

# A saúde como objeto de consumo

Volnei Garrafa (.)

De uma maneira geral, a atenção aos agravos à saúde nos países da América Latina tem sido idealizada a partir de modelos sofisticados importados diretamente dos países industrializados, com montagens de serviços caros atendidos por pessoal nem sempre convenientemente qualificado e com formação e preocupações exclusivamente curativo-reparadoras. Desta forma, proliferaram nas áreas urbanas-metropolitanas (não confundir com áreas urbanas-marginalizadas, as quais vêm crescendo assustadoramente em cidades como México, São Paulo, Caracas, Lima, Rio de Janeiro, Santiago do Chile, entre outras), de forma desorganizada e a programática, hospitalas que geralmente permitem fácil acesso somente a uma pequena e privilegiada parcela da população. Os estudiosos do assunto e as autoridades governamentais devem começar a analisar a questão de uma nova forma, na procura de soluções mais agudas e ágeis que venham a beneficiar o homem coletivamente considerado. Evidentemente não se trata de aplicar ainda mais "knou-how" técnico, mas sim, em alguns casos será necessário introduzir modificações drásticas ou revolucionárias no enfoque de atenção à saúde das pessoas; este enfoque deveria ser conjugado a atitudes humanas e valores".

## 1. CONCEITO DE "PREVENÇÃO" EM SAÚDE.

A palavra "PREVENÇÃO" envolve muito mais variáveis do que a primeira vista possa parecer; apesar disso seu emprego na área de saúde tem sido geralmente aplicado dentro de um conceito muito estreito e limitado, não só por profissionais individualmente, como também por órgãos e instituições com as maiores responsabilidades coletivas no setor saúde. Uma simples consulta ao "Novo Dicionário Aurélio" mostra a conotação concreta da flexibilidade permitida e sugerida pelo termo em questão (4). A palavra prevenção deriva do latim *prevenire*, que significa "vir antes", "tomar a dianteira". Dentro das variadas conotações que apresenta são encontradas, entre outras, as seguintes: - chegar antes, adiantar-se ou antecipar-se a; - dispor de maneira que evite (dano, mal), evitar; realizar antecipadamente, i.e. ao encontro de; - interromper, cortar, atalhar; - avisar, informar com antecedência; - acuatar-se, preparar-se, prever-se; - armar-se, apetrechar-se, prevenir-se. As referidas "interrupções", "antecipações", "precauções", etc., podem ser programadas e/ou executadas em qualquer momento do desenvolvimento de um processo mórbido ou, sendo conhecidas as características dinâmicas desse processo específico, antes mesmo da sua deflagração clínica ou até previamente à ação dos possíveis agentes com ele envolvidos. Toda esta flexibilidade deveria ser melhor aproveitada pelo setor saúde, objetivando a obtenção de resultados mais positivos na população.

No entanto, o que pode ser notado é que inclusive no ensino superior, de onde deveriam partir os bons exemplos, já surge a desvirtuação e consequente confusão com relação à prevenção. Ao invés das diversas áreas de conhecimento desenvolvidas com o objetivo de estudar os agravos à saúde (denominadas de "disciplinas"), nos currículos tradicionais enfocar estes agravos sob um ponto de vista preventivo e amplo, o que acontece é a fragmentação ainda maior de tão artificiada processo de ensino-aprendizagem. O ensino tradicionalista, primitivo, a criação de mais uma disciplina isolada, a qual recebe variadas denominações, tais como "Medicina Social", "Odontologia Social", "Saúde Pública", "Medicina Preventiva e Social", "Higiene", "Medicina Sanitária", etc. Ora, se é criado um conteúdo educacional ao redor do que se denomina "Medicina Social", por exemplo, é porque deve existir uma "Medicina Anti-Social", fato que, pelo menos teoricamente, se desconhece, além de que seria absurdo. Na realidade a medicina, assim como a odontologia, nutrição, enfermagem, e demais ramificações, contempla o social, já e social na sua natureza intrínseca; o termo "Medicina Social" é redundante. A abordagem da prevenção em uma disciplina isolada é discutível, porque a prevenção em saúde deve constituir sinônimo de integração: integração de ações, de recursos, de esforços.

Tudo isso pode ser mais facilmente entendido quando lembramos que homem - individual e coletivamente considerado - constitui uma entidade sócio-cultural e dinâmica que somente pode ser vista em relação constante com as contradições que existem. Os agravos à saúde constam uma destas contradições, podendo inclusive atuar de forma significativa e/ou decisiva na diminuição de produção do indivíduo, aspecto fundamental de importância já que não se pode desvincular o estudo de homem e da saúde com o trabalho e relações sociais da produção; o trabalho constitui uma categoria que atravessa o conjunto da sociedade, suas formas de organização estão intimamente ligadas ao desenvolvimento da medicina no enfoque dos problemas sociais (medicina do trabalho: Alemanha; medicina urbana; França; medicina da força de trabalho: Inglaterra), reconhece o corpo humano, política e socialmente, com força de trabalho. Realmente esse senso passou a ser formulado na segunda metade do século quando Marx, estudando as coisas de vida dos trabalhadores (os ramos da produção, de eu o impacto da atividade laboral e a saúde das pessoas).

Portanto, a prevenção ao invés de constituir simples objeto dentro do conteúdo programático das disciplinas estáticas e isoladas, deve prevalecer como o sujeito de todo um processo de ensino-aprendizagem dinâmico, integrado e com compromissos sociais. A prevenção constitui uma verdadeira filosofia de ação e trabalho estando, portanto, intrinsecamente relacionada aos valores ideológicos, os quais determinam o comportamento das pessoas e dos governos.

A relação da prevenção com a ideologia dos governos é indispensável no estudo da prevenção, pois esta ideologia está diretamente vinculada à política de saúde dos países a qual, por sua vez, envolve outros indicadores também indispensáveis à implementação de medidas preventivas. O norte-americano Wegman (21), falando sobre "fronteiras e limites ideológicos da saúde pública" na Associação Fronteriza Mexicano-Estadunidense de Saúde, lembra a "qualidade, disponibilidade, fácil acesso e aceitabilidade de exemplos como dos médicos descalços da China e dos programas de atenção à saúde de Cuba"; poderia ser acrescentada a formação e organização dos "odontólogos campesinos", constituídos por indivíduos dos grupos indígenas da Guatemala, que se responsabilizam pela "saúde dental" dos seus semelhantes. Deve ser lembrado, contudo, que é inútil e desgastante se pensar nestes tipos de enfoques aos problemas de saúde, em regimes capitalistas onde funcionam a economia de mercado e a lei da livre oferta e procura, além de que devem ser levadas em consideração as características biopsicosociais do grupo ao qual se destina o atendimento. Sobre o modelo cubano, lembra Wegman que o enfoque preventivo do trabalho em equipes de saúde exige uma intensa preparação do pessoal envolvido, e que por isso mesmo a abordagem educacional na área de saúde nas universidades do país foi totalmente ampliada e reorientada para satisfazer estas novas necessidades. Portanto, uma modificação dos enfoques programáticos, que pode ser simples a primeira vista, envolve mudanças bem mais profundas e amplas. Sendo distinta e variável a realidade política da maioria dos países latino-americanos, seria idealismo se pensar simplesmente na aplicação dos programas acima citados à referida realidade. Nesses casos, portanto, a procura de soluções deve ser local, ecológica, adequada ao quadro detectado e que cumpra objetivos preestabelecidos, visando levar condições de "obtenção de saúde" para todas as pessoas de acordo com os recursos existentes e possíveis de serem obtidos. Cordon (2) enfoca de uma forma muito feliz esta questão, enfatizando que as pessoas que trabalham na área de saúde devem estar preparadas para atuar "em crise, com dificuldades, pois estas existem sempre e a todos os níveis na América Latina".

Desta forma, o processo de ensino-aprendizagem nas universidades está também sempre relacionado com a ideologia obedecida no país. Também a condição sócio-económica da população, fator de significativa importância na causalidade e ocorrência das doenças, não pode de modo algum ser desvinculada dos aspectos ideológicos e políticos.

O Dr. Haldan Mahler, diretor-geral da Organização Mundial da Saúde, em discurso proferido no Ministério da Saúde do Brasil recentemente (13), iniciou enfaticamente sua mensagem dizendo que "é escandaloso que em um país ou em uma região do mundo a população morra jovem enquanto que em outros possa ver crescer seus netos. E indignante que num bairro de uma cidade sejam frequentes as doenças por carência nutricional, enquanto que em outro a preocupação seja de que se come demais". É intolerável que, apesar do grande progresso da tecnologia e das ciências humanas, haja ainda no mundo mais de 500 milhões de pessoas cujas rendas chegam, quando muito, a 50 dólares norte-americanos anuais". O dirigente da OMS, no entanto, deixou uma pequena gota de esperança ao afirmar que "a adaptação do homem a meios físicos tão diversos, demonstra entretanto sua capacidade para mudança e, como as atuais injustiças nacionais e internacionais não se devem a constantes biológicas nem ambientais, não são mutáveis". Em todo o caso a mudança é uma condição sine qua non para a sobrevivência da espécie humana no mundo atual". A dependência social, econômica, científica e tecnológica dos países latino-americanos em relação aos mais ricos, no entanto, constitui fator limitante de fundamental importância no sentido das mudanças enfatizadas por Mahler e, portanto, do conceito amplo de prevenção em saúde; esta prevenção, conforme foi visto, de forma alguma consegue se desvincular das características políticas que a envolvem. O contrário fosse afirmado, se estaria caindo em idealismo e, portanto, vazio de metafísica.

2. ALGUNS INDICADORES SÓCIOS LIMITANTES À IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS DE ATENÇÃO POR COBERTURA EM SAÚDE.

De acordo com o exposto, a implementação de medidas preventivas na dependência direta de certos países os quais são tomados como indicadores e que serão a seguir introduzidos e comentados.

1º INDICADOR: **ODONTOLOGIA/POLÍTICA DE SAÚDE**

PAÍSES COM ECONOMIA DE MERCADO

— inexistência de programas coletivos de prevenção das doenças; — atenção aos agravos à saúde das

pessoas de forma privada, individualista, mercantilista.

### PAÍSES COM ECONOMIA MISTA

— existência de programas coletivos de prevenção, os quais trazem melhorias relativas aos estados de agravos à saúde das pessoas, sem profundizar nas razões intrínsecas e reais dos porquês dos problemas;

— atenção aos agravos à saúde das pessoas, desenvolvida pelo governo, ou particularmente, geralmente de forma curativa ou reparadora (prevenção secundária e terciária).

### PAÍSES COM ECONOMIA CENTRALIZADA (ESTATAL)

— existência de programas coletivos que visam as prevenções primária, secundária e terciária dos problemas de todas as pessoas indistintamente:

— a saúde se constitui em um direito das pessoas;

— as variáveis sociais e econômicas são rotineiramente levadas em consideração nas análises epidemiológicas dos problemas, por estarem incluídas no próprio terreno ideológico.

Comentários: o papel da pessoa doente é sancionado e institucionalizado pela sociedade; portanto, o tratamento ou a prevenção não constituem uma forma individual de cuidado e sim uma forma de controle social. Não devem impressionar as informações que relatam que a política de saúde de determinados países tem como objetivo primordial fornecer ao trabalhador somente as condições mínimas de saúde para que seja mantido ativo o aparelho produtor; tais características desumanas são principalmente mercantes nas regiões latifundiárias que exploram a monocultura (9).

Segundo Gonzales (10), muito se fala do direito à saúde e outros (espaço, saber, cultura, etc.) e a medida que surgem esses direitos, vão sendo também criadas as instituições encarregadas de garantir e salvaguardar tais direitos (Ministérios, Secretarias, Institutos, ...). Segundo o mesmo autor, tudo isso, que parece significar um progresso, tem na realidade um sentido ambíguo e pode ser interpretado ao inverso: existe direito a algo na medida em que esse direito é negado ou não existe para uma parcela (que pode inclusive constituir a maioria) da população, e constitui privilégio de algumas pessoas. Dentro dos conceitos capitalistas, as necessidades não são configuradas a partir da massa de consumidores, mas sim da elite proprietária dos meios e instrumentos de produção que os cria de cima para baixo, constituindo notoriamente uma invasão cultural. São inúmeros os exemplos de exploração comercial que podem ser citados, como a "chispa da vida", "o sabor de aventura", "o prolongamento da sua vida" e outros, muitos dos quais, inclusive são considerados variáveis não biológicas envolvidas na causalidade das doenças (15). Os elementos (objetivos) não são consu midos desde o ponto de vista do seu valor de uso — que é fundamental para a atenção às necessidades básicas — mas sim do ponto de vista do seu significado no código social, o qual foi criado artificialmente por manipulação da elite acima citada. O excessivo consumo de medicamentos nos países subdesenvolvidos está relacionado ao exposto (o Brasil ocupa a 4.ª posição mundial no consumo de medicamentos). A prática desenfreada e imprestável das amigdalectomias, apendicectomias, cesarianas e extrações dentais, entre outras, ou os próprios sistemas de pagamento de trabalho por unidades de serviço e cheques-consultas adotados pela previdência social de alguns países, são reflexo de uma política de "consumismo" que deixa de considerar o homem como tal para vê-lo como um objeto de consumo fabricado pela mente da indústria e da tecnocracia médica. Sobre este aspecto o Dr. Mahler assim se pronunciou: "O panorama geral mostra uma indústria médica incrivelmente cara, empenhada não no fomento da saúde, mas na aplicação ilimitada de tecnologia curativa a uma pequena proporção de beneficiários potenciais e talvez, sem que nem isso sequer o faça muito bem. Por acréscimo, pela excessiva complexidade das técnicas atuais, o próprio tratamento de uma doença produz as vezes outra, seja pelos efeitos secundários, seja por iatrogênes. A indústria médica tem desenvolvido certamente uma grande capacidade para produzir hipocondriacos sadios". Da mesma forma, a distância social criada, traz dificuldades óbvias quando algum programa preventivo é implementado; este aspecto está enquadrado dentro do que alguns autores tem denominado de "cultura da pobreza". (1, 18, 20).

Tendo sido a atenção à saúde transformada em produto sujeito a compra e venda nos países com economia de mercado, neste sistema só pode ser analisada como tal. No Brasil, de acordo com a TABELA 2, 66,83% das pessoas ocupadas e com rendimentos recebiam mensalmente em 1976, menos de dois salários mínimos. No mesmo ano, dados do DIEESE demonstravam que um operário do Estado de São Paulo necessitava mais de 194 horas de trabalho, de acordo com o salário mínimo e preços dos gêneros alimentícios da época, para adquirir a ração mínima para a manutenção de uma pessoa em índices aceitáveis e/ou normais de nutrição. Logicamente que esta deterioração entre o salário real recebido e o preço dos gêneros alimentícios e utensílios indispensáveis à manutenção das famílias (muitas vezes numerosas), leva o raciocínio obrigatoriamente a

existem também relatos bem conhecidos de significativas diminuições de movimento em empresas funerárias de cidades que "sofrem" greves de médicos. Todo o "consumismo" anteriormente relatado e suas variadas formas de exploração, pode ser evitado por governos preocupados com os interesses básicos e reais de sua população. Uma

TABELA 1 — RELAÇÃO ENTRE PROPORÇÃO DE DENTISTAS POR 10.000 HABITANTES E ÍNDICE DE CARIE DENTÁRIA (CPO-D7 EM ESCOLARES DE 8 PAÍSES EUROPEUS — OMS.

PAÍS	Cirurgião Dentista X 100.000 habitantes	Índice de carie dentária (CPO-D)
Espanha	10.0	2.16
Romenia	21.0	3.00
Inglaterra	26.0	5.50
Tchecoslováquia	37.6	5.50
Austrália	45.6	5.40
Suíça	46.0	8.10
Alemanha	62.6	4.30
Noruega	79.5	10.60

forma de libertação está sendo sugerida através da simplificação de equipamentos, materiais e técnicas e pela transferência de conhecimentos e tecnologia a pessoal auxiliar (16); desta forma os recursos humanos de nível universitário, de onerosa formação aos governos e em número geralmente insuficiente nos países latino-americanos, teriam disponibilidade de tempo para assumir seu verdadeiro papel organizador, orientador, dirigente e controlador nos programas de saúde.

O agravio à saúde representa bem mais do que um simples扰urbo biológico; é um扰urbo ou até mesmo uma crise, social e econômica, para toda a coletividade, porque a capacidade não só de produção como principalmente de exigências de melhores condições de salário e de vida, está em relação direta com as condições de saúde. Assim sendo, ideologia e política de saúde são inseparáveis, principalmente quando a referência é feita a programas e serviços de saúde que incluem a prevenção no seu amplo sentido: enfim, a saúde pública em si.

### 2º INDICADOR: CONDIÇÃO SOCIO-ECONÔMICA

#### DISTRIBUIÇÃO DESIGUAL DA RENDA

— as pessoas mais pobres, e consequentemente as + suscetíveis a sofrer agravos à saúde são aquelas que não podem "pagar" para obter saúde;

— desenvolvimento de campanhas filantrópicas dirigidas às pessoas de menor renda (redes femininas de combate ao câncer, ligas antituberculose, etc.) as quais visam relevos sociais e "paz" de consciência às pessoas de melhor renda.

#### DISTRIBUIÇÃO RAZOÁVEL DA RENDA

— existência de classe média mais representativa: maior n.º de pessoas com "poder de compra" dos serviços de saúde;

— as diversas camadas sociais, mais conscientes dos problemas, pressionam o sistema para receber cuidados;

— persistem as sociedades filantrópicas: diversas delas com matriz nestes países e extensão nos de ainda menor desenvolvimento (clubes de serviço filantrópicas: filantropia: caridade: sinal de injustiça social).

#### DISTRIBUIÇÃO EQUITATIVA DA RENDA

A maioria das pessoas possui nível de renda equiparado: os programas de saúde são financiados pelo ESTADO, sendo gratuitos a todos os usuários;

— nem siquer é cogitado o desenvolvimento de campanhas filantrópicas (filantropia: caridade: sinal de injustiça social).

#### Comentários:

Para as pessoas que encaram os problemas de saúde de forma real e concreta, já não existem mais dúvidas de que as condições socio-económicas constituem uma variável epidemiológica muitas vezes fundamental na frequência de um elevado número de doenças. Este ponto, no entanto, constitui objeto de outra publicação.

A inexistência de políticas de saúde adequadas com relação às aspirações da maioria economicamente desprivilegiada, estimula o comportamento individualista dos profissionais da saúde os quais, em geral, tendem a consolidar a estratificação encontrada principalmente devido as deformações existentes no sistema em que trabalham e a uma formação científica e distorcida (9). Assim, a maioria desses profissionais de saúde se fixam em grandes centros urbanos-metropolitanos, onde possam vender melhor sua força de trabalho individualizada aquelas que tenham condições de lhes pagar. Por outro lado, "o uso de recursos tecnológicos onerosos produz o contínuo encarecimento dos serviços de saúde em ritmo desproporcional aos salários. O resultado é verdadeiramente sarcástico: as pessoas que mais necessitam os serviços de saúde, são precisamente aquelas que não podem pagar por elas. Este singular fenômeno, reproduz a essência do sistema socio-económico vigente na América Latina, por exemplo, com todas as implicações imagináveis" (12). Da mesma forma, a distância social criada, traz dificuldades óbvias quando algum programa preventivo é implementado; este aspecto está enquadrado dentro do que alguns autores tem denominado de "cultura da pobreza". (1, 18, 20).

Tendo sido a atenção à saúde transformada em produto sujeito a compra e venda nos países com economia de mercado, neste sistema só pode ser analisada como tal. No Brasil, de acordo com a TABELA 2, 66,83% das pessoas ocupadas e com rendimentos recebiam mensalmente em 1976, menos de dois salários mínimos. No mesmo ano, dados do DIEESE demonstravam que um operário do Estado de São Paulo necessitava mais de 194 horas de trabalho, de acordo com o salário mínimo e preços dos gêneros alimentícios da época, para adquirir a ração mínima para a manutenção de uma pessoa em índices aceitáveis e/ou normais de nutrição. Logicamente que esta deterioração entre o salário real recebido e o preço dos gêneros alimentícios e utensílios indispensáveis à manutenção das famílias (muitas vezes numerosas), leva o raciocínio obrigatoriamente a

TABELA 2 — PESSOAS OCUPADAS COM RENDIMENTO, 10 ANOS E MAIS — BRASIL

<