

PÁGINA DO ESTUDANTE

**SAÚDE PARA TODOS — O ELO EXISTENTE ENTRE
SAÚDE E POLÍTICA SÓCIO-ECONÔMICA ***

Maria José Scochi **
Denise Cristina Brussolo **
Sílvia Renata Cicconi **

ReBEn/11

SCOCHI, M.J. e Colaboradoras — Saúde para Todos — O Elo Existente entre Saúde e Política Sócio-Econômica. *Rev. Bras. Enf.*; DF, 35 : 131-139, 1982.

1. INTRODUÇÃO

O problema de saúde tem sido amplamente debatido por muitos autores; tem assumido maiores proporções tanto por parte dos governos, como por parte das instituições formais de saúde.

Como alunos de graduação em enfermagem, sentimos o problema de saúde no nosso cotidiano. O assunto proposto pela Comissão de Temas do XXXIII Congresso Brasileiro de Enfermagem veio motivar nossos estudos e também veio ao encontro de nossas preocupações, desde nosso ingresso na Escola de Enfermagem.

O conceito de saúde, muitas vezes ensinado e discutido nas escolas, tem sido aquele apresentado pela ORGANI-

ZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE — “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência da doença ou enfermidade”.

No entanto, questionando o problema, surgem indagações sobre o real sentido de saúde.

A definição apresentada “embora utópica, pois o completo bem-estar é impossível de ser encontrado num mundo de tantos desajustamentos físicos e psíquicos, qual o de negar a identificação de saúde apenas com a ausência de doença, além de conceituar um ideal a atingir pelos governos” (ENCICLOPÉDIA MIRADOR INTERNACIONAL).

CHAVES (1978) assinala três críticas quanto ao sistema de saúde. A de natureza política, onde as patologias

* Trabalho elaborado pelas alunas de graduação em enfermagem e orientado pela docente Márcia Caron Ruffino, Professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

** Alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

clínicas correspondem quase sempre à patologia econômico-social; e onde qualquer modificação no sistema de saúde deveria ser feito com a participação ativa da comunidade. A segunda crítica, expressa pela opinião pública, e a terceira de origem filosófica que, “radica-se na tese de IVAN ILLICH de que os sistemas de saúde, depois de certos progressos, terminam por prejudicar a autonomia das pessoas, face aos acontecimentos da vida”. Sugere o autor “que a assistência à saúde deve incluir medidas que favoreçam ou promovam a autodeterminação dos indivíduos, das famílias e das comunidades diante de seus problemas de saúde.”

LANDMANN (1979), ao escrever sobre a assistência médica no Brasil, analisa-a, dentre outros aspectos, frente à estrutura social, afirmando: “Os problemas de saúde estão intimamente conectados com os problemas de cidadania, com os problemas dos direitos humanos, porquanto a estrutura econômica, cultura e social da comunidade influem profundamente sobre seu estado de saúde.”

Diante do conhecimento dos diferentes enfoques que existem a respeito do assunto, resolvemos elaborar um estudo que nos fornecesse subsídios e/ou elementos que nos permitissem partir para uma análise mais ampla.

Em 1978, realizou-se o Congresso de Alma-Ata, ocasião em que a Organização Mundial de Saúde — OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância — UNICEF declararam que a saúde da população é primordial e que cabe aos governos a responsabilidade de levar assistência primária a seus povos, com o objetivo de conseguir “Saúde para todos no ano 2000”, deixando claro que o objetivo proposto só será atingido através de medidas sanitárias e sociais adequadas.

Segundo YASSLE-ROCHA (1978): “Os problemas de saúde predominantes

no País são problemas de medicina de massa, sobre os quais pouco efeito têm as ações de saúde, sendo muito mais vulneráveis a uma política social (salários, habitação, alimentação, educação, etc.). As ações simplesmente curativas, embora necessárias, não deveriam receber o destaque que atualmente ocupam.”

Os estudantes de enfermagem, juntamente com os seus professores e enfermeiros, devem discutir e debater questões dessa ordem para que o seu silêncio não implique em aquiescência às “belas palavras de um discurso”.

O questionamento passa a ter uma importância relevante — a falta dele, leva a um silêncio de cumplicidade.

2. ENFERMAGEM E ESTRUTURA SOCIAL

A profissão de enfermagem foi criada sob a égide da Saúde Pública, com o objetivo implícito de atender às necessidades econômicas do País; pois o período do aparecimento da profissão se dá no “bojo da economia cafeeira”, quando se fazia necessário o saneamento dos portos e núcleos urbanos. Já na década de 40 quando acontece a inovação do serviço hospitalar, acontece assim uma mudança no mercado de trabalho do enfermeiro e isso pode ser observado nos dias de hoje quando a maior parte dos enfermeiros estão ligados ao serviço hospitalar (OLIVEIRA, 1979), Gráfico I (anexo I). As enfermeiras prendem-se a cargos administrativos, afastando-se cada vez mais do paciente, perdendo sua autonomia profissional (SILVA, 1979), conforme demonstra o Gráfico II (anexo I).

A realidade se contrapõe à citação de MAHLER (1978), quando se refere ao profissional de enfermagem: “As enfermeiras de que o mundo necessita são as que podem diagnosticar problemas de saúde comunitária e adotar medidas para proteger e controlar a saúde geral

da população; as que podem cuidar dos doentes ou incapazes e as que podem ensinar o próximo a cuidar de si mesmo.”

Ao observarmos nossa realidade, notamos que o profissional de enfermagem vem ocupando, cada dia que passa, um papel bastante diferente do esperado para que a população possa receber uma assistência adequada. São vários os fatores determinantes dessa situação; os políticos e sócio-econômicos interferem devido à má distribuição de rendas, de

semprego, situação de subemprego, falta de recursos econômicos e/ou má distribuição desses recursos.

Por outro lado, como determinantes internos do referido quadro, poderemos citar:

- o número insuficiente de enfermeiros; ao compararmos a relação de enfermeiros por habitante em alguns países, notamos que o Brasil tem uma baixa taxa de enfermeiros (diplomados ou não) para 10.000 habitantes.

P A Í S E S	TAXA/10.000 HABITANTES
Cuba	21,05
Inglaterra	41,69
Haiti	3,40
Brasil	4,40
URSS	61,38
EUA	67,40
Congo	15,14

Fonte: WORLD HEALTH STATISTICS ANNUAL, 1980.

- posição assumida pelo enfermeiro dentro da equipe de saúde de desigualdade com os demais membros, gerando uma insegurança na tomada de decisões dentro da mesma equipe.
- o enfermeiro, em sua grande maioria, por não ter tido uma formação de consciência crítica, quando universitário, tende a omitir-se, quando profissional, nas lutas de associações de classe, tornando-se assim uma categoria desunida e calada.
- uma desproporção entre profissionais e ocupacionais da enfermagem, o pequeno número de enfermeiros poderia explicar alguns dos problemas enfrentados pela categoria, tais como: a indefinição do seu status-papel, a sua marginalidade na equipe de saúde

de em relação às demais categorias de enfermagem, o seu ainda reduzido prestígio, etc. (Tabela II, em anexo).

- o estudante de enfermagem não procura analisar e descobrir novas formas de atuação, acomodando-se com sua formação como mão-de-obra especializada, omitindo-se de discussões curriculares e, até mesmo, de discussões de cunho social, a nível extracurricular. Notamos, dentro das escolas, o desinteresse dos estudantes e de organizações estudantis no empenho de melhorar as condições de ensino, essencial à formação profissional e futura atuação da classe, bem como de todo o contexto — saúde.

CARVALHO & CASTRO (1979) referem que: "A educação da enfermeira deve ser adequada ao presente e orientada ao futuro, e que enfatize, por isso mesmo, a inquirição e a reflexão, ao invés da mera busca de respostas para as questões emergentes. É preciso lembrar que há muito que questionar, porque há muito que construir ainda."

3. SAÚDE E ESTRUTURA SOCIAL

A partir do momento em que se procura avaliar as condições de saúde de uma determinada população, não podemos deixar de colocar em pauta a sua forma de organização.

Segundo dados estatísticos, percebemos que países como a Inglaterra, de formação capitalista — mas que propõe um sistema nacional de saúde socializante — oferece um bom nível de assistência primária; tem um bom nível de saúde e pequena taxa de mortalidade infantil. A assistência médica é de fato um direito de todos, existem médicos responsáveis por 2.000 indivíduos.

Em Cuba, segundo publicação da Associação dos Médicos Sanitaristas de São Paulo, intitulado: "Assistência de saúde em Cuba", também existe a preocupação com a saúde. Após a revolução cubana de 1959, os níveis de saúde da população apresentam melhora, como pode ser visto na tabela abaixo:

ÍNDICE DE MORTALIDADE	1958	1973
	%	%
Taxa bruta de mortalidade	6,5	5,8
Taxa de mortalidade infantil	33,0	27,0
Taxa de mortalidade 1 — 4 anos	2,6	1,2

Fonte: Associação dos Médicos Sanitários de São Paulo.

LANDMAN (1977) refere que no Brasil existem setores preocupados com a saúde, mas que ainda se utiliza a medicina como fonte de lucros, através de um complexo médico-industrial composto pela indústria farmacêutica, de equipamentos hospitalares e ainda pelas empresas de medicina e hospitais particulares.

A indústria farmacêutica, de grande influência, nos obriga a um consumo exagerado de drogas, além de estimular a automedicação, juntamente com a indústria de equipamentos hospitalares, que também vai-se desenvolvendo no Brasil, devido ao grande interesse na compra de equipamentos sofisticados, indo ao encontro do interesse das mul-

tinacionais, mas não ao encontro dos interesses da população a ser atendida.

Finalmente, temos as empresas de saúde e os hospitais particulares, os quais se utilizam da mão-de-obra dos profissionais de saúde, oferecendo-lhes baixa remuneração, para gerar grandes taxas de lucro. CARVALHO & CASTRO (1979) referem que a Comissão de Peritos da OPAS (1978) afirma que esses setores "contribuem notavelmente para encarecer a assistência e para deformar a prática".

Alguns setores têm-se preocupado em levantar a importância de uma assistência primária adequada. Já foi mostrado, inclusive, o quanto custa para nós a construção de hospitais altamente so-

fisticados. Atualmente, o custo da construção de um hospital com aparelhos importados permitiria a construção em média de 400 postos de atendimento de saúde.

Temos hoje um Brasil dividido em regiões carentes, onde os níveis de saúde são precários, as taxas de mortalidade

umentando por falta de uma assistência primária, devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, ao monopólio e às indústrias médicas. Como podemos ver na tabela abaixo, as regiões Norte e Nordeste apresentam índice de mortalidade infantil maior que os índices do Sul e Sudeste.

TABELA I — Mortalidade Infantil em algumas capitais de Estados do Brasil — Por 1.000 nascidos vivos (1974 ou anos próximos).

C A P I T A I S	T A X A S
Fontaléza	140,2
Natal	104,4
João Pessoa (1973)	169,2
Recife	256,4
Belo Horizonte (1975)	115,6
São Paulo (1977)	70,7
Ponto Alegre (1973)	54,8
Goiânia (1973)	98,8
Brasília (1975)	55,3
Curitiba (1975)	71,5

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil, IBGE, 1977 & Demographic Yearbook, W.N., 1976.

Dentro do Sistema Nacional de Saúde, várias discussões já ocorreram, mas as mudanças operadas foram poucas e ainda alguns não conseguiram ver que qualquer teoria que tente a estudar o círculo vicioso entre saúde e desenvolvimento econômico, não pode, como cita BERLINGUER (1978), ignorar “a prioridade no sentido histórico e não ético, da economia sobre a saúde, a impossibilidade de obter não apenas sucessos parciais — que se encontram sempre ao alcance dos serviços sanitários — mas resultados estáveis e universais, sem um desenvolvimento das forças produtivas, inclusive da ciência médica, e sem uma transformação das

relações sociais, inclusive a distribuição de recursos.”

4. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Quando iniciamos o presente trabalho, partimos para uma busca de soluções de problemas “a nível interno da questão saúde”, porém, após alguns meses de leitura e estudo, o assunto assumiu maiores proporções à medida em que vislumbrávamos, cada vez mais, as grandes implicações dessa “pequena” questão com as “grandes” questões que são: ideológica, política, econômica e social.

Não nos trouxe alívio no aspecto saúde, mas nos trouxe a grande oportunidade de ter vislumbrado um mundo muito maior do que os muros internos da universidade, da profissão e da saúde.

Vimos então que os determinantes de saúde não estão em níveis internos das profissões de saúde, mas em poder de outras instâncias.

Por tudo isso é que aceitamos o que refere MADEL (1979) em seu livro: "As instituições médicas no Brasil" "Uma análise da saúde da população esbarra nestas determinações e, conseqüentemente, só pode ser entendida em conjunturas sanitárias e no conjunto global das condições de vida. Inclui, portanto, as dimensões de criação e controle da produção e reprodução social, isto é, o conjunto das dimensões econômica, política e ideológica da vida coletiva, da totalidade social em que se insere esta população."

Entendemos por conjunto global das condições de vida, os que se referem a emprego, salário justo, direito a moradia (com sol, água, luz e esgoto), poder aquisitivo para adquirir ao menos alimentos, provendo sua família dos nutrientes necessários ao bom desenvolvimento — desenvolvimento do próprio trabalho, e crescimentos e educação adequada dos filhos —.

Reconhecendo a importância do tema "Saúde para todos" e após tomar consciência de que o mesmo é definido por instâncias mais amplas, como o político, o econômico e o social, não adiantaria magníficos discursos de caráter técnico-científico para "resolver" o problema da saúde, se não houver compreensão mais crítica da realidade, por parte dos estudantes e profissionais de saúde.

RESUMO

Analisando o estado de saúde da população atualmente, sentimos necessi-

dade de maior participação dos graduandos de enfermagem na luta por melhores condições de saúde.

Neste trabalho, discutimos alguns conceitos de saúde, comparamos sistemas estabelecidos em quatro países, com base em estatísticas, analisamos alguns determinantes de saúde e os confrontamos com a realidade do panorama social para, enfim, discutirmos o papel do estudante e do profissional de enfermagem, frente às exigências, sua formação parece estar voltada para a mão-de-obra especializada, limitando o desenvolvimento da consciência crítica.

Nosso objetivo é um possível desenvolvimento no campo da pesquisa e alguma contribuição para com a discussão "Saúde para todos" e suas implicações no grande elo existente entre saúde e política sócio-econômica vigente no País.

SUMMARY

Analysing the population's health nowadays, we feel that it's needed a bigger participation of the nursing students, in the fight for better conditions of health.

In this work, we discussed health concepts, compared establish systems from four countries, with base in statistics, analyzed some health determinants and put them against the reality of our social point of view, in order to discuss the role of the student and the professional in nursing. According to the needs their education seems to be worried about the specialized work (specialist people), breaking the critic concienacious development.

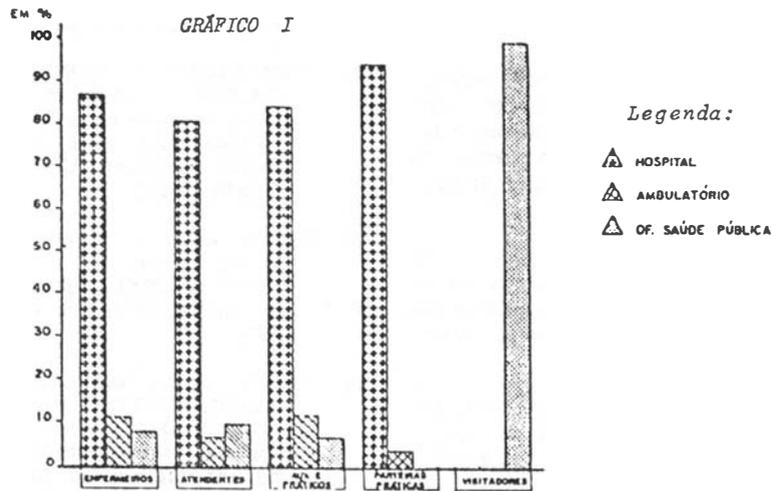
Our point is a possible development in the research area and some contribution to the argument "Health for all", and its implication in the bond wich exists between health social-econimics politic in our country.

BIBLIOGRAFIA

1. ASSOCIAÇÃO DOS MÉDICOS SANITARISTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO — *Assistência de saúde em Cuba* — Anexo V, págs. 124-134 (mimeografado).
2. BERLINGUER, G. — Saúde, colonialismo e subdesenvolvimento. Cap. IV, págs. 85-97. In: *Medicina e política*. CEBES. Coleção Saúde em Debate, São Paulo, Editora Hucitec Ltda, 1978.
3. CARVALHO, V.; CASTRO I. B. — Reflexões sobre a prática da enfermagem. *Anais do XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem*. Ceará, págs. 51-60, 1979.
4. CHAVES, M. M. — *Saúde e sistemas*. Rio de Janeiro. Editora da Fundação Getúlio Vargas, 2.^a ed., 1978.
5. CORDEIRO, H. — *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1980.
6. ENCYCLOPAEDIA BRITANNICA DO BRASIL — Enciclopédia Mirador Internacional. Volume 18. Rio de Janeiro, págs. 10-271, 1977.
7. MADEL, T. L. — *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979.
8. OLIVEIRA, M. I. R. — Enfermagem e estrutura social. *Anais do XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem*. Associação Brasileira de Enfermagem, Ceará, págs. 9-26, 1979.
9. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD — *Atencion primária de salud* — Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, Ginebra, 1978.
10. SILVA, A. X. — *Enfermeiro: profissional autônomo ou subsidiário*. *Anais do XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem*, Ceará, págs. 71-84, 1979.
11. SILVA, G. B.; ALMEIDA, M. C. P.; CARON-RUFFINO, M.; STEAGALL-GOMES, D. L. — *Introdução à análise das transformações na prática de enfermagem no Brasil, no período de 1920-1978* (Trabalho apresentado no XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado em Brasília, D. / F. (mimeografado), 1980.
12. WORLD HEALTH ORGANIZATION — *World health statistics annual*, Genève, págs. 10-15, 1980.
13. YASLE-ROCHA, J. S. — Assistência médico-hospitalar em Ribeirão Preto, S. P. 1972/1976. *Revista Saúde em Debate*, 1(6):38-41, 1978.

ANEXO I

DISTRIBUIÇÃO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM POR ESTABELECIMENTO DE SAÚDE



FONTE: Anuário Estatístico do Brasil — 1977

POSICIONAMENTO DO ENFERMEIRO NO SISTEMA DE SAÚDE: ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

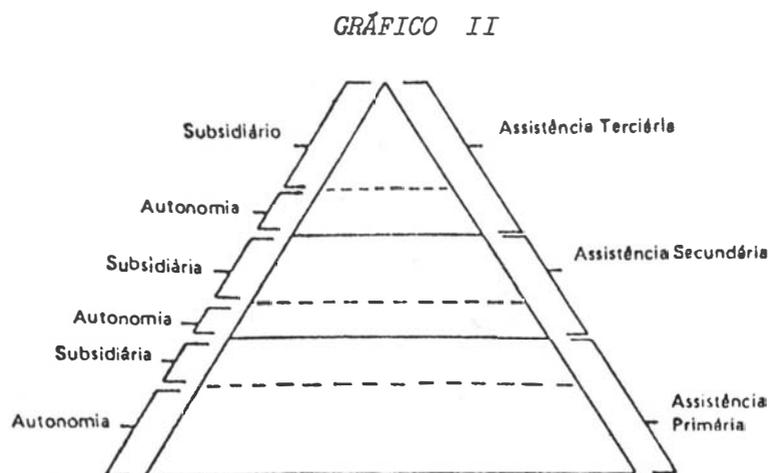


TABELA II — Distribuição do pessoal de Enfermagem, por Estabelecimento de Saúde.

Tipos de Estabelecimento	C A T E G Ó R I A S P R Ó F I S S I O N A I S											
	Enfermeiro		Atendentes		Auxiliares e Práticos		Pateixas Práticas.		Visitadores		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Hospital	8.508	80,7	85.541	81,4	34.177	80,5	2.449	95,8	-	-	130.675	79,7
Ambulatório	1.167	11,1	8.127	7,7	5.226	12,3	108	4,2	-	-	14.628	8,9
OF. Saúde Pública	871	8,2	11.455	10,9	3.068	7,3	-	-	3.293	100	18.687	11,4
T O T A L	10.546	100	105.123	100	42.471	100	2.557	100	3.293	100	163.990	100

Fonte: Anuário Estatístico Brasil - 1977.