
ANTÓNIO BARBOSA

Psiquiatra e sociólogo

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: DETERMINAÇÃO INDIVIDUAL OU SOCIAL?

169

A crise do Estado Providência e as fortes críticas à ineficácia das suas políticas têm abalado o princípio da socialização dos encargos da saúde e feito emergir uma nova tendência para a maior responsabilização do indivíduo pela própria saúde. A nova filosofia de intervenção, produto de propostas radicalmente alternativas à medicalização da sociedade, mas também das estratégias de reforço da influência médica, assenta na mudança de atitudes e na educação para a saúde. Pretende-se, com este texto, problematizar a ideologia e as práticas da educação para a saúde, desenvolvendo uma reflexão sobre as várias lógicas em que ela se organiza e ao mesmo tempo mostrando a necessidade de impor uma concepção global e unificadora da prevenção que respeite o indivíduo enquanto encruzilhada de múltiplas racionalidades organizadoras da visão de si próprio e do mundo.

O

S períodos de transição são habitualmente férteis em análises parciais e em argumentações polémicas, que acabam muitas vezes por legitimar a adopção de técnicas, políticas, reformas ou meras decisões a vários níveis. A prática médica não escapa a este processo e no contexto da institucionalização dum sistema de cuidados primários de saúde esboçam-se várias linhas de preocupação:

- impaciência pela degradação da «imagem de marca» do corpo médico e sua instrumentalização numa sociedade de consumo;
- apreensão perante a crescente demografia médica;
- crítica ao efeito bloqueador de determinadas hierarquias do hospital sobre a evolução da medicina hospitalar e do sistema de saúde em geral;
- reivindicação da saúde como um assunto de todos e não como um domínio reservado apenas a certos profissionais;
- apelo a um lugar para uma medicina de relação na organização da saúde, contra a hipertecnidade do paradigma médico hospitalar;
- defesa de uma medicina centrada no quadro de vida e de trabalho do doente capaz de redimensionar a medicina curativa tradicional;

Introdução

— procura de uma formação dos profissionais de saúde que permita adequar a sua prática às necessidades reais da população.

No entanto todas estas preocupações não são mais do que o correlato de dois problemas fundamentais de natureza essencialmente económica e política:

primeiro, a absorção de proporções crescentes do rendimento nacional pelos orçamentos da saúde, em consequência da progressão rápida e ilimitada da tecnologia médica e da tomada a cargo pela sociedade dos encargos com a doença;

segundo, a impossibilidade de o sistema social de saúde tomar a cargo a totalidade das expectativas da colectividade e, portanto, a necessidade de escolha entre diferentes opções (luta contra os perigos de vida peri-natal ou pelo aumento da sobrevida das pessoas idosas; despesas para investigação de órgãos artificiais ou para despistagem e tratamento preventivo da doença mental na criança e no adulto jovem, etc.).

As políticas desencadeadas, ora se baseiam numa preocupação globalista do Estado Providência em assegurar os direitos dos cidadãos a um serviço de saúde, ora enfatizam a responsabilização do indivíduo pela sua própria saúde (Campos, 1983). Qualquer das tendências se condensa em indicadores diferentes, informados por teorias de causalidade saúde/doença também diferentes (Lucas, 1984).

Por outro lado, é curioso verificar como análises radicais dos sistemas de saúde actuais, como as desenvolvidas por Illich e Fuchs, têm sido posteriormente recuperadas pelas formulações neo-liberais da economia da saúde.

Eficácia do sistema de cuidados de saúde

A partir da análise de um extenso número de trabalhos médicos, Illich permite-se construir a convicção de que os avanços tecnológicos da medicina moderna são pouco eficazes na melhoria da saúde da população em geral (Illich, 1977).

O crescente peso das instituições de saúde na sociedade industrial seria, segundo este autor, uma fonte de iatrogenia simultaneamente clínica — novos problemas de saúde —, social — medicalização da sociedade — e estrutural — limitação da capacidade de cada indivíduo para o crescimento pessoal e para o auto-cuidado consciente, com exacerbamento, portanto, da sua vulnerabilidade e da sua dependência.

Fica desta análise uma proposta genérica de desburocratização e desprofissionalização da sociedade, com anulação da industrialização (considerada fonte de todos os males) e ênfase numa confiança em si próprio e na autonomia individual.

Os trabalhos de Illich têm o mérito de chamar a atenção para alguns aspectos importantes:

—o da melhoria dos factores do meio na elevação dos níveis de saúde e a inerente relativização do impacto médico na redução da morbilidade (McKinlay, 1978; Carlson, 1975). Já McKeon (1975) tinha chamado a atenção para o facto de, no caso da tuberculose, essa redução se ter verificado antes do aparecimento dos antibióticos e se ter ficado a dever, antes, à melhoria das condições de vida (alimentação, habitação, higiene, etc.);

—a realidade da iatrogénese médica, com o aparecimento de novas morbilidades e sofrimentos paralelamente à ocorrência de novos progressos, muitas vezes levianamente considerados na prática quer da investigação quer dos cuidados médicos (à negligência chama-se «erro aleatório», à insensibilidade «distanciamento científico», à incompetência «falta de equipamento especializado»);

—a medicalização crescente da sociedade em que os profissionais de saúde serviriam apenas de «alibi», contribuindo para a manutenção de estruturas sócio-económicas alienantes e tornando aceitáveis, por meio da medicalização, condições de existência revoltantes.

171

No entanto, para além da ocultação do facto de que grande parte das medidas sanitárias para melhorar o nível de saúde foram seguidas, estimuladas e, até, provocadas por médicos, este autor utiliza com habilidade — mas tendenciosamente, como nos alerta Horrobin (1978) — os trabalhos de investigação médica, fazendo na sua análise confusões terminológicas (por exemplo, entre o termo significativo, do ponto de vista estatístico, e a sua conotação de uso corrente), extrapolando conclusões ou procedendo a generalizações erróneas.

Cai, além disso, num nihilismo em relação a qualquer política de saúde, seja ela no sentido de uma maior redistribuição de serviços, no da nacionalização, no do aumento da participação leiga ou no de opções que privilegiem uma melhoria da saúde em termos colectivos, mais do que individuais. Limita-se, pois, à crítica das organizações burocráticas em si. Ao subestimar as necessidades do sistema económico e ao sobreestimar a população dos burocratas, não explicita que a burocracia não é uma força independente das relações sociais, quando são estas, precisamente, que determinam o tipo de organização e elegem o tipo de tecnologia (e o seu modo de emprego) e as formas burocráticas da organização (Navarro, 1974).

A sua posição radical de dismantelar a medicina, como a de des-escolarizar a sociedade, sem uma mudança fundamental nas estruturas sociais, acabou por cair quase na posição «bucólica» de deixar as pessoas sofrer em paz ou pareceu preferir, por exemplo, o morrer cedo, com enfarte de miocárdio, do que velho, mas incomodado com o tratamento da hipertensão arterial.

A convicção de que na sociedade moderna os cuidados de saúde prestados a uma população não se traduzem necessariamente por melhores indicadores foi também retomada por Fuchs (1974), Fowles (1981) e Diehr (1979).

Este último autor, no seu estudo sobre uma população pobre a quem se facilitou o acesso aos serviços de saúde, veio a verificar que, ao fim de um ano, essa população evidenciava piores níveis de saúde do que uma outra população que servira de controlo e em relação à qual não se tinham criado as mesmas facilidades. Conclui então que um acesso sem restrição aos cuidados de saúde poderia causar mais doença, confirmando assim a iatrogénese social, e que, acima de um certo nível, os cuidados de saúde suplementares influenciariam pouco o nível geral de saúde, o qual dependeria principalmente da qualidade do meio social e físico e dos hábitos de saúde e estilo de vida pessoais.

Para além de se acautelar quanto à pertinência da metodologia utilizada, este autor tem também o cuidado de referir que o facto de não ter encontrado uma relação positiva entre o acesso aos serviços e a melhoria da saúde não significa que a equidade do acesso aos serviços seja uma finalidade de menor importância. Conclui, no entanto, que o impacto dos programas de saúde é complexo e ainda escassamente estudado, mas não deixa de sugerir programas alternativos para melhorar o ambiente físico e encorajar estilos de vida e práticas mais saudáveis.

Numa linha de investigação semelhante, Fuchs, a partir dum estudo comparativo sobre dois Estados americanos, com um mesmo nível de rendimento *per capita* e de cuidados de saúde, mas com níveis de saúde bastante diferentes, conclui que as determinantes essenciais são as diferenças genéticas e as diferenças no estilo de vida.

Estas análises convergem numa imputação de responsabilidades mais ao indivíduo ou aos factores que estão na sua esfera de controlo do que à intervenção estatal, através do fornecimento de cuidados ou serviços de saúde sem limites. São, no entanto, reducionistas ao admitirem, por exemplo, que o estilo de vida é determinado mais pelas características dos indivíduos de que pela natureza das instituições sociais em que eles vivem ou trabalham, acabando, assim, por legi-

timar uma diminuição da responsabilidade das instituições da saúde e por ser cada vez mais utilizadas pelos políticos para justificar cortes orçamentais progressivos, com um efeito penalizador para as camadas menos favorecidas da população.

Estas análises têm vindo a provocar o aparecimento de um conjunto de alternativas cuja preocupação dominante se centra na *responsabilização* quer do médico e dos profissionais da saúde em geral, através de uma formação que lhes permita analisar, informar e aconselhar as melhores medidas para um dado contexto económico, quer do utente/doente no sentido da procura de um melhor informação que possibilite escolher os modos de tratamento e participar mais consciente e intensamente na resolução dos problemas de saúde, individuais ou colectivos.

São linhas de força que apontam para um retorno à autonomia e passam necessariamente pela admissão do carácter interdisciplinar dos problemas da saúde, abrindo prioridade à prevenção da doença e à promoção da saúde, através de uma política de educação para a saúde.

A prevenção transformada em palavra mágica é utilizada como objectivo institucional na área da saúde, numa época em que a preocupação básica é a de reduzir os custos. Insiste-se, assim, no papel das condutas individuais no desencadear das doenças e na manutenção da saúde. Este discurso, como vimos, é construído à volta de algumas análises radicais, mas também de investigações epidemiológicas que evidenciam os riscos ligados a certos comportamentos patogénicos que reduzem os limites de eficácia da medicina numa sociedade em que se sacraliza a ciência e o progresso técnico. Compreende-se assim a racionalidade da afirmação de que a lógica preventiva se deverá sobrepor à lógica curativa.

Mas a ambiguidade destes discursos reside na sua face encoberta: o desejo de reduzir as despesas de saúde. É a partir deste objectivo que se redefine o significado do tão propagado «direito à saúde»: a redução das desigualdades de acesso aos serviços médicos passa agora a significar a responsabilização de cada indivíduo na adopção de comportamentos racionais em face dos efeitos patogénicos do modo de vida (Herzlich, 1984).

A educação para a saúde serve esse objectivo. É na mudança das atitudes das pessoas, no que fazem ou não fazem, que reside a maior possibilidade de melhorar a saúde. Uma nova ideologia do «dever de saúde» permeia, assim, a passagem do «doente passivo» para o utente responsável e a palavra saúde, tornada em símbolo para a comunidade, miti-

As alternativas

173

Educação para a saúde: remédio para os custos?

fica-se e passa a ser aceite como a melhor metáfora do bem e da felicidade.

Esta reflexão genérica que fazemos não implica uma renúncia a todo o movimento de responsabilização dos indivíduos ou dos grupos sociais, relativamente à sua saúde, nem a todos os esforços de educação para a saúde, nem tão pouco às tentativas de redução das despesas de saúde. Parece, no entanto, importante, interrogarmo-nos, por um lado, sobre a eficácia destas medidas e, por outro, avaliar os efeitos de uma ideologia de culpabilização (Crawford, 1977) que, ao imputar ao indivíduo a falha de não cumprimento das normas de saúde, se poderá constituir num pesado fardo para ele e num factor de ocultação de outros agentes implicados no aumento dos custos da saúde — monopólios farmacêuticos, por exemplo (Galanter, 1977).

A adopção dessa ideologia faz também esquecer que nem todos têm os mesmos recursos e as mesmas oportunidades para dominar os seus comportamentos. Nas sociedades industriais são habitualmente as classes médias que, apesar de estarem submetidas a riscos numerosos, se encontram sensibilizadas para os problemas da saúde e dispõem de maiores recursos para utilizar eficazmente as campanhas de informação. É preciso ter em conta ainda que a igualdade de acesso aos cuidados de saúde está longe de ser atingida.

**Educação
para a saúde:
determinação
individual ou
social?**

A atribuição de grande parte da responsabilidade da doença aos comportamentos individuais e a ocultação paralela dos seus determinantes sociais poderão não ser inocentes. Esquece-se que a doença traduz também o mal estar do indivíduo na sua relação com o meio e a sociedade e que ela não pode ser reduzida pela simples «execução prática duma ortopedia comportamental» (Herzlich, 1984). Como se poderão, de facto, conciliar os factores dos educadores para a saúde? Poderão as modificações dos estilos de vida melhorar significativamente a saúde?

As soluções individuais põem muitas vezes as pessoas em situações paradoxais. Por exemplo, um comportamento, mais frequente nos doentes que vêm a desenvolver enfarte de miocárdio, marcado pela competitividade, pelo trabalho excessivo e pela falta de descanso, pode ser afinal de contas um estilo de vida encorajado e determinado pela sociedade. Se se adoptar um estilo de vida alternativo sem que a situação económica e social esteja estabilizada ou existam recursos suficientes, então poder-se-á sentir um aumento de frustrações no emprego, dificuldades financeiras e um conjunto de novos *stresses*, exactamente porque a sociedade só valoriza comportamentos do primeiro tipo.

A educação para a saúde tem o seu mérito sobretudo para grupos altamente motivados. Contudo, quando se torna uma premissa de política pode vir a ser um fracasso, pela incapacidade de cumprir a sua promessa. Na realidade, o aumento dos custos de saúde e a estagnação da mortalidade como indicadores de melhor nível de saúde só podem ser compreendidos e resolvidos no contexto da sociedade global e não a nível individual.

A prevenção encontra grande parte da sua racionalidade nos dados da investigação epidemiológica. A análise epidemiológica assenta num modelo de base estatística e repousa sobre uma perspectiva etiológica: estudam-se os fenómenos de saúde escolhendo variáveis explicativas (variáveis independentes ou factores de risco) que se pressupõe terem influência sobre a saúde, quer se trate de uma influência directa (factores físicos, químicos, biológicos, etc.) quer indirecta (factores sócio-económicos, tipo de habitação, categoria profissional, etc.). Procura-se depois pôr em evidência a forma e a intensidade das relações entre as variáveis e os fenómenos de saúde para afirmar uma relação causal.

De há muito que os contributos sócio-económicos aparecem nos estudos epidemiológicos (distribuição social da doença, inclusão de variáveis ditas sociológicas nos modelos etiológicos multifactoriais), mas a aposição *democrática* de variáveis provenientes das ciências sociais num fundo de colaboração interdisciplinar não passa, muitas vezes, de um mero contributo agregativo sem a fecundidade cruzada (Auge, 1983) própria de um casamento feliz.

Se associarmos um comportamento social à doença, podemos admitir a hipótese de que fenómenos sociais produzem efeitos sobre o corpo e também sobre a própria avaliação médica desses efeitos. No entanto, sabemos que, por exemplo, o consumo de álcool lesa o fígado, mas não produz automaticamente a cirrose hepática, a qual apenas se verifica numa fracção dos grandes consumidores de álcool. Se a investigação biomédica fez importantes avanços no sentido de delimitar variáveis fisiopatológicas de incidência directa (vg. efeitos do tabaco e do amianto no cancro do pulmão, da hipertensão nos acidentes vasculares cerebrais) já o mesmo se não verifica na compreensão das repercussões dos fenómenos sociais sobre o corpo. Para os estudar é necessário que as hipóteses assentem num modelo explicativo, pois as vias pelas quais o social e o económico influenciam a saúde são múltiplas e diferenciadas. Quando se incluem variáveis sócio-económicas, normalmente as suas relações com os factores directos de risco não são explicitadas, dada a ausência

dos modelos explicativos, deixando em aberto a questão da razão da escolha de certos factores de risco e não outros.

Grande parte dos modelos epidemiológicos restringe-se ao estudo de variáveis comportamentais e a práticas que têm lugar na esfera do trabalho. Subjacente a este modelo *restrito* (Gottraux, 1980) de prevenção está a hipótese, de natureza sociopolítica, de que a variância dos papéis sociais do indivíduo é suficientemente elevada para que as suas práticas se possam modificar facilmente.

Por outro lado, o raciocínio em termos de risco permite crer que existe uma repartição aleatória do risco-doença, enquanto que a listagem dos factores de risco e a sua classificação em factores médicos e factores sócio-culturais leva à construção de um modelo explicativo de tipo agregativo em que as variáveis não mantêm nenhuma ligação entre si e não apresentam qualquer enraizamento histórico e social. Por exemplo, numa análise das condições de trabalho, os vários indicadores da carga do trabalho são medidos isoladamente, sem que exista uma grelha de avaliação que nos permita concluir sobre o efeito produzido a nível global, sobre a carga real a que o trabalhador se submeteu e efectivamente sentiu. Esta carga é um dado sintético e não agregativo, tal como sucede com os factores de risco.

O encerramento num modelo etiológico fechado (quanto à escolha das variáveis estratégicas), preso à tradição biomédica e curativa, não permite desenvolver o próprio método da epidemiologia e condiciona a forma como esta disciplina é utilizada. Trata-se de uma problemática que tem vindo a ser alvo de crescente reflexão (Goldberg, 1979), o que prenuncia um período de mais profunda colaboração interdisciplinar.

**Prevenção:
reforço da
influência
médica?**

A importância da prevenção tem sido cada vez mais divulgada (Ford, 1983). O movimento preventivo, que pressuporia uma contextualização mais global e não uma redução ao campo do sistema médico, aparece, no entanto, configurado como uma especialidade suplementar da medicina. Existe, de facto, uma discrepância entre o discurso preventivo e a prática social em matéria de saúde enquanto que a «medicalização» da prevenção parece ser uma escolha vantajosa no quadro das regras do jogo social.

Ao limitar a prevenção ao domínio da doença, esta escolha permite evitar pôr o problema da responsabilidade colectiva em matéria sanitária, ao mesmo tempo que assegura o reforço do poder normativo da medicina, dando a esta possibilidade de estender o seu campo de acção. Assim, tudo aquilo que na organização social é julgado indesejável pode tornar-se objecto de prevenção.

A ideia preventiva pode reforçar uma cultura do corpo organizada sob o referencial médico, com o relativo risco de invalidar toda a racionalidade não médica da utilização do corpo. Escamoteia-se, assim, o difícil problema da percepção das novas exigências por quem tem uma construção cultural do seu corpo associada à execução dos papéis sociais e à utilização do corpo pelos papéis sociais (Barbosa, 1984).

Se a medicina domina a prevenção, as concepções preventivas são, por sua vez, um elemento motor do desenvolvimento da medicina na sociedade. Realmente a nova relação da medicina com a sociedade, que se procura, será uma nova função da medicina ou antes uma procura de legitimação perante novas exigências sociais: o desejo de melhor conhecer ou dominar os corpos? Contribuirá ela para a desmedicalização da vida ou apenas ajudará o público a responsabilizar-se mais pelos problemas da saúde? Combaterá a dependência ou criará novas dependências? Por outras palavras, a difusão do saber, ao ser feita como é, será factor de libertação ou de dependência? A revelação do saber terá em vista uma nova relação do saber e do poder no sentido de os devolver à população ou, pelo contrário, no sentido de um reforço do poder médico e de uma amplificação do consumo médico?

177

A ideologia preventiva revelada pelo discurso político-administrativo inscreve-se, como vimos, numa lógica social de racionalidade económica do sistema de saúde, mas para certos grupos sociais — jovens médicos, trabalhadores sociais, enfermeiros, sectores de médicos universitários — o projecto preventivo constitui, também, um meio de revalorização profissional.

Organização da prevenção

A prevenção poderá vir a organizar-se, no futuro, de forma autónoma, com os seus agentes profissionalizados a construir um campo de interesses distinto mediante um processo de divisão de trabalho dentro da área médico-social. Contudo, se se partir do princípio simplista de que a melhoria da saúde depende de factores sobre os quais se pode agir especializada e profissionalmente, em acções baseadas em modelos epidemiológicos restritos e incidindo apenas sobre variáveis individuais, através de campanhas públicas de informação, a intervenção preventiva não passará de uma manifestação simbólica, sem tradução em melhorias consistentes. Uma organização baseada apenas neste tipo de agentes transporta consigo, facilmente, o modelo de medicina curativa hospitalar, fragmentando as intervenções, multiplicando os serviços e conduzindo a acções cada vez mais parcelarizadas sobre o corpo do doente (Mahler, 1975).

**Educação
para a saúde:
liberdade
condicionada
ou controlo
social?**

Um outro tipo de intervenção social mais ampla e baseado numa outra racionalidade, respeitando factores como a duração do trabalho, o planeamento urbano, a política de transportes públicos, pode ter efeitos muito diferentes sobre a saúde. Parece ser sensato admitir que a vontade da prevenção não pode impor os únicos critérios legítimos para definir as condições de vida e de trabalho.

Finalmente, é nos próprios locais onde os factores de risco se desenvolvem e onde se negociam e elaboram outras racionalidades que não olham para a saúde mas se vão repercutir nela, que se pode entrever a existência de um série de movimentos sociais espontâneos ou formais que investem nos mesmos problemas e podem desenvolver formas de actuação efectivas.

Aponta-se, ainda, que as estratégias de prevenção podem descambar em campanhas de moralização (tal como os higienistas do século passado que lutavam contra o alcoolismo e a amoralidade das classes trabalhadoras) e de culpabilização (o facto de pertencer a uma classe de risco poderá justificar toda uma série de controlos cujos efeitos se podem estender para além dos aspectos sanitários), ocultando assim a funcionalidade que os comportamentos e as culturas de *risco* representam em relação aos papéis sociais que o corpo desempenha.

Não se pode esquecer que a ideologia da prevenção se baseia na moral e nos valores das classes mais favorecidas donde provêm as normas que tendem a abafar outras formas de saber, com o risco de esterilizar a criatividade das pessoas e dos grupos à medida que se desenvolve a sua dependência e culpabilidade. Com a ideia que as práticas sanitárias se podem aplicar igualmente a toda a gente, sem ter em conta particularismos culturais (Barbosa, 1982) ou os desejos individuais, o cidadão da década de 80 teria uma conduta típica definida por uma série de critérios sanitários: «Levanta-se de manhã a hora certa, pesa-se, faz ginástica, toma um pequeno almoço equilibrado proposto pelos nutricionistas. Procura fazer um percurso a pé ou ir a pé para o trabalho, onde evita tensões, o café e o tabaco. Reserva uma hora para o almoço, vigiando escrupulosamente o número de calorias, e não bebe álcool. Ao meio da tarde prefere uma peça de fruta às guloseimas. Ao voltar do trabalho terá o cuidado de pôr o cinto de segurança e não ficar tenso com os engarramentos. Pode fazer *jogging* ou natação antes de chegar a casa, onde janta equilibradamente e, antes de dormir 8 horas, ouve música suave e faz exercícios de relaxação. No fim de semana faz um

esforço suplementar para se distender e fazer exercício físico. Deve submeter-se a rastreios periódicos» (Renard, citado por Herzlich, 1984).

A codificação rígida e autoritária das práticas remete para o sistema de saúde uma missão de vigiar, mais do que de fazer exprimir ou procurar e agir em conjunto. Veja-se o exemplo da puericultura que, nalgumas das suas aplicações, acaba por veicular uma série de preceitos perfeitamente rígidos sem responsabilizar verdadeiramente os pais e reforçando, pelo contrário, a dependência destes em relação aos técnicos de saúde. Enfatiza-se mais o cumprimento cego e quase obsessivo de regras do que se estimula a espontaneidade e a criatividade dos pais, ao mesmo tempo que se os culpabiliza e se cria neles a ansiedade por terem aplicado mal os conselhos, numa altura em que teria sido indispensável dar-lhes confiança e acentuar-lhes o prazer da descoberta (Deschamps, 1983).

179

As práticas de prevenção privilegiam a informação, assumindo ser possível modificar o comportamento individual pela comunicação de mensagens e utilizam, para isso, diferentes estratégias de argumentação (acentuar os efeitos nocivos sobre a saúde, contrapor estilos de conduta mais saudáveis, apelar para a responsabilidade social do portador de risco, etc.). Qualquer que seja a estratégia usada, a sua eficácia requer que o portador de risco venha a modificar não só o seu comportamento, mas também a sua própria cultura.

Ora, para que isso se consiga através da comunicação de massas, é necessário que, além de um controlo da situação social da comunicação, se controlem ainda os factores ambientais que actuam sobre o corpo. É que a racionalidade da prevenção não é mais do que um sub-conjunto de outras racionalidades que disputam o domínio do corpo. As exigências do sector produtivo, as suas normas da produção e de consumo, são muitas vezes contraditórias e até concorrenciais em relação a objectivos de saúde.

Apesar de se reconhecer a imprescindibilidade das campanhas de informação, é preciso analisar as implicações reais da prevenção e o seu custo efectivo. Alguns estudos explicitaram certos obstáculos que se levantam na educação para a saúde: a inexistência de uma política nacional de saúde coerente, as atitudes de resistência do corpo médico, a publicidade contra-informadora de certos meios de comunicação, a dificuldade da população em vencer as resistências à mudança.

Os contributos que poderiam advir de certas teorias da

**Efeitos
sociais das
práticas de
prevenção:
eficácia ou
panaceia?**

psicologia social — dissonância cognitiva, aprendizagem social, inoculação social, difusão da inovação (Alcalay, 1983) — em relação a problemas de saúde específicos como, por exemplo, o tabagismo e as doenças cardíacas, nem sempre têm sido utilizados pertinentemente.

Admite-se, por outro lado, que os efeitos limitados das campanhas, através da comunicação social, também tenham a ver com a dificuldade em obter da comunidade um *feed-back* imediato, dada a inexistência de formas de organização adequadas e a natureza das técnicas de comunicação utilizadas (normalmente privilegia-se a informação de massas em relação às formas de contacto pessoal).

A questão dos resultados destes programas de educação e, nomeadamente, a dos seus efeitos sobre a redução dos custos da saúde tem sido levantada por alguns autores (Brown, 1978). A avaliação dos efeitos de campanhas nalguns domínios (tabaco, álcool, condução, alimentação, medicamentos) não está isenta de incorrecções por não assentar numa metodologia rigorosa e incidir apenas sobre os efeitos visíveis e curto prazo (Glanz, 1981).

É posto em causa o sucesso dessas campanhas (Cohen, 1978) na alteração dos hábitos e estilos de vida, admitindo-se contudo sucessos parciais, por exemplo, em situações em que os doentes têm procedimentos muito clarificados ou em que lhe são ensinadas técnicas de auto-administração (em situação de diabetes, hemofilia, doença renal crónica). Também no domínio do controlo da hipertensão arterial têm sido confirmados resultados positivos (Marsky, 1983; Alister, 1982; Fargnhar, 1977). Tem-se reconhecido, por isso, a necessidade de desenvolver mais estudos com estandardização de medidas, replicação de experiências em diferentes locais e melhor documentação e divulgação relativamente às experiências já realizadas (Green, 1977).

Da análise dos programas de educação para a saúde verifica-se, por outro lado, que a maior parte dos esforços aponta não para um socialização primária (família) ou secundária (escola, grupos sociais), mas sim para a re-socialização do adulto, resultando numa intervenção tardia e de sucesso duvidoso (Tones, 1977).

Porém, os indivíduos a quem, a nível da socialização familiar, foi permitido desenvolver um boa auto-estima parecem resistir melhor às pressões do grupo e aos bens de consumo nocivos e ter ganho uma capacidade, não só de antecipar um comportamento preventivo, como de controlar em grande medida o seu destino, como tem sido apontado pelas teorias de atribuição de Retter e Levinhood.

A luta pela saúde, no confronto com a angústia da morte (cada vez mais temida à medida que a tecnicização e parcelização dos cuidados de saúde lhe retiram a sua dimensão simbólica transcendental) utiliza o fantasma da prevenção para combater prazeres reprováveis abrindo terreno, como vimos, para que a medicina reforce o seu papel de normalização do comportamento humano. E o problema que se levanta neste contexto não é o da prevenção em geral, mas o de uma prevenção especializada.

Que fazer para que uma pessoa não mude de doença a fim de satisfazer as prevenções de distintas especialidades e para que não se estimule uma prevenção que, paradoxalmente, alimente uma alternância de dependências, através da substituição sucessiva de um factor de risco por outro (drogas por álcool, álcool por medicamentos, tabaco por alimentos, etc.)?

Porque é que a investigação não se dirige antes à educação de pais e médicos para que uns e outros não induzam comportamentos incorrectos? Por exemplo, uma criança recém nascida tem simultaneamente necessidade de nutrição e de sucção e exprime-as nomeadamente através do choro. Ora, como ensina Spitz, não se deve dar um biberon a toda a criança que chora ou sempre que chora, porque ela pode precisar unicamente de sugar. Compreender estes ensinamentos pode impedir que os pais ou os médicos se tornem em geradores de dependências escusadas.

Algumas das reflexões feitas a propósito da prevenção/educação para a saúde levantam o problema da relação entre as ciências sociais e as ciências biomédicas, já que cada disciplina faz o seu *corte* da realidade e estuda separadamente apenas alguns dos seus aspectos (a economia estuda os custos, a sociologia os conflitos, a epidemiologia as medidas de saúde pública, a antropologia a lógica social e simbólica do corpo e da doença, etc.).

Tendo em conta as suas finalidades, as teorias fundadoras e os métodos que utilizam, cada disciplina vai privilegiar certos fenómenos e ignorar outros. Neste contexto o cavalgamento dos terrenos de investigação e a não complementaridade das abordagens parecem inevitáveis. Exige-se todo um esforço de harmonização dos procedimentos das várias disciplinas, para que se possa responder objectivamente ao conjunto de questões que a saúde suscita.

Como vimos, muitas vezes, a investigação, apesar do seu obreirismo, estagna em desenvolvimentos empíricos prolixos em vez de elaborar uma perspectiva teórica que traga alguma razoabilidade explicativa, acomodando-se a uma excessiva

**Prevenção
especializada/
/Prevenção
global**

**Comentários
finais**

quantificação dos fenómenos, sem reflectir nos objectos teóricos e sem fazer a crítica dos conhecimentos produzidos. As limitações da investigação vão condicionar também o próprio campo de intervenção. Se ao investigador não basta ter consciência da relatividade da sua análise e deve avaliar até que ponto ela reproduz a sua própria subjectividade, a mesma preocupação deve estar também na mente do «agente de prevenção».

Pretendeu-se, com este texto, ajudar a problematizar as práticas de prevenção e de educação para a saúde, numa perspectiva mais ampla que propicie a esses agentes contextualizar a sua intervenção e desenvolver uma reflexão continuada sobre as várias lógicas em que ela se organiza, ao mesmo tempo que lhes dê uma maior consciência da necessidade de lutar por uma concepção global e unificadora da prevenção respeitadora do indivíduo enquanto encruzilhada das múltiplas racionalidades que organizam a visão de si próprio e do mundo. ■

**Referências
Bibliográficas**

- Alcalay, R. 1983 «The Impact of Mass Communication Campaigns in the Health Field», *Soc. Sci. & Med.*, vol. 17.
- Auge, M.; Herzlich, C. 1983 *Le sens du mal*, Paris, Denoël.
- Barbosa, A. 1984 «A sensibilidade cultural do profissional de saúde», *Rev. Port. Saúde Pública*, 1.
- Barbosa, A. 1985 «O clínico geral e a sabedoria popular e educação para a saúde», *Rev. Port. Clínica Geral*, 8.
- Brown, E. R.; Margo, G. E. 1978 «Health Education: Can the reformers be reformed?», *International Journal of Health Services*, 8, 1.
- Campos, A. C. 1983 *Saúde. O custo de um valor sem preço*, Lisboa, Livros Técnicos e Científicos.
- Carlson, R. J. 1975 *The End of Medicine*, New York, John Wiley.
- Cohen, C. I.; Cohen, E. 1978 «Health Education: Panacea, pernicious or pointless?», *New England Journal of Medicine*, 299.
- Crawford, R. 1977 «You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming», *International Journal of Health Services*, 7, 4.
- Deschamps, J. P. 1984 «Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé», *La Revue du Praticien*, 34, 11.
- Diehr, P. *et al.* 1979 «Increased Access to Medical Care—the impact on health», *Medical Care* vol. XVII, 10.
- Fargnhar, J. *et al.* 1977 «Community Education for Cardiovascular Health», *Lancet*, 1.
- Ford, A. S.; Ford, W. S. 1983 «Health Education and the Primary Care Physician: The practitioner's perspective», *Soc. Sci. & Med.*, vol. 17, 20.
- Fuchs, V. M. 1974 *Health Economics and Social Choice*, New York, Basic Books.
- Galanter, R. B. 1977 «To the victim belong the flows», *American Journal of Public Health*, 67, 11.
- Glanz, K. *et al.* 1981 «Linking Research and Practice in Patient Education for Hypertension», *Medical Care* 18.
- Goldberg, M. 1979 «Indicateurs de santé et sanometrie: les aspects conceptuels des recherches récentes sur la mesure de l'état de santé d'une population», *Rev. Epidem. et Santé Publique*, 27.

António
Barbosa

- 184
- Gottraux, M. 1980 «La logique sociale de la prévention»; in Fragnier, J. P., Gillard, P., *Santé et politique sociale*, Vevey, 1980.
- Green, L. W. 1977 «Evaluation and Measurement: same dilemmas for health education», *American Journal of Public Health*, 67, 2.
- Herzlich, C.; Pienet, J. 1984 *Maladies d'hier, maladies d'aujourd'hui*, Paris.
- Horrobin, D. F. 1978 *Medical Hubris*, London, Churchill Livingstone.
- Illich, I. 1977 *Limites para a medicina*, Lisboa, Sá da Costa.
- Leigh, J. P. 1983 «Direct and Indirect Effects of Education on Health», *Soc. Sci. & Med.* vol. 17, 4.
- Mahler, H. 1975 «Health — a desmythification of medical technology», *Lancet*, 829-832. November.
- Marsky, D. E. et al. 1983 «Five-year Blood Pressure Central and Mortality Following Health Education for Hypertensive Patients», *American Journal of Public Health*, 73, 2.
- McAlister, A. et al. 1982 «Theory and Action for Health Promotion: illustrations from the North Karelia Project», *American Journal of Public Health*, 72, 1, 43-50.
- McKeown, T. et al. 1975 «An Interpretation of the Decline in Mortality in England and Wales during the Twentieth Century», *Population Studies*, 29 (3): 391-422.
- McKinlay, J.; McKinlay, S. 1978 «The Questionable Contribution of Medical Measures to the Decline of Mortality in the United States in the Twentieth Century», *Health and Society, the Milbank Memorial Fund Quarterly*, 55, 405.
- Minkler, M. Cox, K. 1980 «Creating Critical Consciousness in Health: applications of Freire's philosophy and methods to the health care setting». *International Journal of Health Services* 10, 2: 311-322.
- Navarro, V. 1979 «A industrialização do fetichismo e o fetichismo da industrialização», in Gintin, A., Navarro, V., *Sobre o pensamento de Ivan Illich*, Porto, Nova Crítica.
- Powles, J. «On the Limitations of Modern Medicine», in Mechanic, D., *Basic Readings*.
- Robinson, D. 1980 «The Self-Help Component of Primary Health Care», *Soc. Sci. & Med.* vol. 14A.
- Standard, K.; Kaplun, A. 1983 «Education pour la santé: nouvelles tâches, nouvelles approches», *Cronique OMS* 37, 2.
- Tones, M. B. R. 1977 *Une philosophie de l'éducation pour la santé dans les sociétés industrialisées*, Genève, OMS, ICP/HED 004 17.