação desesperadora encontra-se a pobreza, a impossibilidade de participar produtivamente da sociedade, o não reconhecimento

social, o desamparo, o desemprego, a fome e a perda da esperança de vencer na vida. O indivíduo, de acordo com Raynaut (2006), por mais particular que seja o seu sofrimento, sente-se impedido de expressá-lo, pois apresentar sua fragilidade pode acarretar uma punição por parte do grupo, constituindo uma ameaça à posição que ocupa na estrutura social.

Pode-se confirmar tal comportamento com a fala de um paciente ao ser entrevistado “é prejuízo estar aqui (SUS) estou perdendo um dia de serviço, só não sou mandado embora, mais o dia é descontado”.

Dos pacientes atendidos pelo SUS, segundo os dados pesquisados, 66% dos usuários estão na fila de espera de 01 a 06 meses aguardando pelo agendamento ou atendimento médico demonstrando um inativismo, uma passividade, tal qual aqueles que demoram anos para procurarem auxílio médico, apresentando um comportamento próprio de quem se encontra propenso a portar um quadro passível de desamparo aprendido.

Perguntado aos entrevistados se havia algum meio ou algo que se pudesse ser feito para apressar a data do atendimento médico agendado, por volta de metade das respostas foram negativas e 38% disseram medicar-se sem prescrição médica enquanto não chega o dia da consulta esperada, confirmando-se com as falas de alguns dos pacientes: não dá pra fazê nada, é tomá remédio prá podê trabalhá, e outro diz:...tem que tomar remédio para conseguir trabalhar,...

E continua outro: ...eu faço remédio por conta própria, o que falarem que é bom eu faço. Tais pessoas, geralmente idosas e com problemas reais de saúde, deslocam-se de suas casas para virem em busca de uma possível consulta que nem sempre conseguem como o caso da senhora de 60 anos que estava na espera desde a 01 hora da manhã, pois nos dois dias anteriores que veio não conseguiu, voltando então nos dias seguintes cada vez mais cedo.

Portanto, a maioria dos entrevistados não vê solução para a demora dos atendimentos às consultas agendadas e a quarta parte deles desloca a responsabilidade para as autoridades competentes confirmando com a fala de um paciente;... Será que o presidente do Brasil não tem poder para isso, será que ele não sabe que o SUS está assim?

E por se tratar de pessoas simples, passivas, completamente

desprovidas da consciência de seus direitos, não percebem sequer que ser bem atendido não é nenhum favor, mas sim um direito adquirido por ser um cidadão brasileiro, respeitando um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde; o da Universalidade, onde afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1990).

Contudo, o não ver solução para a demora do atendimento, o deslocar a responsabilidade para Deus, quando diz: “Deus quis assim ou se Deus quiser”, demonstra que ao se depararem com o sofrimento, os desafios e as mudanças ao longo da vida, são impulsionados para além de suas próprias forças, esperando que as soluções venham por intermédio de algo superior.

Esse delegar poderes para outrem indica o se debater e não achar saída, o passar para outros a responsabilidade em tomar atitudes, por ter em sua história vivenciado a presença de eventos críticos que lhes proporcionou situações de incontabilidade adquirindo com isso o comportamento do desamparo aprendido.

Novos sentimentos surgem diante dessas situações: sentimentos de descrédito, de desânimo, sentindo que nada há a fazer, considerando que não vale a pena atuar e que de nada adianta agir, submetendo - se à dor e ao sofrimento tornando-se pessoas desamparadas. O desalento percebido pela resposta acerca da indisponibilidade do serviço procurado, inúmeras vezes, se deve ao fato de que os usuários, segundo Sarti (2005), exercem os seus direitos de cidadão, votam, elegem seus governantes, mas não experimentam a realidade como cidadãos, pois são subjugados pela sociedade em que vivem.

Contudo, a saúde resulta de um jogo permanente de forças entre o indivíduo e o ambiente no qual ele vive e, em detrimento disto assistimos a uma variação da importância do sofrimento, dependendo de com quem ou onde aconteça, ganham significados históricos ou fazem parte de um ciclo de desgraças sendo, portanto, algo como um aspecto da natureza.

Conclusões

De acordo com os dados coletados e analisados pela pesquisa realizada no Centro de Saúde desta cidade se

pode verificar, em relação aos pacientes usuários da fila de espera do SUS, evidências de desamparo aprendido. Demonstraram experimentar uma crença sincrética que os tem levado a um mascaramento de percepções sofrendo opressão e desrespeito do SUS à sua cidadania e por se tratarem de pessoas simples, desprovidas da consciência de seus direitos, não percebem sequer que ser bem atendidos não é nenhum favor, mas um direito adquirido por ser cidadão brasileiro.

Destaca-se então a existência de um sistema que não funciona bem e, conforme Ribeiro (1995), de toda uma história que reuni padrões culturais de passividade e resignação. Sugerem-se medidas interventivas em conjunto com ações dos cidadãos na formulação de políticas públicas que possibilitem a modificação desta realidade melhorando as condições de vida da população beneficiada pelo Sistema Único de Saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios - O que há de novo na saúde?** Brasília, 1990.

BRASIL, M.A.A. Unidade psiquiátrica em hospital geral. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental no Instituto de psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. UFRJ, 1982.

CARVALHO, G.I. **Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº. 8080/90 e 8142/90)**. 3ª ed. São Paulo: Editora da Unicamp, 2002.

CAUDILL, A.M. **Controle a dor antes que ela assumo o controle: Um programa Clinicamente Comprovado**, São Paulo: Summus, 1998.

HUNZIKER, M.H. **O desamparo Aprendido: um modelo animal de depressão?** 2007. Disponível em: <<http://www.cemp.com.br>> Acesso: 23 de fev. 2007.

LODUCA, A. Atuação do psicólogo em um serviço multidisciplinar de tratamento da dor crônica: experiência da Irmandade Santa Casa da Misericórdia de São Paulo. In J. M. M. M. Carvalho (Eds.). In. **Dor - um estudo multidisciplinar**. 2ª ed. São Paulo: Summus Editorial, p. 196-221, 1999.

MELLO, J. F. **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1992.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

RAYNAUT, C. Interfaces entre a antropologia e a saúde: em busca de novas abordagens conceituais. **Rev. Gaúcha do enfermeiro**, 27(2): 149-165, 2006.

RIBEIRO, D. **O povo Brasileiro: a formação e o sentido do Brasil**. São Paulo: Companhia das letras, 1995.

RUIZ, L; GUIMARAES, M.; VASCONCELOS, M.C.; REGO, R.G.; COSTA, Z.D.A. **Desamparo Aprendido: uma porta de entrada para o Transtorno do Pânico**. Disponível em: < <http://www.redepsi.com.br>>. Acesso: 23 fev 2007.

SARTI, C.A. **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2005.

SELIGMAN, M.E.P. **Helplessness: On depression, development and death**. San Francisco: Freeman, 1975.

SKINNER, B.F. **Ciência e comportamento humano**. 10ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1970.

VIZZONI, E.; RODRIGUES, D.A. **A formulação cognitiva comportamental dos sentimentos de insegurança**. Disponível em: <<http://www.npcc.com.br/artinsegur.htm>>. Acesso: 02 abr 2007.