

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

Airton Solla Diniz

SAÚDE E EDUCAÇÃO: UMA RELAÇÃO POSSÍVEL.

**PORTO ALEGRE
2012**

AIRTON SOLLA DINIZ

SAÚDE E EDUCAÇÃO: UMA RELAÇÃO POSSÍVEL.

Monografia apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Paulo Albuquerque

Tutor orientador: Liége Adamski

**PORTO ALEGRE
2012**

RESUMO

Este trabalho apresenta, em sua pesquisa, a temática da Educação em Saúde como elemento chave para a minimização de problemas na área da Saúde Pública. Tal proposta se justifica em face da relevância do tema, considerando que Educação em Saúde configura-se como balizador de práticas emancipatórias para os atores sociais e concorre para a redução da vulnerabilidade e riscos à saúde desses indivíduos. Pensar a saúde e educação em sua complexidade requer o olhar ampliado sobre os processos de adoecimento e a singularidade das possibilidades terapêuticas que não estão necessariamente no plano da medicalização, conformando dimensões sociais, culturais, espirituais e também pedagógicas. Para discorrer sobre os temas propostos, optou-se pela pesquisa bibliográfica. Para embasar o trabalho, buscou-se aporte teórico em cujas publicações estivesse contemplada a relação saúde-educação num enfoque sócio-histórico.

Palavras-chave: educação e saúde; práticas emancipatórias; saúde coletiva.

ABSTRACT

This paper presents, in his research, the theme of Health Education as a key to minimizing problems in the area of Public Health. This proposal is justified in view of the importance of the topic, considering that Health Education is configured as a yardstick for emancipatory practices and social actors contributes to the reduction of vulnerability and risk to the health of individuals. Think health and education in all its complexity requires the expanded vision of the disease processes and the uniqueness of the therapeutic possibilities that are not necessarily in terms of medicalization, shaping the social, cultural, spiritual and educational too. To discuss the proposed issues, we opted for literature. To support the work, we sought theoretical whose publications were included in the relationship between health-education in a socio-historical approach.

Keywords: education and health; emancipatory practices; health.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| SUMÁRIO..... | 5 |
| 1. INTRODUÇÃO | 6 |
| 2. LOCALIZAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA NO CONTEXTO BRASILEIRO..... | 9 |
| 2.1 DA EDUCAÇÃO E SAÚDE NESTE CONTEXTO..... | 9 |
| 2.2 DA MEDICINA SOCIAL..... | 25 |
| 2.3 DA SAÚDE PÚBLICA..... | 26 |
| 2.4 DA SAÚDE COLETIVA | 27 |
| 3. SAÚDE, DOENÇA E SUAS RELAÇÕES | 29 |
| 3.1 DA SAÚDE E DA DOENÇA | 29 |
| 4. EDUCAÇÃO E SAÚDE – ENTRE OS MUROS DA ESCOLA E PARA ALÉM DELES..... | 31 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 34 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 36 |

1. INTRODUÇÃO

Inegavelmente, os "tempos da Saúde Pública" em nosso país não são nada bons. O cenário mostrado em noticiários e jornais deve (ou deveria) deixar o mais indiferente dos profissionais de saúde emocionalmente sensibilizado e indignado.

Também é notório que, na sociedade atual, os desafios perante os novos paradigmas sociopolíticos cresçam exponencialmente: as crises, anteriormente circunscritas em um lócus geográfico, agora se espalham pelo mundo na mesma velocidade das novas tecnologias. E, a Saúde Pública, inserida nesse contexto, segue regras, muitas vezes, ditadas por interesses nada sociais.

É nesse panorama sombrio que sentimos a necessidade de aprimorar as práticas em Saúde Pública. Sabemos, entretanto, que a curto e médio prazo as perspectivas de reversão desse quadro, construído ao longo de séculos, são mínimas.

Essa necessidade de que o Sistema seja "desafogado" se faz premente, uma vez que a falência do mesmo está escancarado em qualquer porta de estabelecimento de saúde, quer seja público ou privado. Não há mais tempo para postergar as mudanças tão aclamadas pela população brasileira.

Para que esse quadro seja desfeito, se faz necessária a formulação de políticas públicas em todas as áreas que sejam consistentes e nas quais estejam contemplados princípios que abarquem toda a população, de forma igualitária e sem restrições. Todavia, estejamos atentos a Paulo Freire quando ensina que existe a necessidade de construir uma pedagogia dialógica e dialética para contribuir na transformação das realidades sociais e históricas opressoras que desumanizam a população do planeta (FREIRE, apud LAMPERT, 1999).

"Educação em Saúde" – o substantivo educação aqui apresentado deriva do verbo EDUCAR. Dessa forma, depreende-se que estamos confrontados com uma ação. E, os objetivos da educação em saúde somente serão alcançados quando passarmos as boas ideias do papel para a prática.

O esforço para a tão sonhada melhoria dos padrões globais de saúde de nossa população perpassa todo o espectro social da nação. Diante do atual panorama, percebemos que somente ocorrerão mudanças significativamente

positivas por intermédio de ações sociopolíticas fortes, embasadas em princípios morais e éticos sólidos, os quais se traduzam em Políticas de Estado.

No escopo do trabalho que hora apresentamos, procuramos focalizar a área da Educação. Primeiro, por ser um dos cenários de minha atuação profissional e segundo por acreditar que o conhecimento possa ser transmitido nos mais diversos panoramas quer seja no ambiente escolar, quer seja fora dele. E mais: os sujeitos ao se apropriarem do conhecimento, ao compreenderem a necessidade das boas práticas cotidianas para a prevenção de doenças e sobremaneira entenderem o contexto sócio-ideológico que permeia suas vidas, esses atores sociais passam a ser os "vetores desse conhecimento".

Embora sejam, historicamente, tratadas de maneira separada, a saúde tem muito a contribuir para o desenvolvimento da educação e a recíproca é verdadeira, uma vez que a educação em saúde irá contribuir na redução da vulnerabilidade social e riscos à saúde. No capítulo dois, trataremos o histórico da Educação em Saúde e alguns aspectos da Saúde Coletiva, mostrando aspectos históricos, políticos, culturais e sobretudo econômicos, os quais nortearam as Políticas em Saúde adotadas no país. No capítulo três, traremos conceitos fundamentais sobre o entendimento do que é saúde e doença os quais facilitarão a compreensão de nossas análises.

Tratar do tema Educação e Saúde pode parecer ultrapassado, e alguém desinformado e alheio aos novos modelos de proteção à sociedade, no que tange à Saúde, poderia contrapor dizendo que já temos, em nossas escolas, algumas disciplinas que demonstram como o ser humano funciona, enquanto organismo biológico e que os Programas de Saúde ensinam hábitos de higiene. E, por mais incrível que pareça, pessoas assim, alheias e desconectadas da realidade, muitas vezes, encontram "eco" para suas vozes na comunidade a qual estão inseridas. Entretanto, a experiência tem mostrado que esse enfoque não tem sido eficaz no que concerne ao desenvolvimento de atitudes saudáveis nem para o próprio aluno, quanto mais para com os outros entes sociais que permeiam a vida desses educandos.

E, para ilustrar tal fato, recorreremos a Gazzinelli, et al (2005) quando a autora relata que

as práticas educativas pautadas nesta perspectiva conteudista, normativa e cientificista demoraram a demonstrar que a aquisição de saber instituído não resulta, necessariamente, em mudança de comportamento.

Para fundamentar tal afirmação, a articulista citada utiliza-se dos estudos de Uchoa et al (2000) no qual se demonstra que um programa de Educação em Saúde realizado em uma zona Rural de Minas Gerais, com informações sobre esquistossomose não foi efetiva para que houvesse conscientização da necessidade de um comportamento preventivo.

Ao refletir sobre tal argumentação, temos reforçada nossa percepção inicial de que a elevação dos padrões de saúde dos brasileiros somente ocorrerá pela melhoria das condições sociais de maneira ampla. Assim, em nosso quarto capítulo, introduzimos a ideia de que não há que se mudar apenas os sujeitos. Deve-se, prioritariamente, mudar as situações de desigualdade social para que os pontos de vulnerabilidade possam ser gradativamente reduzidos. Nesse ínterim, estão abarcados a população, a escola, os profissionais em saúde, as Instituições, todos conjugados em favor da coletividade, sem, no entanto, descuidar das individualidades, das histórias de vida e dos saberes daqueles que necessitam atenção em saúde.

Optou-se para o desenvolvimento do trabalho por uma revisão bibliográfica sobre a relação entre saúde e educação e suas múltiplas implicações na construção do tecido social brasileiro. A pesquisa buscou embasamento em publicações que contemplassem a relação saúde-educação sob a luz da Medicina e, mais especificamente, sob a luz das Ciências Sociais, como o livro Educação e Saúde, sexto da coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. Utilizamos, também, como referencial teórico, os Parâmetros Curriculares Nacionais em Saúde (BRASIL, 1997).

A escolha pela pesquisa bibliográfica deve-se ao fato de que esta pesquisa é desenvolvida a partir de material já elaborado, construído, principalmente de livros e artigos científicos (GIL, 1999, p. 65).

2. LOCALIZAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA NO CONTEXTO BRASILEIRO

Ao analisarmos o atual status do tema abordado, se faz necessário, para um entendimento mais claro, que situemos a Educação e Saúde e a Medicina Social num contexto histórico-social, além de apresentarmos, brevemente, conceitos sobre Saúde Pública e Saúde Coletiva.

2.1 DA EDUCAÇÃO E SAÚDE NESTE CONTEXTO

O bem-estar físico e emocional dos povos sempre foi um tema recorrente nas manifestações filosóficas da humanidade. Ao contemplarmos a História do homem, vimos que se tem tentado explicar, desde tempos imemoriais, o processo saúde/doença. As relações de causa vão sendo dadas conforme a localização espaço-tempo e abarcam desde razões espirituais até complexos raciocínios metafísicos e, neste plano, encontra-se, também, a medicina, nas suas mais variadas formas de agir enquanto Ciência (SCLIAR, 2007).

Todas essas formas de abordagem, sejam científicas ou não, têm como único objetivo a preservação do corpo físico (nas esferas somato-psíquicas) dos indivíduos. Inegável que o sentimento (subjetivo e inconsciente) de preservação da espécie passa, invariavelmente, pela questão daquilo que se convencionou como saúde.

Agora, para além das questões antropomórficas e antropológicas, estão as questões socio-político-econômicas, as quais situam as práticas de saúde em conformidade com o contexto ideológico em cada momento histórico.

Em nosso país, a preocupação com a ideia de um "ensino" higiênico só começa, muito timidamente, quase no final do século XIX, uma vez que, até meados do século XVIII, as cidades brasileiras encontravam-se abandonadas por Portugal (Costa, 1979). A ocupação do território era realizada por iniciativa particular dos colonos. Quando Portugal desenvolveu um novo tipo de interesse, devido à descoberta do ouro, passou a exercer um controle mais rigoroso sobre a colônia, intensificando a extorsão econômica.

Para podermos avaliar a precariedade na área de saúde – naquela época – recorreremos à obra de Pedro Salles – intitulada História da Medicina no Brasil (1971). Para o autor, havia, em 1789, somente quatro médicos exercendo o ofício no Rio de Janeiro. No restante do país a existência desses profissionais era total.

As necessidades da Corte Portuguesa, recém chegada de Portugal, suscitam a criação de alguns serviços básicos e a centralização de instituições que pudessem, de alguma forma, restabelecer a ordem e ao mesmo tempo “civilizar”, ou seja, europeizar a sociedade (SHWARCZ,1995). De qualquer maneira, essas foram as únicas ações relevantes de governo na esfera da saúde até o “advento” da República, pois como citamos anteriormente, no âmbito da saúde – enquanto Instituição – o ensino oficial de medicina tem seu início com a vinda de D. João VI para o Brasil em 1808. Isso ocorre com a criação da Escola de Cirurgia da Bahia e da Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro, em 1808 (SANTOS FILHO, 1991).

Resumidamente, podemos notar que a característica centralizadora do regime imperial não era capaz de fazer prevalecer suas ordens em um país de grandeza continental. Sendo assim, as ações de saúde pública estavam circunscritas a dar aporte ao poder real instalado na cidade do Rio de Janeiro. Neste contexto, a limitação das atividades do setor estava centrada em apenas dois pontos:

- 1) as atribuições sanitárias eram incumbência de juntas municipais;
- 2) controle de navios e saúde dos portos.

Ao analisarmos várias obras que referenciam a história da saúde pública no Brasil, vemos que os autores das obras utilizadas neste capítulo são unânimes ao relatarem como sendo o final do século XIX o marco inicial para a entrada de políticas públicas em saúde em nosso país. Para tais autores, a história da saúde, tanto no Brasil quanto na região deve ser compreendida como parte de uma dinâmica socioeconômica de viés capitalista e, é justamente nesse grande movimento, compreendido pelo processo histórico do século XV ao XIX, que a saúde passa a ser objeto da intervenção estatal por meio de políticas públicas (FOUCAULT, 1977).

Entre 1870 (final do período colonial) e 1930, o Brasil tinha sua economia substancialmente focada na exportação de produtos agrícolas. Sendo assim,

segundo Sabroza (1995) a organização das ações médicas eram norteadas para a atuação em focos localizados de doenças. Essas ações eram, via de regra, financiadas pelos investidores de grandes somas de capital, os quais visavam a minimizar os efeitos econômicos de certas doenças. As ações eram locais e contribuíam para a consolidação do capitalismo, sem interferir diretamente nas condições de vida dos trabalhadores. De qualquer forma, mesmo que esteja longe de padrões razoáveis (considerando a atualidade), pode-se considerar um avanço ao modelo utilizado no terceiro quarto do século XIX, uma vez que, conforme Rosely Magalhães de Oliveira (2003), o alvo das ações higienistas eram as famílias da elite. Para tal afirmação, a autora nos traz que:

a família dos grandes proprietários começou a ser incisivamente definida pela higiene social como incapaz de proteger a vida da criança e do adulto. Valendo-se dos altos índices de mortalidade infantil e das precárias condições de saúde dos adultos, a educação higiênica impôs às famílias da elite dominante uma educação física e moral, intelectual e sexual, inspirada nos preceitos de moralidade sanitária. Esta educação dirigida às crianças modificou os costumes familiares, induziu o culto à saúde e alterou os velhos hábitos coloniais (COSTA apud OLIVEIRA, 2003, p.2).

Nesse mesmo esteio, Silva CMC (2010) aduz que "a intenção maior era legitimar a classe social por meio de seus atributos físicos, psíquicos e sexuais". As condições higiênicas serviam como instrumentos ideológicos para a segregação por parte da minoritária elite branca. Para Costa (1984), cabia à "massa de desqualificados sociais" as prisões e asilos, como espaço de segregação higiênica. Essas pessoas somente chamavam atenção das autoridades quando a imundície de seus espaços de vivência pudessem ser considerados vetores de doenças pestilenciais e, ainda, quando suas doenças se tornassem um risco à produtividade do modelo econômico vigente.

E é justamente esse risco ao acúmulo de capital que vai alavancar as ações e concepções na área de educação em saúde em nosso país, ou seja, desde o final do século XIX que as ações em saúde são voltadas muito mais aos interesses capitalistas do que aos interesses da população "menos qualificada".

O Brasil, recém tornado República, ganha contornos prevalentemente capitalistas, adotando o modelo político presidencialista baseado no sistema americano. Neste novo arranjo do Estado Brasileiro, o controle político ocorre por

intermédio dos grandes proprietários rurais, principalmente, após a eleição de Prudente de Moraes à Presidência da República. É o tão conhecido "coronelismo" que, mesmo após o advento da República, continua a mandar no país.

Este período, que vai de 1889 até 1930 é denominado, historicamente, como República Velha. Durante este período o país é governado pelas Oligarquias Cafeeiras, predominantemente os cafeicultores paulistas os quais tinham forte influência nos assuntos políticos do país. Para Bertolli Filho (1996) essa influência era tão grande que impulsionou "(...) a industrialização, a expansão das atividades comerciais e o aumento acelerado da população urbana, engrossada pela chegada dos imigrantes desde o final do século XIX". Esse período consiste em importante marco para que se possam compreender inúmeros processos sociais e políticos que em menor ou maior grau influenciam a sociedade brasileira até a atualidade, incluindo a área de saúde.

Ao deslindarmos traços históricos do tema abordado, não há que se falar em Saúde Pública ou das implicações daí advindas sem nos determos atentamente sobre o que se convencionou chamar de "Campanhismo". Necessário se faz esclarecer que seguimos a diretriz de alguns autores os quais apontam a prevalência de dois campanhismos. Para esses autores, há o campanhismo policial e o campanhismo sanitaria (notadamente RODRIGUES, 1979). Para o autor, o primeiro ocorre do final do século XIX até o início dos anos 20. Já o segundo se estende até o início do primeiro governo Vargas.

Como vimos, no período da Primeira República (ou República Velha), a economia do Brasil estava assentada em bases agrárias, fundadas em grandes latifúndios rurais, dominados politicamente pela Oligarquia Cafeeira, então, segundo Vasconcelos (1999), a intervenção estatal no campo da saúde se dá quando as importações do principal produto agrícola nacional começam a sofrer riscos de ficar sem compradores. Para o autor,

(...) o Estado viu-se obrigado a estruturar as primeiras intervenções sistemáticas de educação em saúde ampliadas às classes populares justamente para combates as epidemias de febre amarela, varíola e peste, que estavam trazendo grandes transtornos para a exportação do café (VASCONCELOS apud COSTA et al).

Este é o panorama no qual estão inseridas as ações governamentais voltadas para a saúde no final do século XIX: controlar as doenças infectocontagiosas nas vias de exportação. Nesse sentido, estão "assistidas" as grandes cidades e portos responsáveis por escoar a produção agrícola.

Importante salientar que, no início do século XX, vive-se um período de grandes descobertas de cunho biologicista e que a influência de pensamentos militaristas (reforçados pelos inúmeros conflitos que eclodem tanto no país como fora dele e ainda com resquícios coloniais) consiste em ingredientes para serem adicionados a um "caldeirão", no qual as ações tornam-se revestidas de autoridade tanto científica quanto sociológica. Esse é o padrão de intervenção estatal no âmbito da saúde pública que ficou conhecido como "Campanhista", por ter sido concebido em preceitos militares, os quais preconizam que os objetivos devem ser alcançados a qualquer preço. "(...) o próprio nome sugere que o modelo campanhista é de inspiração bélica, concentra fortemente as decisões, em geral tecnocráticas, e adota um estilo repressivo de intervenção médica nos corpos individual e social." (LUZ, 1991). Como não poderia deixar de ser, um movimento com tal orientação foi eminentemente truculento.

No vórtice do problema está a cidade do Rio de Janeiro e as cidades portuárias brasileiras, com seus quadros sanitários caóticos nas quais as epidemias vicejam tão livremente, que as embarcações estrangeiras não mais queriam aportar no Brasil. Para ilustrar tal fato, recorreremos ao historiador Odair Franco em cuja obra intitulada História da Febre Amarela no Brasil, afirma que

a virulência da enfermidade frente, principalmente, os trabalhadores que migraram da Europa, e a discriminação dos portos brasileiros pelos grandes mercados europeus, envergonhavam a nação e preocupavam os setores burgueses ligados à agro-exportação cafeeira. Oswaldo Cruz uma vez lera em uma embarcação em Paris: "Navegação direta para a República Argentina, sem tocar nos focos de febre amarela.

Ao analisarmos as políticas de saúde que permearam essa época, percebemos que o modelo de atenção em saúde estava unicamente voltado à defesa dos interesses do setor exportador cafeeiro. Oswaldo Cruz, ao ser nomeado Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública em 1903, recebe diretamente do

Presidente da República, como incumbência primordial, a higienização dos corredores de exportação agrícola.

Para tal propósito, cria-se uma legião de 1.500 pessoas para combater os focos de febre-amarela. A polícia sanitária age arbitrariamente nos focos das epidemias. As equipes de limpeza, acompanhadas de soldados da polícia, visitam casas e removem, muitas vezes, com violência, tudo que possa ser considerado um risco à saúde. De acordo com Vasconcelos (2001, p 73-99), os alvos preferenciais destas ações higienistas eram as áreas mais pobres e onde a densidade demográfica contribuía para a disseminação das doenças.

Não obstante a indignação da população frente aos inúmeros episódios de queima de colchões, roupas e pertences pessoais dos doentes, em 1904 o conflito toma contornos de revolta popular com a instituição da vacinação obrigatória contra a varíola. Cabe salientar que para uma população prevalentemente analfabeta, sem receber aporte de ações educativas, acuada pela violência protagonizada pelas brigadas sanitárias, não há outra saída senão rebelar-se.



Charge sobre a revolta da vacina

Fonte: Enciclopédia Delta Universal

A quase inexistente relação saúde X educação resume-se à distribuição de panfletos conhecidos como "Conselhos ao Povo". Tais panfletos eram muito mais uma desculpa para legitimar os atos coercitivos do que para orientar o povo quanto aos problemas da falta de cuidados pessoais e higiênicos de forma geral. Assim, Rizzotto (1999) aduz que a

...compreensão, de que as doenças contagiosas e parasitárias tinham como única causa o meio físico, levava os sanitaristas a pensar que bastaria o extermínio dos focos e vetores para se ter o controle das mesmas. As práticas realizadas pelos serviços públicos se concentravam, por consequência, na desordem urbana, no combate às doenças epidêmicas, no desregramento moral, na higiene e no controle dos hábitos da sociedade. (p. 17)

Importante anotar que, de acordo com Vasconcelos (2001), a rebelião popular – denominada Revolta da Vacina – marca dois fatos relevantes na história nacional: a união das classes média e popular em busca de melhores condições e a transposição do enfoque que se dava ao ambiente para a pessoa. O movimento serve como sinalizador de que o povo está começando a se organizar enquanto sociedade, muito embora sua (dita) incapacidade de entendimento quanto aos vários aspectos das políticas de saúde pública. Para Costa (1985), isso demonstra que o levante não foi exclusividade dos populares, uma vez que recebeu apoio de parte da imprensa e de setores militares alijados do poder. Sobre isso, tomamos como exemplo o discurso de Ruy Barbosa, um dos mais respeitados intelectuais do país em toda a história brasileira:

Não tem nome, na categoria dos crimes do poder, a temeridade, a violência, a tirania a que ele se aventura, expondo-se, voluntariamente, obstinadamente, a me envenenar, com a introdução no meu sangue, de um vírus sobre cuja influência existem os mais bem fundados receios de que seja condutor da moléstia ou da morte.

Note-se, ainda, que a importância do movimento sanitarista daquela época reside no fato de que está para além das ações meramente técnicas na área médico/higiênica, uma vez que ajuda a alavancar o nascente processo de construção do país enquanto Nação, num momento político conturbado e marcado por revoltas, motins militares e guerras civis que ocorreram de norte a sul da emergente república sul-americana.

Como vimos, as ações educativas restavam praticamente nulas. Entretanto, mesmo com o abuso de poder, as ações policiaiscas de Oswaldo Cruz surtiram benéficos efeitos sobre o controle das doenças epidêmicas que assolavam o então Distrito Federal. Esse panorama da hegemonia do sanitarismo policial, começa a ser modificado somente em 1910, com a adoção de incipientes ações sanitárias nas escolas. Estas ações estavam fundadas na normatização de comportamentos com a finalidade de impor hábitos higiênicos aos alunos. Depreende-se que, como aduz

Costa (1986), este período está marcado pela ausência do ator popular como elemento ativo. Para corroborar tal entendimento, nos utilizamos de Oliveira (1991), quando aponta que

há evidente enfoque biológico nos programas de ensino e que os mesmos deviam incluir 'o estudo da hygiene em sua relação com outras sciencias como a physiologia e a bacteriologia', destacando mais enfaticamente a necessidade de 'inspecção sanitaria das escolas'. A Higiene, embora mostrasse 'a importancia da ventilação, cubagem e illuminação das habitações...do acondicionamento, remoção e destruição das imundices...' e de critérios para 'a escolha do local e construcção da casa', não parecia se propôr a investigar as causas sociais dos problemas de saúde abordados. (p. 51)

Os paradigmas apresentados e que perfazem o período 1889 – 1914 serão modificados a partir da Primeira Guerra Mundial. O chamado Ciclo do Café começa a entrar em declínio e a crise deste modelo sofre seu colapso em 1930.

No período pós-guerra, intensifica-se o modelo de campanhismo na área da saúde. Agora, o eixo muda para ações focadas em propaganda e o alvo preferencial dos higienistas eram as crianças em idade escolar. Para Eymard Mourão Vasconcelos, esta continua sendo uma época de "toca boiada", uma vez que: "se antes se preocupava em tocar a boiada com o ferrão da polícia sanitária, agora era com o berrante, ou seja, com as palavras dos educadores sanitários".

Nesse período a ideologia eugênica, fundamentada na crença de que os brancos eram a raça mais perfeita, leva para a educação sanitária um viés ideológico e racista. Nessa concepção, a raça é enfatizada como causa ou propensão para doenças.

acreditavam os eugenistas que pouco poderia ser feito pelos doentes e pela saúde pública nacional, a não ser esperar o desaparecimento dos 'híbridos raciais' e dos grupos humanos considerados 'biologicamente inferiores', entre os quais se incluíam os negros e os indígenas (Bertolli Filho, 1999, p. 23)

Para combater tais pensamentos, temos alguns nomes importantes da Literatura Nacional, tais como Euclides da Cunha e Monteiro Lobato. Este último dedicou grande parte de seus escritos publicados no jornal O Estado de São Paulo em 1918, à importância do saneamento não somente das grandes áreas urbanas, mas primordialmente nos sertões do país. Lobato, que chegou a ser afeito às ideias de que o problema das doenças do povo estava em sua constituição racial, se

redime e em *Problema Vital* (1948: 221-340) proclama que "sanear é a grande questão. Não há problema nacional que não se entrose nesse". Ao rever as próprias concepções sobre o "determinismo étnico" o autor posiciona-se como crítico social de sua contemporaneidade e faz do saneamento dos sertões uma bandeira de luta.

Importante salientar que a partir da década de 20 a estrutura sanitária brasileira passa a ser influenciada pela estrutura sanitária norte-americana, com o surgimento dos Postos Sanitários Permanentes, propostos pela Fundação Rockefeller. Essas estruturas realizavam a prestação de serviços básicos de saúde, além das tradicionais campanhas pró sanitarismo. Seguindo o pensamento de Costa (1985), inferimos que a gênese dos Centros de Saúde – tais como conhecemos hoje – está assentada na existência e configuração daqueles Postos. Outra figura importante da época citada, e que tem projeções sobre o fazer em saúde até os dias de hoje, é a Enfermeira Visitadora. Segundo Moreira, a criação da Escola de Enfermeiras Visitadoras é uma vitória dos setores ligados ao setor saúde uma vez que a iniciativa da criação do educandário é uma das iniciativas do diretor do recém criado Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Essa vitória se dá no sentido de que "após a criação de tal aparelho, os sanitaristas passariam a estar extremamente próximos aos destinos políticos da primeira República e de suas classes dirigentes." (COSTA, apud MOREIRA. 1998).

A análise das leituras utilizadas para a elaboração deste trabalho de conclusão, no que tange a historicidade do fazer pedagógico em conformação com a saúde aponta que as ações sanitaristas nesse período visavam tão somente ao manutenção da higidez dos corpos enquanto força de trabalho e a limpeza dos espaços públicos e privados para que as epidemias que grassavam as áreas urbanas não impedissem os negócios da Oligarquia Cafeeira. Mesmo com as mudanças políticas que irão ocorrer após 1930, no dizer de Mendes (1992), o modelo do sanitarismo campanhista vai ser predominante até o início dos anos 60 do século passado.

No século XX, os anos 20 trazem profundas alterações na economia e política em nível mundial. Entretanto, a acumulação do capital que ocorreu com os negócios advindos da exportação de produtos agrícolas dá início à industrialização do país. É nesse processo que se dá a urbanização do país. As massas de imigrantes europeus saem das propriedades agrícolas e vão em busca de novos empregos em

torno das indústrias instaladas, preferencialmente, nos grandes centros urbanos. Assim, a nascente classe operária brasileira é basicamente formada por imigrantes, vindos de um contexto marcado pelo embate social e político. A influência de pensamentos anarquistas e comunistas alavancam reivindicações acerca de condições melhores de vida e trabalho.

Frente a essas reclamações do proletariado fabril, o governo regulamenta alguns dispositivos. Por intermédio da Lei Elói Chaves são instituídas aposentadorias, pensões e serviços de saúde previdenciários. Importante salientar que a lei tem contornos excludentes visto que ela somente poderia ser aplicada aos operários urbanos. Organizados em forma de caixas de aposentadoria e pensão, os serviços deveriam ser criados, obrigatoriamente, por empresas e para que essas caixas fossem abertas dependiam do poder de pressão dos operários. Em resumo, até 1930, a maioria dos trabalhadores urbanos não fazia jus aos benefícios da Lei. De forma embrionária, estava nascendo a "medicina previdenciária" e, embora não seja o aspecto central de nossa problemática, não situar, historicamente, o nascimento da previdência social no Brasil seria um erro de percepção das idiosincrasias nacionais.

Em 1929, o café sofre duramente com o "crash" da bolsa de valores norte-americana. O enfraquecimento da política do "Café com Leite" decorrente da crise internacional dá espaço para que novos setores, antes aliados do poder, venham reclamar sua participação nas decisões mandatórias da nação. A chamada Revolução de 30 vem romper com as estruturas políticas dominantes. Na era Vargas são adotadas inúmeras ações para garantir a governabilidade do país. As criações do Ministério do Trabalho e do Ministério da Educação e Saúde são tidas como ações populistas uma vez que se configuram em espaços para gerenciar os instrumentos positivos que atuam – sub-repticiamente – para manter o proletariado como base de apoio às decisões governamentais. Aqui, o controle social se dá por intermédio de uma política compensatória. Mais uma vez o papel da saúde faz parte das estratégias de consolidação do poder estatal e agora, com maior vigor.

Do ponto de vista da educação em saúde, na década de 30, o enfoque campanhista ganha outros contornos, uma vez que passa a atuar em todo o território da República e, muito embora ainda se utilize de campanhas, elas pouco têm a ver com o 'estilo' utilizado nas décadas anteriores. Para Sabroza as campanhas

[...] deixam de ser a resposta eficaz às crises localizadas que limitavam a expansão dos negócios e passaram a expressar, por meio de novas práticas, formas de organização dos serviços e modelos de explicação das causas das enfermidades, a estratégia de controle das doenças transmissíveis dentro de um projeto político de desenvolvimento capitalista tardio (SABROZA, 1995, p. 184)

O foco continua a ser o combate das doenças infectocontagiosas e parasitárias (VASCONCELOS, 1999). Releve-se o fato de que o paradigma começa a sofrer alterações, pois a ênfase recaiu sobre a educação rural, visando a educar o homem do campo para garantir o aumento da produção pelas novas técnicas e máquinas agrícolas (MOHR e SCHALL, 1992). Também salientamos que o eugenismo – inaugurado na década de 20 – continua com sua nefasta atuação no contexto psicossocial brasileiro até meados dos anos 40 (COSTA, 1984).

A década de 40 inaugura a introdução de novas tecnologias médicas no país. A criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e seu atrelamento as investidas norte americanas na Amazônia fazem com que novos paradigmas em educação médica e sanitária aportem no território nacional.

A importância do SESP reside no fato de que as novas metodologias privilegiam, em seu aspecto educacional, ações como a educação de grupos, o uso de recursos audiovisuais, organização das comunidades com vistas ao seu desenvolvimento e a participação individual nas ações de saúde. Aqui, notamos uma certa ruptura com o modelo estatal paternalista, além da introdução, no currículo da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, dos fatores sócio, econômicos, culturais e ambientais como influentes nos processos de adoecimento da população.

Mesmo com essa visão mais aprimorada dos processos de doença e de saúde, o padrão de educação em saúde continua a ser baseado no sanitarismo como fator preponderante para que os indicadores de moléstias (sobretudo as infectocontagiosas e as parasitárias) sofressem significativa redução. Para fundamentarmos essa afirmação, recorremos a Melo (1984, 37) quando esse propõe que

os fatores sociais, econômicos e culturais são incorporados na maneira de perceber e explicar a saúde/doença. A educação sanitária deve considerar esses fatores que se constituem 'barreiras' para a ação educativa. Embora aqueles fatores sejam considerados para compreender a doença, esta é percebida como fenômeno individual. Os indivíduos oferecem uma 'barreira'

cultural, econômica e/ou social, que deve ser diagnosticada, no sentido de rompe-la. A educação de indivíduos ainda é solução para prevenir doenças e caminhar para um estado de saúde.

Após o Estado Novo, o país começa um período desenvolvimentista. No tempo compreendido entre os anos 50 e 60 do século passado a educação sanitária conhece rumos diversos daqueles apresentados até então, uma vez que não somente as crianças são o alvo das intervenções em educação, mas também a alfabetização de adultos ganha espaço no cenário nacional nos moldes propostos por Paulo Freire. Também, nessa época, temos o surgimento da Medicina Comunitária. Concebido na América do Norte, desenvolveu-se nas Universidades brasileiras por meio das propostas de Integração Docente Assistencial – IDA, como parte de um grande esforço para a reformulação do ensino em saúde, sobretudo da educação médica, vinculando-se a programas de extensão de cobertura e expansão da rede básica de serviços (MARSIGLIA & SPINELLI, 1985).

Para Arantes (1999) "esse modelo se implementou como uma prática complementar de assistência a saúde, oferecida à parcela excluída do acesso à medicina flexneriana, encontrando grande respaldo nas universidades como projetos-piloto. Os teóricos que tratam do tema aduzem que a culpabilização pelos estados de doença passaram do individual para o coletivo, mas que o sujeito continua sendo o principal vilão em relação à própria saúde. A arma para o enfrentamento das doenças ainda passa pelo velho discurso higienista, mascarado por uma nova ideologia que também não considera os determinantes sociais como parte da problemática em saúde.

Os "Anos Dourados" são anos de mudança nos mais diversos panoramas globais. Revoluções de toda ordem – das mais pacatas as mais violentas – sacodem o mundo. Medo e euforia parecem convulsionar a sociedade. Na América Latina o medo está por conta do avanço comunista na região. Apoiados pelos Estados Unidos da América, os governos das repúblicas latinas são 'assaltados' pelos militares, os quais defendiam a manutenção da hegemonia capitalista. Em nosso país não é diferente.

No terreno da saúde, ocorre em 1963 a III Conferência Nacional de Saúde, na qual os debates dão conta da implementação de um sistema de saúde mais abrangente e municipalizado. Nesses debates também são abarcados temas como

reforma sanitária. O regime de repressão às liberdades individuais (especialmente a de manifestar-se) esvazia os processos democráticos produzidos nesses espaços institucionais. Novamente a educação em saúde presta seus serviços como ferramenta de controle social.

A partir da Revolução de 64 a rede privada de saúde no país alcança um ritmo de crescimento alucinante. As demandas do recém criado Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) são muito maiores do que sistema pode oferecer. Para solucionar o problema o governo subsidia a construção de hospitais e a compra de equipamentos. O modelo de assistência privada privilegia a medicina curativa em detrimento das ações de prevenção. Aqui, está caracterizado o alinhamento do Estado com as questões do interesse capitalista internacional. Com a adoção desse novo paradigma estão escancaradas as portas da nação à entrada dos grandes conglomerados farmacêuticos e das empresas fabricantes de equipamentos. O Plano Nacional de Saúde (PNS) não deixa dúvidas quanto ao que foi exposto. O documento expõe que "as atividades de assistência médica devem ser de natureza primordialmente privada, sem prejuízo do estímulo, coordenação e custeio parcial do poder público" (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1985).

Essa prática é reforçada em 1975 com a instituição do Sistema Nacional de Saúde. No Sistema, está oficializada a dicotomia da questão da saúde, uma vez que garantiu que as ações de medicina curativa seriam da alçada do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva deveria ser tratada pelo Ministério da Saúde.

Com o Golpe Militar, há o esvaziamento da ação da sociedade civil na organização política do país. No que concerne à saúde, essa participação se dá somente no sentido da cooperação irrestrita com agentes e serviços de saúde. Os processos pedagógicos em saúde de relevância que começavam a tomar vulto na década de 50 e início dos anos 60 sofrem o impacto da nova ideologia e retornam ao *status* da abordagem utilizada desde o início do século XX.

Proporcional ao esvaziamento da participação social nos debates sobre as questões básicas em saúde está o crescimento exponencial da medicina previdenciária e assistencialista, calcada em princípios privatistas e articulada ao discurso liberal americano. O modelo empregado pelos militares, o qual privilegia a medicina curativa e deixa para um segundo plano os serviços de atenção preventiva,

faz com que a rede hospitalar de caráter privado sofra um aumento – quantitativo – inimaginável.

Para corroborar nossa afirmação recorreremos às ideias Luz (1991), quando esta analisa que "...a centralização e a concentração do poder institucional deram a tônica dessa síntese, que aliou campanhismo e curativismo numa estratégia de medicalização sem precedentes na história do país."

Na esfera da educação em saúde, mais uma vez, temos como produto, a subordinação das massa populares ao ideário das elites políticas e econômicas. A educação com seu foco deslocado univocamente ao indivíduo, desprezando os fatores que o constroem enquanto ator social. A inclusão – obrigatória – dos Programas de Saúde no currículo escolar demonstra essa preocupação do Estado ao afirmar que

...ainda que se possa focalizar a saúde como um estado de equilíbrio ecológico, e possa a educação ser encarada no seu contexto ecológico e ecológico-social, é para o indivíduo e sua ação que ela deve se dirigir prioritariamente...o maior destaque aos aspectos ecológicos cabe aos programas de educação sanitária da comunidade, aos quais, numa segunda etapa, a escola não será estranha... (Conselho Federal de Educação, 1974, p.13).

Este cenário somente vai mudar no final da década de 70. O "milagre brasileiro" já havia sido desmantelado e a crise econômica que assolava o país criou condições para que os movimentos populares – em todas as esferas – voltassem a se articular em torno de questões tais como melhores condições socioeconômicas.

Dois fatores são preponderantes para que essas articulações ganhem espaço. O primeiro são as epidemias de meningite que afligiam o país e que eram sistematicamente "escondidas" por intermédio da censura estatal. O outro fator são as discussões, em nível internacional, sobre um novo rumo e sobre um novo fazer saúde. Para Escorel (1999), citado por Moreira (s. d.),

o processo começou com as discussões para promover a extensão da cobertura e melhorar a saúde das populações rurais, e culminou com a declaração de Alma Ata em 1978, em que os governos se propuseram a conseguir alcançar "Saúde para todos no ano 2000", por meio da estratégia de atenção primária. Estes programas eram de baixo custo, simplificados, contavam com a participação da comunidade e baseavam-se, fundamentalmente, nas experiências dos médicos pés descalços da China.

E ainda,

A construção da abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde foi feito no interior dos DMPs¹, em um processo de crítica à medicina preventiva e sua base filosófica, as ciências sociais positivistas. Foi durante o período mais repressivo do autoritarismo no Brasil – final dos anos 60 e início dos anos 70 – que se transformou a abordagem dos problemas de saúde e se constituiu a base teórica e ideológica de um pensamento médico-social". (SCOREL, 1999).

Assim, temos, segundo Moreira (ibidem) uma teoria social da medicina, a qual revestiu-se de inúmeros conceitos-chave, tais como: processo e trabalho, medicalização, historicidade do conceito saúde/doença, a determinação social da doença.

Ao final da década de 80, temos a derrocada do regime militar no Brasil. A chamada transição democrática traz em seu bojo vontade política de um novo olhar sobre todos os segmentos representativos da sociedade. Com o setor saúde não ocorre diferente e a sociedade passa a poder fiscalizar as ações em saúde por intermédio de Conselhos, tais como o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp). Não obstante a abertura política, o país viveu, nas décadas de 80 e 90 do século XX, uma das suas piores crises econômicas e a repercussão sobre os níveis de saúde do povo são exponencialmente agravados e os novos paradigmas de uma sociedade melhor para todos não foram capazes de diminuir as enormes desigualdades enfrentadas pelos grupos de menor expressão social.

No que concerne à Educação em Saúde, verifica-se a evolução das práticas pedagógicas, uma vez que, mesmo com a hegemonia da educação tradicional, há uma segunda vertente, coexistindo e ganhando um espaço importante nos debates sobre o assunto. A educação popular em saúde nasce do Movimento Sanitário Brasileiro e de outros movimentos oriundos do embate político e ideológico implantado (à força) pelo regime militar. Com ela, tem-se a "pretensão" de inserir no ensino da saúde os aspectos socioeconômicos e histórico-culturais como fator fundamental nos processos de saúde/doença

Acreditamos que a inferência das ideologias, a política e o poder econômico afetam sobremaneira o fazer em saúde e afetam também a maneira como a ação

¹ Departamento de Medicina Preventiva

pedagógica em saúde incide sobre a sociedade. Conhecer a maneira como ocorreram essas ações se faz fundamental para que possamos realizar uma leitura mais aprimorada e coerente sobre os fatos da atualidade.

O quadro a seguir, retirado de uma dissertação, sintetiza aquilo que apresentamos neste capítulo. Nele estão contidos aproximadamente duzentos anos de embates sociais que alinhavaram o atual panorama da saúde pública no Brasil e, mais precisamente, a forma como a educação em saúde foi (e ainda é) utilizada como interface entre o Estado e a sociedade.

Quadro 1: Esquematização da trajetória da educação em saúde no Brasil

| Componentes | Até anos 20 | Anos 20 | Anos 50 | Anos 60 e 70 | A partir dos anos 80 |
|--|---|--|--|---|--|
| Designação das práticas educativas em saúde | Não configurada. | Educação sanitária. | Educação para a saúde. | Educação em saúde pública ou educação em saúde. | Educação em saúde e educação popular em saúde. |
| Evento(s) que influenciou(aram) a metodologia aplicada em tais práticas | Relatório Flexner. Bacteriologia de Pasteur. | Primeira reforma sanitária brasileira. | Chega ao Brasil a Fundação SESP (novas tecnologias educativas). | Golpe militar no Brasil. Conferência de Alma-Ata, projetos de medicina comunitária e cuidados primários em saúde. | VIII Conferência Nacional de Saúde e a consolidação da Constituição Cidadã. |
| Local ou espaços de atuação | Residências, ruas e locais públicos. | Centros de saúde, escolas e lares. | Escolas, locais de trabalho e comunidades rurais. | Serviços de saúde e escolas. | UBS, escolas, conselhos e espaços comunitários. |
| População- alvo | Elite urbana. | Famílias e escolares. | População urbana e rural de todas as idades. | Escolares e grupos específicos. | Toda a população. |
| Quem era o educador | Polícia sanitária. | Educador sanitário e professoras. | Educador sanitário e profissionais de saúde. | Equipes de saúde multiprofissionais. | Todos envolvidos, incluindo a população. |
| Atribuições do educador | Fiscalização. | Divulgar o saber médico, higienista e convencer as camadas populares a seguirem certos padrões de comportamento. | Práticas de intervenção social, informar e planejar modos de modificar o comportamento e gerar mudanças culturais. | Capacitar o educando para o autocuidado. | Buscar junto com a população propostas de solução dos problemas. |
| Papel do educador | Controlador. | Divulgador e comunicador. | Interventor. | Treinador. | Mediador. |
| Atividades desenvolvidas pelos profissionais da educação em saúde | Propaganda sanitária (conselhos ao povo). Fiscalização sanitária. | Palestras, conferências e produção de impressos. | Educação de grupos e trabalhos em equipe. Incentivo à participação comunitária para suprir carências do governo. | Metodologia centrada no educador ou profissional, que passa informações sobre o autocuidado à população. | Educação tradicional é ainda hegemônica, mas a metodologia participativa, baseada no diálogo com as classes populares, ganha espaço formal nas universidades e políticas de saúde. |

Fonte: COSTA SILVA, C. M da, et. all. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas.

2.2 DA MEDICINA SOCIAL

Ainda dentro da contextualização histórica, agora num panorama mais ampliado, consideramos importante lançar mão de um olhar sobre o movimento que se convencionou denominar de medicina social. Sabe-se que as concepções sobre as causas das doenças são tão variadas quanto permite a imaginação humana. Sabe-se, também que a grande maioria dessas concepções está centrada unicamente no indivíduo e até poucos séculos, a medicina era vista sob o enfoque do corpo.

Com o surgimento do Estado Moderno e a ascensão da burguesia capitalista urbana, o trabalho torna-se fator essencial na economia a qual passa a ser impulsionada por um número cada vez maior de mão de obra. Essa necessidade de pessoal faz com que as cidades cresçam desordenadamente. Proporcional a essa desordem são as péssimas condições de trabalho infligidas ao nascente proletariado urbano.

A relação entre trabalho e saúde no contexto capitalista, mesmo implícita e tomada de forma minimalista, demonstra que haverá trabalho realizado se houver quem o realize. Nesse contexto, o cuidado com o "corpo" passa a ser tomado como política de saúde pública, uma vez que o fortalecimento nacional se dá por intermédio da produção de bens.

Foucault (1979), em sua obra intitulada *Microfísica do Poder* trata, em um capítulo exclusivo, sobre as origens da medicina social. Para ele, o surgimento dessa prática está vinculada à polícia médica, na Alemanha, à medicina urbana, na França e à medicina da força de trabalho, na Inglaterra. Essas três formas ilustram a tese defendida pelo autor de que "com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho".

Ainda, para Foucault (1982), a Medicina Social está caracterizada pela assistência e controle autoritário dos pobres, a implantação de um cordão sanitário que impunha o controle do corpo da classe trabalhadora por meio da vacinação, do registro de doenças e do controle dos lugares insalubres. A ideia de causa social

como desencadeador de doenças começa a se fortalecer no final do século XVIII, consonante com o desenvolvimento das teorias advindas das ciências sociais. Para reforçar esse entendimento temos, em Rudolf Virchow, que,

A ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social e, até que isto não seja reconhecido na prática, não seremos capazes de desfrutar seus benefícios e teremos que nos contentar com um vazio e uma mistificação (ROSEN, 1980).

E ainda que,

se a medicina existe realmente para realizar suas grandes tarefas, deve intervir na vida política e social; deve apontar para os obstáculos que impedem o funcionamento normal do processo vital e efetuar o seu afastamento (Idem)

De qualquer forma, essa visão de medicina, inserida no campo das ciências sociais e que levava em conta – nos processos saúde/doença – as condições do homem e sua relação com o ambiente que lhe cercava perde importância e é sobrepujada pela visão biomédica. A medicina Social somente volta a ser debatida no início do século XX, mais especificamente na Europa.

A importância da Medicina Social está em sua estreita interpretação dos Determinantes Sociais, Políticos, Econômicos e Ideológicos como sendo de fundamental valor na distribuição de saúde para a população.

2.3 DA SAÚDE PÚBLICA

Modernamente, o termo pode concitar várias interpretações. Neste trabalho, a conotação utilizada refere-se a formas de agenciamento político/governamental (programas, serviços, instituições) no sentido de dirigir intervenções voltadas às denominadas "necessidades sociais de saúde".

Sendo assim, tratamos Saúde Pública como um conjunto de ações e serviços de caráter normativo, ou seja, segue normas e diretrizes técnicas específicas em que as políticas públicas são voltadas para a população em geral. Visa à Prevenção e à Promoção de Saúde, tem natureza interdisciplinar implícita.

Conforme a Constituição da República Federativa do Brasil (1988), "É um direito de todo cidadão e dever do Estado garantir o acesso à saúde". Deve também

garantir serviços dirigidos a grupos populacionais distintos e garantir o acesso ao atendimento curativo, além de certificar que os estabelecimentos que prestam atendimentos funcionem corretamente.

E é justamente aqui que acontece o grande problema da área em nosso país. O paradoxo fica estabelecido no sentido de que, apesar de toda a instrumentalização jurídica fornecida pelo Estado, por intermédio da Constituição Federal e seu cabedal de Leis e ferramentas legais, o Estado não consegue garantir o atendimento dentro da universalidade sugerida em na Carta Magna. Os problemas, tão bem conhecidos tanto de quem opera o Sistema quanto daqueles que fazem uso dele (falta de médicos, falta de leitos, filas, fichas...) tornam a letra da lei um ordenamento vazio, quase sem razão de existir.

2.4 DA SAÚDE COLETIVA

Para Paim (1980), Saúde Coletiva, em síntese, "implica em levar em conta a diversidade e especificidade dos grupos populacionais e das individualidades com seus modos próprios de adoecer e/ou representarem tal processo". Para o autor, não passam, necessariamente, pelas instâncias governamentais ditas responsáveis diretas pela Saúde Pública.

Alguns consideram "Saúde Coletiva" como categoria que abrange a corrente crítica constituída pela Medicina Social, pelo movimento preventivista, representado pelos Departamentos de Medicina Preventiva e Social de diversas Faculdades Médicas e por alguns componentes institucionalizados em nível estatal da própria área da "Saúde Pública".

A percepção de Saúde Coletiva constituiu-se através da crítica sistemática do universalismo naturalista do determinismo biológico postado no saber médico. A partir dos anos 20, do século passado, as Ciências Humanas começaram a se introduzir no território da saúde e passaram a problematizar categorias como normal, anormal, patológico. Nelas haveria valores. Por isso, a instituição dessa problemática através da medicina produziu necessariamente uma série de efeitos nos planos político e social. Via de regra, o discurso da Saúde Coletiva, pretende ser uma leitura crítica do projeto médico-naturalista, estabelecido historicamente com o nascimento da sociedade industrial e da hegemonia burguesa sobre o capital.

A Saúde Coletiva nasce a partir da necessidade de repensar o modelo naturalista da medicina. As relações do sujeito com o seu corpo, com os outros, com as coisas, com as instituições e com as práticas sociais são mediadas pela linguagem, pelos códigos culturais estabelecidos numa tradição histórica e linguística. Inegavelmente, as relações de força presentes nas relações sociais devem ser abarcadas pela Saúde Coletiva e, nesse sentido, a multidisciplinaridade deve balizar as ações nesse campo, já que sua problemática demanda diferentes leituras e permite a construção de diferentes objetos teóricos.

Não temos pretensão de apresentar uma visão singular sobre Saúde Coletiva, tendo em vista que as tentativas de definir a Saúde Coletiva são inúmeras e estamos de acordo com Donnangelo (1983) o qual defende que a delimitação do tema, com toda a multiplicidade de objetos e áreas de saber, que vão da ciência natural à ciência social. Para ele, a Saúde Coletiva

não é indiferente a permeabilidade aparentemente mais imediata desse campo a inflexões econômicas e político-ideológicas. O compromisso, ainda que genérico e impreciso, com a noção de coletivo, implica a possibilidade de compromissos com manifestações particulares, histórico-concretas desse mesmo coletivo, dos quais a medicina tem tentado se resguardar através do específico estatuto da cientificidade dos campos de conhecimento que a fundamentam (DONNANGELO, 1983, p. 21).

No Brasil, a Saúde Coletiva acompanhou o movimento sanitário social, e tem como símbolo de sua ação a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), onde as ciências sociais são determinantes, posto que a natureza interdisciplinar das ações é essencial, pois devem ampliar o conceito de serviços em Saúde Pública. Enfim, o sistema visa à promoção de saúde e à integralidade.

3. SAÚDE, DOENÇA E SUAS RELAÇÕES

Saúde e doença não são estados ou condições estáveis, mas sim conceitos vitais, sujeitos a constante avaliação e mudança. (ALBUQUERQUE e OLIVEIRA)

A seguir, apresentamos importantes conceitos, definidos por alguns autores, sobre o que se entende, hodiernamente, em relação ao "o que é saúde" e "o que é doença". Observe-se que todas as atividades em saúde estão permeadas pelo entendimento do que se convencionou como saúde e doença. Outra vez, não há unanimidade sobre o que seja um ou outro

3.1 DA SAÚDE E DA DOENÇA

Aqui, serão abordados dois conceitos, quais sejam, doença e saúde. Veremos como evoluíram historicamente as concepções sobre saúde e doença e os seus significados e seus condicionantes.

Quando foi divulgado pela Organização Mundial de Saúde, na carta de princípios de 7 de abril de 1948, o conceito de saúde, como "o mais completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças", esta entidade pretendia propor uma direção, um compromisso, não pretendia instituir um critério classificatório.

Apesar de esse conceito ser criado com o intuito de se pensar a saúde como uma forma de se ter o direito a uma vida plena, sem privações (SCLIAR,2007), ocasionou inúmeras críticas de ordem técnica e de natureza política.

Muitas das críticas aconteceram, já que tal conceito remete a uma saúde possivelmente inatingível e utópica uma vez que a mudança é predominante na vida. Saúde não é um estado estável, que ao ser alcançado pode ser mantido (BRASIL,1997). Saúde depende do contexto e constitui-se cada vez mais recorrente, nos dias atuais, construir um conceito capaz de refletir a capacidade de defender a vida.

Diante da censura de ordem técnica, sobre o conceito da OMS, surge então o conceito de Christopher Boorse (1977), o qual conceitua saúde como ausência de

doença. Mas classificar o ser humano como doente ou saudável não é tão simples nem tão objetivo assim. O entendimento de saúde requer um grau maior de subjetividade.

Assim, na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) ficou estabelecido que o conceito de saúde deveria ser desvinculado da questão de ausência/presença de doenças em indivíduos isolados, para em uma visão mais abrangente, ou seja, perceber a saúde como resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso aos serviços de saúde.

Visto todos esses impasses, a Lei Magna de 1988 evita também discutir o conceito de saúde, destacando apenas a saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

Já a concepção de doença, entretanto, historicamente, é muito anterior à concepção de saúde, estando presente, de diferentes formas, em todas as organizações sociais conhecidas. Trata-se de uma ideia mais imediatista, sempre impondo certas competências operacionais e algum tipo de explicação, mas também teve, em um passado ainda recente, assim como a saúde o seu conceito objetivo atribuindo-lhe como "ausência de saúde". Perspectivas redutoras como essa, levaram inúmeros pesquisadores e profissionais da saúde a buscar acepções mais flexíveis, considerando fatores psicológicos, sociais e biológicos (BOLANDER, 1988)

Historicamente, a doença – enquanto produto da compreensão humana – passou por vários estágios e como afirma Sabroza, em seu artigo Concepções sobre Saúde e Doença, já foi vista como pecado, resultado da desobediência a códigos de condutas prescritos pelos deuses e vigiados pelos sacerdotes, sendo atribuído ao enfermo a responsabilidade, individual ou coletiva, por seus sofrimentos.

Percebemos, então, que, apesar de todos os esforços, ainda hoje não existem conceitos universais de saúde e doença. E o sonho de obtermos uma saúde física e mental permanece assim – um sonho (ALBUQUERQUE e OLIVEIRA).

4. EDUCAÇÃO E SAÚDE – ENTRE OS MUROS DA ESCOLA E PARA ALÉM DELES

Quando alguém diz que a educação é afirmação da liberdade e toma as palavras a sério – isto é, quando as toma por sua significação real – se obriga, neste mesmo momento, a reconhecer o fato da opressão, do mesmo modo que a luta pela libertação (FREIRE, 1978).

Conforme colocações de ALBUQUERQUE e OLIVEIRA, no capítulo anterior, alcançar a saúde física e mental, apesar de todos os esforços engendrados, permanece sendo um sonho. Mas tal postura vai de encontro ao que apregoa a nossa Constituição, na qual consta que saúde constitui-se um direito de todos e um dever do Estado. Tem-se, nessa concepção, saúde como direito à atenção integral, com privilégio da promoção e prevenção, sem prejuízo da recuperação e reabilitação dos estados de saúde; saúde como expressão do andar a vida. (CECCIM e FERLA, 2008)

Mas como fazer valer a Lei, já que o conceito de saúde não é estanque. Saúde e doença são os lados de uma mesma moeda. Não podemos simplesmente encarar saúde como ausência de doença. Existem outros fatores envolvidos para que se tenha um ser humano saudável. Além disso, requer que se tenha um conjunto de condições saudáveis, quais sejam condições de vida e de trabalho, das quais não se poderia abrir mão. Vemos, assim, a ampliação do conceito de saúde. Ampliação como reconhecimento da qualidade de vida e de trabalho na expressão individual e coletiva da saúde. Uma saúde promovendo a cidadania. Para tanto, a saúde necessita estar relacionada amplamente com a qualidade de vida e trabalho.

Acreditamos que essas acepções devam ser interfaceadas via educação, considerando que a relação entre as áreas é estreita, uma vez que estão baseadas na universalização de direitos fundamentais dos cidadãos. Aqui, queremos utilizar um conceito ampliado de educação, no sentido de que as ações da saúde no campo do ensino extrapolem os muros da escola. Faz-se necessário levar os saberes para todos os que necessitam, sobretudo, e, com maior vigor, aos excluídos e marginalizados socialmente.

Tornam-se importantes, para que o educando consiga apropriar-se desse conhecimento, tanto no espaço escolar como fora dele, atividades que devem ser estruturadas de acordo com cada situação em particular.

Cada comunidade conta com seu conjunto próprio de peculiaridades culturais, as quais exigem que todas as ações partam de tal especificidade e que a levem em estrita consideração. Campanhas de caráter nacional que desconsideram as particularidades regionais de nomenclatura atribuídas a vetores de doenças, por exemplo, ou ainda os hábitos culturais e sociais distintos de populações geograficamente próximas estão fadadas ao insucesso.

Da mesma forma, atividades desenvolvidas na escola, que têm por ponto de partida situações alheias à realidade vivida pelos seus alunos, desperdiçam tempo e oportunidades valiosas. O mesmo ocorre quando se ignora o conhecimento popular acerca de determinada situação, desvalorizando-o e inferiorizando-o, ao invés de trabalhar junto e a partir dele (MOHR e SCHALL, 1992).

A escola é concebida como um espaço privilegiado, onde as relações sociais definem o desenvolvimento do indivíduo o qual se torna "pessoa" por intermédio dos processos de socialização.

Essencial para o encaminhamento de uma ação participativa e criadora dos alunos e, para trabalhar efetivamente a saúde na escola, é a realização de cursos de atualização para professores, com vistas ao aperfeiçoamento de sua eficiência pedagógica e ampliação de sua visão da questão da saúde nos seus múltiplos aspectos.

A importância das ações de educação em saúde evidenciam-se enquanto estratégias integradoras de um saber coletivo que traduzam, no indivíduo, sua autonomia e emancipação. Dessa forma, temos o princípio da integralidade balizador das ações de educação em saúde. A educação em saúde, como processo político pedagógico, possibilita ao ator social desvelar a realidade e propor ações transformadoras a partir de um pensar crítico e reflexivo, enquanto sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e da coletividade.

A educação problematizadora permite que os educandos passem de um estágio onde atuam apenas como receptores de informações, para um estágio

crítico do seu processo educacional. Existe uma relação dialógica entre o educador e o educando e vice-versa. A população torna-se consciente de seu papel na sociedade e busca através de ferramentas próprias autonomia frente à resolução dos problemas que enfrenta.

O educador em saúde deve respeitar a história de vida do educando, utilizando sempre os conhecimentos que este traz, não se julgando detentor do saber, mas sim que pode aprender com o educando, que ao notar suas ideias respeitadas, aprende a respeitar-se.

Cabe salientar que muitos profissionais de saúde têm-se mostrado resistentes a uma saúde em busca da integridade do cidadão. Requer-se, assim, uma nova educação no que tange à saúde, ou como sugere CECCIM e FERLA, 2006, uma Educação permanente em Saúde – sugestão de uma ligação orgânica entre ensino (educação formal, educação em serviço, educação continuada), trabalho (gestão setorial, práticas profissionais, serviço) e cidadania (controle social, práticas participativas, alteridade com os movimentos populares, ligações com a sociedade civil). A Educação Permanente em Saúde seria não apenas uma prática de ensino-aprendizagem, mas uma política de educação na saúde, esforço de nomeação da ligação política entre Educação e Saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente trabalho, procuramos deslindar aspectos que julgamos cruciais no que tange à Saúde e sua relação com a Educação.

Ao traçarmos uma linha histórica sobre os processos de educação para a saúde, notamos o viés político atrelado aos interesses dos modelos econômicos vigentes que as práticas assumiram, nos mais diferentes períodos da história brasileira. Essa culpabilização dos sujeitos atravessa os séculos. A população – principalmente os pobres – eram tidos como únicos responsáveis pelo seu processo saúde/doença. Os fatores socioeconômicos não eram levados em consideração, e durante muito tempo, a educação em saúde foi utilizada como ferramenta de sujeição dos corpos pelas classes oligárquicas dominantes e também pelo Estado.

Recente, vemos o início de uma busca para a inserção do método problematizador da educação em saúde, no qual os sujeitos deixam de ser vistos como isentos de conhecimentos, atingindo um status respeitado.

O trabalho ora apresentado demonstra sua pertinência ao mostrar que é possível romper com práticas hegemônicas em saúde que pretendem um sujeito unicamente receptor de conceitos prontos, em uma prática de educação vertical e castradora.

Partindo dos pressupostos da Saúde Coletiva, verificamos que a melhora do padrão de vida dos brasileiros passa, *sine qua non*, pela Educação Popular em Saúde. Os indivíduos, principalmente aqueles em situação de vulnerabilidade social, devem ser capacitados para realizar mudanças comportamentais e sobremaneira devem ter disponíveis os meios para alavancar essas mudanças. A Educação em Saúde deve consistir em ferramenta oportunizadora de modificações político-sociais na comunidade na qual está inserida.

Neste contexto, insere-se a autonomia, a participação social, a articulação das práticas sociais dos atores envolvidos nos processos de melhora das condições de vida. Para compreendermos melhor a complexidade dessas relações recorreremos ao preceituado no PCN da saúde:

Intricados mecanismos determinam as condições de vida das pessoas e a maneira como nascem, vivem e morrem, bem como suas vivências em saúde e doença. Entre os inúmeros fatores determinantes da condição de saúde, incluem-se os condicionantes biológicos (sexo, idade, características

personais eventualmente determinadas pela herança genética), o meio físico (que abrange condições geográficas, características da ocupação humana, fontes de água para consumo, disponibilidade e qualidade dos alimentos, condições de habitação), assim como o meio socioeconômico e cultural, que expressa os níveis de ocupação e renda, o acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamento interpessoal, as possibilidades de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade da atenção por eles prestados. (BRASIL, 1997, p. 251).

Assim, consideramos de importância vital para a população essa articulação em torno da Educação em Saúde, pois está para além dos saberes meramente pedagógicos, uma vez que busca abrir caminhos para as ações libertárias, conforme ensinou Paulo Freire. Hodiernamente, a Educação em Saúde deve perpassar todos os espaços da Nação. Somente dessa forma conseguiremos superar os séculos de opressão que se fazem sentir até os dias atuais.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais**. Brasília: MEC/SEF, 1997.

ALBUQUERQUE, C. M. de S.; OLIVEIRA, C. P. F. de. **Saúde e Doença: Significações e Perspectivas em Mudança**. Disponível em http://www.ipv.pt/millenum/millenum25/25_27.htm

ARANTES, C.I.S. **Saúde Coletiva: os (des) caminhos da construção do ensino de enfermagem**. 1999, Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_09.htm

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996.

BIRMAN, Joel. A Physis da saúde coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300002&lng=en&nrm=iso. acessado em 02/03/2012.

COSTA, N. do R. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. **Cadernos CEDES**, São Paulo, n.4, 1984.

FILHO. A. P. **Determinantes Sociais da Saúde: o que há de novo?** 13/07/11 | 10:07 disponível em <http://dssbr.org/site/opinioes/dss-o-que-ha-de-novo/> acessado em 26/02/2012.

FREIRE, P. **Educação como Prática a Liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989

GAZZINELLI, Maria Flávia et al . Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, Feb. 2005 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100022&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 24/01/2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" – anos 80. **Physis**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, 1991

MARSIGLIA, R. G; SPINELLI, S. P. As ciências sociais em saúde e o ensino. IN: CANESQUI, A. M. (org) **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro, ABRASCO, 1995.

MELO, J. A. C. Educação Sanitária: uma visão crítica. **Cadernos CEDES**, São Paulo: Cortez, n. 4, 1984.

MOHR, A. & SCHALL, V. T. Rumos da Educação em Saúde no Brasil e sua Relação com a Educação Ambiental. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 8 (2), abr/jun, 1992.

MOREIRA, M. C. N. A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, Feb. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701999000100005&lng=en&nrm=iso>. acessado em 10/02/2012.

MOREIRA, L. C. H. A **História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil** – do “Sanitarismo Campanhista” à Construção do S.U.S. Disponível em: http://pt.scribd.com/apacheco_44/d/50097965-A-HISTORIA-DAS-POLITICAS-PUBLICAS-DE-SAUDE-NO-BRASIL. Acessado em 02/03/2012

NUNES, E D. Saúde Coletiva: uma História Recente de um Passado Remoto. In: Campos G W S, Minayo M C S, Akerman M, et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo, Rio de Janeiro: Ed. HUCITEC/ Ed. FIOCRUZ. 2007.

ROSÁRIO Costa Nd. A proteção social no Brasil: universalismo e focalização nos governos FHC e Lula. **Ciência & Saúde Coletiva 2009**; 14693-706. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=63013535002>. Acessado em: 29/01/2012.

SABROZA P. C. **Concepções sobre Saúde e Doença**. Disponível em <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/13%20CNS/SABROZA%20P%20ConcepcoesSaudeDoenca.pdf>. Acessado em: 02/02/2012.