

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CONSELHO DE PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE VETERINÁRIA



EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NO BRASIL

O CASO DO DISTRITO FEDERAL

Odete Ferreira de Amorim

U. F. M. G. - BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA



NÃO DANIFIQUE ESTA ETIQUETA

Belo Horizonte
Minas Gerais
1989

23
OK/04
06

T 610
F 500
500

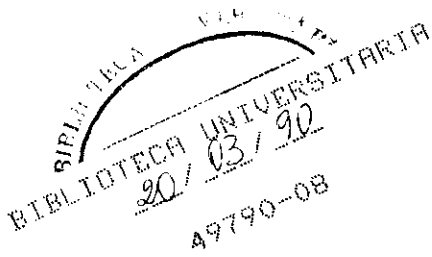
ODETE FERREIRA DE AMORIM

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NO BRASIL

O CASO DO DISTRITO FEDERAL

Tese apresentada à Escola de Veterinária da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Veterinária.
Área: Epidemiologia

**Belo Horizonte
Minas Gerais
1989**



OPORTUNIDADE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

INSTITUTO DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO

614
A524e Amorim, Odete Ferreira de, 1945 -
Educação para Saúde no Brasil; O Caso do Distrito Federal/Odete Ferreira de Amorim.
- Belo Horizonte, Escola de Veterinária da UFMG, 1989. 165p:il
Tese (Mestrado)
1. Saúde Pública - Brasil. 2. Ensino de Primeiro grau - Distrito Federal. 3. Ensino de Segundo grau - Distrito Federal.
I. Título.

Aprovada em 02/06/89

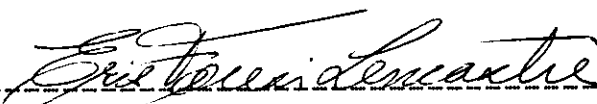


PROF. RABINDRANATH LOYOLA CONTRERAS

Orientador



PROF^a. MARIA INÊS DE MATOS COELHO



PROF^a. ERIS FOCESI LENCASTRE



PROF^a. CARMELITA PINTO RABELO

Dedicatória:

A meus filhos Cesar e Caroline Rebeca

À minha mãe Alice.

A meus irmãos e familiares

À Maria Alves dos Santos

À memória de meu pai Olímpio José de
Amorim.

"Definir a idéia de Liberdade é difícil, mas acho que no fundo a Liberdade no homem não é mais nem menos que a necessidade feita consciência".

Vladimir Ilich Lenin

AGRADECIMENTOS

Ao professor Rabindranath Loyla Contreras, pela orientação precisa na busca de um caminho e em toda a realização deste trabalho.

À professora Maria Inês de Matos Coelho, pela co-orientação e apoio constante.

À professora Daclé Vilma Carvalho, pelo incentivo, solidariedade e pela colaboração na revisão técnica.

Ao professor Jurandir Alves de Moraes pela correção e revisão de português.

Às professoras Alcinéa Eustáquia Costa e Maria Auxiliadora Cordova Chistofaro, pela colaboração, apoio e incentivo em todos os momentos.

Às professoras Maria Rizioneide Negreiros de Araújo, Roseni Rosangela Chompré e ao professor Carlos Dalton Machado, pelo apoio e estímulo para chegar até aqui.

À bibliotecária da EVUFMG Eunice de Faria Lopes, pela colaboração na revisão técnica da referência bibliográfica.

Aos profissionais das escolas, campo de estudo, que possibilitaram a realização deste trabalho fornecendo os dados necessários.

Ao Elcio Benjamin, pelo trabalho de digitação e valiosa contribuição.

À Fundação de Estudo e Pesquisa em Medicina Veterinária e Zootecnia, pela ajuda financeira e impressão deste estudo.



BIOGRAFIA DA AUTORA

Odete Ferreira de Amorim, filha de Olímpio José de Amorim e Alice Soares de Amorim, nasceu aos 15 de novembro de 1945, em Belo Horizonte, MG.

Graduou-se em enfermagem, pela Universidade Federal de Minas Gerais em dezembro de 1970.

Habilitou-se em Enfermagem em Saúde Pública, pela Escola de Enfermagem da UFMG em dezembro de 1971.

Licenciou-se em Enfermagem pela Faculdade de Educação da UFMG.

Especializou-se em Metodologia de Pesquisa, pelo Centro de Pesquisa e Pós-graduação da Universidade de Mogi das Cruzes em Junho de 1985.

Foi enfermeira de Hospitais privados e públicos, tais como Hospital de Base do Distrito Federal; Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho (UISS), da Universidade de Brasília.

Foi professora de ensino médio de enfermagem das escolas: Friederike Flidner, Belo Horizonte MG; Florence Nighthingale, Anápolis GO e Centro Interescolar de Saúde de Brasília (CISB), Brasília DF.

Professora concursada do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG, a partir de maio de 1984.

RESUMO

Este estudo refere-se a Educação para a Saúde como parte do currículo das escolas de 1º e 2º graus no Brasil.

1) Histórico da Educação para a Saúde no Brasil, de forma cronológica desde a Colônia até aos nossos dias.

2) Avaliação do cumprimento e processamento das disposições legais vigentes para o ensino da saúde no 1º e 2º graus.

Para o estudo, 82 escolas da rede pública e privada do Distrito Federal foram selecionadas por processo probabilístico. Os dados foram coletados através de entrevistas e observações diretas em cada escola.

Constatou-se que ao longo do processo histórico, iniciativas e ações coletivas nesta área que, sintonizadas com as realidades do povo, se realizam ou se realizaram de forma tímida, inconexa, isolada e reduzida. Quase sempre essas iniciativas ou ações têm se constituído em controle e manipulações de pequenos mas poderosos grupos.

Verificou-se nas escolas de 1º e 2º graus, o não cumprimento das disposições legais e graves falhas na aplicação da Educação para a Saúde.

Na análise dos dados, alguns resultados são relevantes:



x

- A) Não se encontrou o profissional específico para a área de saúde nem para a coordenação de Educação para a Saúde, na totalidade das escolas pesquisadas.
- B) A maioria dos profissionais entrevistados não expressaram os princípios básicos do conceito de saúde da OMS.
- C) As "Condições Higiênicas" das escolas públicas foram classificadas como precárias em 50,0% e razoáveis em 25,0%.
- D) Na opinião dos profissionais entrevistados, a infreqüência e o baixo rendimento dos alunos são o reflexo das precárias condições de saúde existentes na comunidade.
- E) Na maioria das escolas da rede pública são apontadas principalmente as doenças infecciosas e parasitárias, as doenças do aparelho digestivo, e os sintomas, sinais e afecções mal definidos.
- F) Os serviços de assistência aos alunos são avaliados como insatisfatórios e insuficientes na maior parte das escolas da rede pública.
- G) Constatou-se que não há planejamento conjunto na quase totalidade das escolas visitadas para a Educação para a Saúde e os critérios de seleção dos conteúdos não são declarados.
- H) Quanto às atividades práticas, estas não são desenvolvidas em mais da metade das escolas principalmente nas de 2º grau.
- I) Somente 28,1% das escolas pesquisadas desenvolvem algum tipo de entrosamento com serviços de saúde, órgãos, instituições e comunidade, destacando aí as escolas de 1º grau (1ª a 4ª série).
- J) A forma de entrosamento mais citada é a solicitação de atendimento aos serviços de saúde.

SUMMARY

This thesis is related to Health Care Education, as part of the curriculum for primary and secondary education in Brazil.

First, a historical survey of Health Care Education was made following a chronological order, from Colonial Times up today.

Second, the evaluation of the accomplishment of the law related to Health Care Education in primary and secondary schools, was made.

Eighty two public and private schools in Federal District area were randomly chosen, for this study. The collected data were obtained by interview and direct observation on each school.

We have found out throughout the historical events that initiatives and collective actions in this topic were done, and restricted forms. They are usually controlled and manipulated by small but powerful groups.

The non accomplishment of the law and serious faults in its application, was disclosed in the study.

From the analysis of the data, some results are relevant:

A) Trained professional to teach or to supervise the Health Care Education program, were not found in any of the

visited schools.

- B) The majority of the professionals interviewed were not able to express the principles acknowledged by the world Health Organization, in regard to the basic concept of health.
- C) The higienic conditions were classifild as unsafe in 50,0% of the public schools and reasonable in 25,0%.
- D) According to the professionals interviewed, the absence and low performance among the students are a reflex of the precarious health conditions existing in the community.
- E) In the majority of public schools, infections and parasitic deseases, digestive deseases, and symptoms and signals of poorly defined affections, were frequently found.
- F) The student welfare services were deficient in number and unsuitable in the majority of public schools.
- G) There was a lack of entirety planning in almost all the schools visited, as far as Health Care Education program implementation is concerned. The criterion for the selection of the contents was not explicit in the majority of the schools.
- H) Pratical activities were not performed in more then half of the schools, especially in the secondary schools.
- I) Only 28,0% of the schools developed some Kind of relationship with the community, the public services, health services including, with prevalence among the primary schools students.
- J) The request for help to public services in the area was the most mentioned form of relationship.



SUMÁRIO

	Página
1. INTRODUÇÃO	1
2. LITERATURA CONSULTADA	12
2.1. Educação	16
2.2. Saúde	32
2.2.1. Generalidades sobre Saúde no Brasil, da Colônia aos nossos dias	43
2.3. Saúde Escolar	54
2.4. Programa de Saúde na escola	69
3. METODOLOGIA	81
3.1. Da Parte Cronológica	81
3.2. Da Investigação no Distrito Federal	82
3.3. Amostragem	84
3.4. Instrumento de coleta de dados	86
3.5. Coleta de dados	87
3.6. Tratamento dos dados	88

	Página
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	90
4.1. Da Parte Cronológica	90
4.1.1. Educação	91
4.1.2. Saúde	92
4.1.3. Saúde Escolar	95
4.1.4. Programas de Saúde	96
4.2. Da Investigação nas escolas de 1º e 2º graus do Distrito Federal	99
4.2.1. Função dos Entrevistados	99
4.2.2. Condições de desenvolvimento da educa- ção para a saúde - vivência da educa- ção para a saúde	101
4.2.3. Base da compreensão e do desenvolvi- mento da educação para a saúde	121
4.2.4. Aspectos do desenvolvimento do Progra- ma de Saúde e de Educação para a Saúde	127
5. CONCLUSÕES	150
5.1. Da Parte Cronológica	150
5.2. Da Investigação no Distrito Federal	151
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	156
7. ANEXOS	

LISTA DE TABELAS

	Página
TABELA 1 - Estabelecimentos de ensino de 1º e 2º Graus do Distrito Federal por rede de en- sino e localização	83
TABELA 2 - Especificação da amostra de escolas de 1º e 2º graus do Distrito Federal por rede de ensino e localização	85
TABELA 3 - Função dos entrevistados nas escolas, campo de estudo. Distrito Federal, 1987.	100
TABELA 4 - Condições higiênicas das escolas por re- de de ensino e por localização. Distrito Federal, 1987	102
TABELA 5 - Tipos de material usado pelo professor em educação para a saúde, segundo a rede de ensino das escolas. Distrito Federal, 1987	104

	Página
TABELA 6 - Tipos de material usado pelo professor em educação para a saúde, por graus e séries nas escolas. Distrito Federal, 1987	106
TABELA 7 - Tipos de material usado pelos alunos em educação para a saúde, segundo a rede de ensino das escolas. Distrito Federal, 1987	107
TABELA 8 - Tipos de material usado pelos alunos em educação para a saúde, por graus e séries nas escolas. Distrito Federal, 1987	108
TABELA 9 - Problemas de saúde citados pelos entrevistados nas comunidades escolares segundo a rede de ensino. Distrito Federal, 1987	110
TABELA 10 - Procedimentos adotados nas escolas face aos problemas de saúde manifestados pelos alunos no dia-a-dia. Distrito Federal, 1987.	112
TABELA 11 - Prestação de assistência aos alunos das escolas, por rede de ensino. Distrito Federal, 1987.	114

TABELA 12 - Formas de prestação de assistência aos alunos das escolas, por rede de ensino. Distrito Federal, 1987.	115
TABELA 13 - Avaliação do grau de satisfação do entrevistado quanto aos serviços de assistência aos alunos, segundo a rede de ensino. Distrito Federal, 1987.	117
TABELA 14 - Existência de formas de interferência das condições de saúde da comunidade local no trabalho da escola, segundo a localização. Distrito Federal, 1987.	119
TABELA 15 - Formas de interferência das condições de saúde da comunidade local, no trabalho da escola, por rede de ensino. Distrito Federal, 1987.	120
TABELA 16 - Conceito de saúde verbalizado por profissional da escola, por rede de ensino. Distrito Federal, 1987.	122
TABELA 17 - Verbalização dos entrevistados da escola, dos aspectos legais sobre como deveria ser e realizar a educação para a saúde na escola, por rede de ensino. Distrito Federal, 1987.	123

TABELA 18 - Orientação por alguma norma oficial quanto à educação para a saúde, por rede de ensino. Distrito Federal, 1987. . . .	124
TABELA 19 - Normas oficiais consideradas pelas escolas, por rede de ensino. Distrito Federal, 1987.	125
TABELA 20 - Realização de planejamento conjunto em educação para a saúde, por rede de ensino. Distrito Federal, 1987.	127
TABELA 21 - Especificação de disciplina ou área do currículo em educação para a saúde, segundo graus e séries das escolas. Distrito Federal, 1987.	128
TABELA 22 - Especificação de disciplina ou área do currículo que desenvolve educação para a saúde, segundo graus e séries das escolas. Distrito Federal, 1987.	129
TABELA 23 - Séries em que é desenvolvida a educação para a saúde na escola, por graus e séries. Distrito Federal, 1987.	130
TABELA 24 - Objetivos principais do ensino de saúde na escola, por grau/série. Distrito Federal, 1987.	132

TABELA 25 - Conteúdos, noções ou temas mais abordados em educação para a saúde nas escolas. Distrito Federal, 1987.	134
TABELA 26 - Critério de seleção de conteúdos, noções e temas abordados em educação para a saúde. Distrito Federal, 1987.	136
TABELA 27 - Atividades desenvolvidas em educação para a saúde nas escolas, por graus e séries. Distrito Federal, 1987.	138
TABELA 28 - Atividades práticas desenvolvidas em educação para a saúde nas escolas, por graus e séries. Distrito Federal, 1987.	139
TABELA 29 - Realização de atividades relacionadas ao desenvolvimento do aluno, por graus e séries. Distrito Federal, 1987.	140
TABELA 30 - Atividades realizadas que se relacionam ao desenvolvimento do aluno. Distrito Federal, 1987.	141
TABELA 31 - Desenvolvimento de atividades voltadas para as necessidades e funções bio-psico-sociais dos adolescentes, por graus e séries. Distrito Federal, 1987.	142



xx

TABELA 32 - Tipos de atividades realizadas que se orientam para as necessidades e funções bio-psico-sociais dos adolescentes, por graus e séries. Distrito Federal, 1987.	143
TABELA 33 - Promoção de entrosamento da escola com serviços de saúde, outros órgãos, instituições e comunidade local, por graus e séries. Distrito Federal, 1987.	145
TABELA 34 - Formas de entrosamento da escola com serviços de saúde, órgãos, instituições e a comunidade local. Distrito Federal, 1987.	146
TABELA 35 - Formas de atuação da escola em relação aos problemas do meio, por graus e séries. Distrito Federal, 1987.	147
TABELA 36 - Formas de atuação da escola em relação aos problemas do meio, por rede de ensino. Distrito Federal, 1987.	149

RELAÇÃO DE ANEXOS

- ANEXO 1 - LEI FEDERAL 5.692 de 11 de agosto de 1971.
- ANEXO 2 - Parecer nº 2.264 de 6 de agosto de 1974 -
Ensino (1º e 2º graus) do CFE.
- ANEXO 3 - Diretrizes Gerais para os Programas de Saúde
nas Escolas de 2º grau do MS.
- ANEXO 4 - Portaria nº 166 de 5 de março de 1985 do MEC.
- ANEXO 5 - Secretaria de Ensino de 1º e 2º grau. Portaria
nº 35, de 27 de novembro de 1985.
- ANEXO 6 - Questionário.
- ANEXO 7 - Ficha de Observação.
- ANEXO 8 - Categorias do Parecer nº 2264/74 do CFE e
das Diretrizes Gerais para os Programas de
Saúde do MS.

1 -INTRODUÇÃO

Diante da desoladora situação de saúde no país, o profissional de saúde frequentemente experimenta a penosa sensação de que seus esforços no sentido de contribuir para a melhoria de saúde da comunidade, são de uma eficácia restrita e de um alcance desapontador. Muitas vezes suas energias não lhe permitem ir além da ação curativa individual. Como conseguir maior alcance e maior eficácia no resultado de seus esforços?

Sabe-se que qualquer ação destinada a promover, manter ou recuperar a saúde coletiva ou individual, dificilmente terá sucesso e eficácia se não contar com a participação ativa da população ou do indivíduo. Portanto, estimular a formação de uma consciência crítica para saúde na população, apresenta-se como condição necessária para que o trabalho do profissional de saúde seja menos frustrante.

Dentro de uma visão integral onde os fatores históricos, sócio-econômicos, culturais e outros devem ser considerados, entende-se por consciência crítica para saúde aquela que segundo LENCASTRE (1988) resulte na aquisição e desenvolvimento de práticas para promoção, manutenção e recuperação da própria saúde e da saúde da comunidade da qual

se faz parte. No decorrer deste trabalho utilizar-se-á a expressão "consciência crítica" conforme conceituada.

Ao refletir sobre o processo de formação de uma consciência crítica no indivíduo e na comunidade levar-se-á em conta as seguintes premissas:

- a) O processo de aprendizagem e de conscientização é permanente no ser humano: este processo de aprendizado começa, sem dúvida antes de o indivíduo nascer e, uma vez iniciado parece não cessar até o momento da morte - fenômeno da neotenia - (GOULD 1987);
- b) Sabe-se que todo conhecimento tem alguma repercussão em saúde: dado que todo conhecimento, - inclusive o abstrato da lógica, da matemática, ou outro aparentemente muito afastado da problemática de saúde - possui um valor pelo menos ontológico, logo um valor psicológico e social. Portanto todo conhecimento pode ter direta ou indiretamente uma influência em saúde. Por outro lado, é sabido que qualquer experiência em saúde (manutenção, recuperação ou mesmo desequilíbrio ou perda da saúde) representa, pelo menos em potencial, um agente formador da consciência - especialmente da consciência crítica em populações e indivíduos. Desta maneira facilmente se nota que educação e saúde representam ou são duas faces de um mesmo problema. Existe uma notória dialética entre conhecimento e saúde, entre educação e saúde, entre consciência e saúde. De fato a própria história mostra que educação e saúde, apesar de todas as tentativas de se estabelecer uma separação formal e artificial entre ambas, estão associadas;
- c) Logo, a aprendizagem em saúde, a educação em saúde, e o processo de formação de uma consciência crítica, devem ser também um processo contínuo, um processo permanente. Não se trata meramente de dar à população informações sobre saúde através de campanhas transitórias nem mesmo através de aulas formais como as de higiene nas escolas

de 1º e 2º graus. Contudo não se quer dizer que essas não sejam importantes. Seria ideal que a educação para a saúde estivesse sempre presente, e desde muito cedo, na formação do indivíduo, aproveitando todas as oportunidades possíveis para isto, especialmente, através de ações diretas e de atitudes participativas;

- d) O estado de saúde é resultado de uma complexa e dinâmica interação de fatores biológicos, ambientais, psicológicos, sócio-econômicos, históricos e culturais (LAURELL, 1983, ROSEN, 1983 e BREIHL, 1982). Assim, para uma melhor compreensão e interpretação do processo de formação de uma consciência crítica na coletividade e no indivíduo, exige-se um enfoque integral. Neste enfoque estes fatores não podem ser ignorados nem subestimados não só na formação escolar formal, mas também na formação a que o indivíduo está permanentemente submetido como um ser social. A educação para a saúde - boa ou não - de fato está permeando não só a formação programática do escolar mas também todo o processo existencial, todo o processo vital da população e do indivíduo;
- e) Dado que existe no homem, inclusive nas circunstâncias ou condições adversas, a vocação pela liberdade e consequentemente a luta ou busca permanente pela promoção, manutenção e recuperação da saúde*, existe também nele uma consciência em potencial, que deve ser estimulada por meio de experiências, conhecimentos, comparações e observações, de maneira a desenvolvê-la e torná-la crítica.

* E isto não é tão óbvio como parece desde que existem fundados motivos para, pelo menos, suspeitar da presença de tendências alienantes ou destrutivas no ser humano (SKINNER, 1983), (FROMM 1974) e (FROMM, 1983).

Para se mostrar a solidez, a força desta premissa, não é necessário ir-se muito longe; basta retroceder um pouco no tempo para se lembrar que em plena ditadura (1964-1984), órgãos de classe já proclamavam que a saúde, numa comunidade civilizada, é um Direito do Cidadão e não uma dádiva da autoridade. Inclusive organismos oficiais como o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) 1984, reconhecem textualmente que "Um programa de saúde de um governo democrático não pode ser decorrência de elaboração exclusivamente técnica e, por consequência não pode ser imposto à população sem uma ampla discussão". Na verdade a história está cheia de exemplos da existência de meios para desenvolvimento ou formação da consciência crítica. Recentemente na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, representantes de amplos setores da sociedade brasileira postulam que o atendimento às necessidades básicas do homem é fator estrutural para se ter saúde, sem o que, qualquer outra reivindicação tornar-se-ia vã. A forma de atendimento a essas necessidades implica na qualidade de vida. Saúde é, afinal, segundo esta conferência, "resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde". E ainda mais recentemente LENCASTRE (1988) em seu trabalho apresentado no 6º Congresso Brasileiro de Saúde Escolar, diz que Saúde Escolar seria o conjunto de medidas, estratégias e ações criadas com o intuito de promover, proteger e recuperar a saúde do educando e daqueles que o assistem, preparando-os para reivindicar e promover melhor qualidade de vida para si mesmos, para suas famílias e para a comunidade. Logicamente, considerando-se vida de melhor qualidade aquela em que fossem atendidas as necessidades básicas do ser humano. Para se preparar o educando para promover, esti-

mular e reivindicar essa qualidade de vida se utilizaria o processo educativo. Diante do exposto, a Educação em Saúde na escola seria o processo pelo qual se pretendia colaborar na formação de uma consciência crítica no educando, que resultasse na aquisição e desenvolvimento de práticas para a promoção, manutenção e recuperação da própria saúde e na saúde da comunidade de que faz parte.

A partir das premissas anteriores, a restrição da eficácia do trabalho do profissional de saúde, possivelmente não seja consequência apenas das suas limitações pessoais, mas também fruto da estrutura sócio-econômica, vigente no país. Certamente de acordo com LAURELL (1983) e BREIHL (1982) as estruturas sócio-econômicas, políticas e culturais, impostas historicamente aos países subdesenvolvidos não se empenham nem se preocupam em estimular o desenvolvimento da citada consciência crítica na população. Essas estruturas preocupadas basicamente em atender aos interesses de pequenos e privilegiados grupos da população, concentram seus esforços e recursos principalmente no fomento ou estímulo da medicina privada com todos os paradoxos que esta atitude acarreta, tais como, coexistência de caros e sofisticados recursos para uma prática médica curativa, individual e especializada, em detrimento de uma atenção primária em saúde.

A Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata-1978, entre outros elementos declara que os cuidados primários de Saúde:

- . refletem, e a partir delas evoluem, as condições econômicas e as características sócio-culturais e políticas do país e de suas comunidades...
- . têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade;



- . incluem pelo menos: educação no tocante a problemas prevaletentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais;
- . envolvem, além do setor da saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, inclusive a educação;
- . requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades...

Logo a educação para a saúde deve ser considerada como uma medida necessária na atenção primária em saúde, desenvolvendo a capacidade de participação comunitária através da consciência crítica.

Estas observações podem se tornar muito contundentes para aquelas pessoas que sustentam o argumento de que, enquanto não aconteçam mudanças significativas nas estruturas sócio-econômicas, é utópico tentar promover esta consciência crítica. Reconhecendo que essas mudanças são importantes para obter um melhor desenvolvimento desta consciência crítica na comunidade - especialmente em função das premissas deste trabalho - acredita-se que a formação de uma consciência crítica na população não parece ser tão utópica. De fato, a estrutura sócio-econômica vigente não tem sido suficiente para neutralizar a capacidade crítica de alguns profissionais da área da saúde. Superando as próprias disposições legais e as dificuldades de ordem

prática, entre outras, estes profissionais tentam mudar as circunstâncias através de ações diretas com a população alvo. Assim sendo, eles tentam trocar informações sobre saúde com a comunidade proporcionando conhecimentos básicos que permitam a esta defender-se melhor das doenças e tragam aos profissionais maior percepção dos conhecimentos e ações comunitárias. O objetivo destas ações é, justamente, estimular a formação desta consciência crítica, aproveitando os espaços já existentes para o ensino e aprendizagem das informações. Da discussão dessas informações espera-se que a comunidade esteja mais motivada para transformá-las em ações num processo de participação onde há troca e o ganho é a mútua aprendizagem.

A este respeito não se pode ignorar o fato quase rotineiro de que a grande maioria dos programas e campanhas de erradicação ou controle de doenças coloca como condição indispensável a participação ativa da comunidade. Reconhece-se que nesta participação ativa, a educação para saúde funciona positivamente como determinante. Inclusive o parecer 2.264/74 do Conselho Federal de Educação menciona que "os organismos internacionais especializados em educação para a saúde, como a Organização para a Educação a Ciência e a Cultura das Nações Unidas (UNESCO) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhecem ... a educação para a saúde na escola, instância formadora de hábitos, como parte importante da educação geral é um meio vital de promoção da saúde".

Além disto, não se pode negar a importância da educação formal para a saúde, na escola, ou a utilidade das campanhas ou ações coletivas em saúde. As ações concretas na área da saúde possuem um profundo efeito pedagógico sobre muitas pessoas. Poucas ações são tão educativas quanto a aplicação de um conjunto simples de medidas higiênicas que reduz a proporção de indivíduos parasitados na comunidade ou uma campanha sistemática e maciça que diminua o nú-

mero de ocorrências de determinada doença na população. Porém o caráter isolado e limitado destas iniciativas desvirtua consideravelmente seu valor.

Diante da problemática exposta ocorrem-nos várias questões: o que tem sido feito no sentido de promover uma consciência crítica para a saúde no Brasil? Que iniciativas ou ações coletivas, especialmente de caráter institucional, têm sido realizadas? Quais as causas ou fatores principais que podem explicar os meandros do processo da formação desta consciência crítica no país?

A necessidade de se obter respostas a essas indagações levou-nos a elaborar o presente trabalho com o qual pretendemos buscar alguns elementos de juízo que possam ser de utilidade para um início de respostas a essas perguntas. Isto foi feito de duas maneiras.

A primeira delas partiu da convicção de que, dificilmente se pode emitir uma opinião objetiva sobre o processo de formação ou de evolução de uma consciência crítica num país, sem examinar criticamente as duas vertentes que confluem no campo da educação para a saúde:

- as instituições, as iniciativas ou as ações coletivas de Educação no Brasil;
- as instituições, as iniciativas ou as ações coletivas no campo da Saúde no Brasil.

E nada melhor para realizar tal exame do que um estudo cronológico das instituições, iniciativas e ações, considerando que a revisão cronológica permite evidenciar os conflitos e contradições no desenvolvimento dessas instituições, iniciativas e ações, a dialética dos processos, fornecendo ainda um ponto de vista abrangente e real para proceder a uma análise crítica. Com esta finalidade iniciamos este trabalho com um estudo cronológico das instituições, iniciativas e ações coletivas que na área da educação ou na área da saúde tem-se realizado no Brasil.

A segunda maneira, partiu da convicção da importância da educação formal e informal para a saúde na escola. O tratamento dado a esta educação na escola e particularmente o estágio em que ela se encontra atualmente está refletindo a preocupação oficial em contribuir para a formação da mencionada consciência crítica na população. Como avaliar o estágio atual da educação para a saúde nas escolas?

Hoje as escolas de 1º e 2º graus no Brasil estão equipadas com disposições legais que regulamentam a educação para a saúde nas escolas. No entanto constata-se empiricamente que a aplicação dos Programas de Saúde nas escolas de 1º e 2º graus não tem observado essas disposições legais. Entretanto não existe qualquer avaliação objetiva de como se está processando o cumprimento dessas disposições nas escolas públicas e privadas. É indispensável então um estudo crítico sobre a forma como está sendo desenvolvido este processo da educação para a saúde no Brasil, e este deve ser feito mediante a avaliação do cumprimento das disposições legais existentes no País para os Programas de Saúde no ensino de 1º e 2º graus. E, em nossa opinião as disposições que devem ser avaliadas, são as seguintes:

- 1) art. 7º da Lei nº 5692 de 11 de agosto de 1971 (ANEXO 1);
- 2) aspectos significativos do Parecer 2264/74 do Conselho Federal de Educação (ANEXO 2);
- 3) aspectos significativos das Diretrizes Gerais para os Programas de Saúde do Ministério da Saúde (1978) (ANEXO 3);
- 4) Portaria nº 166/85 do Ministério da Educação (ANEXO 4);
- 5) Portaria nº 35/85 do Conselho Federal de Educação (ANEXO 5).

Os argumentos que mostram que este é o conjunto mínimo de normas cujo cumprimento deve ser avaliado, podem ser encontrados na parte histórica deste trabalho.

Esta avaliação deveria ser feita em cada Estado da Federação. Naturalmente que um trabalho com tal abrangência ultrapassa os limites de tempo, recursos humanos e financeiros e outros recursos disponíveis para a maioria dos trabalhos como este.

Optamos então por realizar esta avaliação em uma unidade da Federação e de tal maneira que servisse como ponto de partida, especialmente metodológico, para um processo avaliativo que deverá abranger todos os Estados do Brasil. A unidade da Federação escolhida foi o Distrito Federal.

De modo que a segunda maneira de fornecer elementos de juízo para começo de respostas às perguntas formuladas, consiste em uma investigação para avaliar o cumprimento das correspondentes normas vigentes para os Programas de Saúde no sistema de ensino de 1º e 2º graus do Distrito Federal. Como objetivos específicos que orientam a análise dos dados desta investigação temos:

- analisar as condições materiais e de recursos humanos com que são desenvolvidos os Programas de Educação para a Saúde;
- Identificar as bases de compreensão e de desenvolvimento da Educação para a Saúde;
- Analisar os aspectos do desenvolvimento do "Programa de Saúde" e de "Educação para a Saúde";
- Verificar se as condições e o desenvolvimento dos Programas de Educação para a Saúde, nas escolas de 1º e 2º graus do Distrito Federal, diferem na rede pública e particular, nos graus e séries oferecidos e na localização (urbana ou rural).

Para a eleição do Distrito federal considerou-se principalmente os seguintes motivos:

- parece natural começar realizando esta avaliação na Capital da República;
- como centro administrativo da União e pela proximidade dos órgãos superiores da educação como Ministério da Educação e Conselho Federal da Educação, cabe supor uma estreita e direta orientação e maior dotação de recursos e, em geral, melhores condições para implementação e desenvolvimento dos Programas de Saúde;
- a situação detectada no Distrito Federal poderá servir como elemento de comparação no estudo da forma de como vêm sendo desenvolvidos os Programas de Saúde em outras regiões do país;
- a nossa vivência no local, o nosso conhecimento da estrutura física e organizacional do sistema educacional e de saúde do Distrito Federal.

2. LITERATURA CONSULTADA

A educação e a saúde têm que ser pensadas a partir da compreensão de como as suas políticas (ou ausência de política) acontecem no espaço da realidade social dominante. Assim sendo, buscamos uma retrospectiva para mostrar as relações entre o momento econômico-político e o estabelecimento das políticas educacionais e de saúde.

MACEDO (1980) ao analisar a relação saúde/educação leva em conta principalmente o aspecto econômico. A saúde, sob o ponto de vista da economia, foi considerada, durante certo tempo, como um bem de consumo. Só recentemente o papel da educação e da saúde no processo de desenvolvimento sócio-econômico foi revisto pelos especialistas em recursos humanos, passando estas a serem consideradas, ao mesmo tempo, bens de consumo e investimento. Educação e Saúde são investimentos a partir do momento em que o homem se torna mais produtivo toda vez que adquire mais saúde e educação. As duas juntas vão proporcionar à sociedade mais produção, maior produtividade e mais eficiência, sob o ponto de vista de consumo de fato. Mais educação e mais saúde são benefícios individuais que possibilitam "melhor domínio do mundo físico e social", criando melhores

condições de competição no mercado de trabalho.

Continuando, MACEDO (1980) afirma que educação e saúde têm várias semelhanças em seus aspectos econômicos e sociais. "As duas constituem investimentos que se realizam no mesmo indivíduo". O sucesso de uma determina o sucesso da outra, e não raro o nível de educação é causa do bom aproveitamento ou não dos serviços de saúde. A educação adequada leva o trabalhador à melhor fruição dos serviços de saúde. O planejamento e execução bem dirigidos das ações educativas voltadas para o serviço de saúde preventiva concorrem para elevação do nível de saúde da classe trabalhadora.

Na expressão de CORTÉS (1985), é cada vez mais patente que o aperfeiçoamento humano é a base do desenvolvimento nos países de baixa renda, onde as condições de saúde do indivíduo podem ser consideradas como um bem integral. Essa interdependência de educação e saúde vai concorrer para superação da qualidade de vida das populações, aumentando também sua produtividade.

LANDMANN (1986) aprofunda a discussão em torno da operacionalização dos objetivos dos Programas de Saúde, lembrando as falhas do sistema médico brasileiro, que não atende às expectativas da maioria da população alienada e carente, denunciando o desvio de verbas canalizadas para um sistema lucrativo, ávido em enriquecer-se através de internações e intervenções cirúrgicas dispensáveis, excesso de exames de laboratório, bem como o uso desmedido de remédios e equipamentos.

Continuando, LANDMANN (1986) adverte que o sistema de saúde no Brasil não visa a saúde do brasileiro, e sim aos interesses fraudulentos dos que se beneficiam do sistema - laboratórios farmacêuticos, indústria de equipamentos, empresas de seguros médicos e de medicina em grupo, hospitais privados e empresariado médico. Os pobres e a classe média que não podem arcar com os custos de uma medi-

cina privada, e não usufruem do sistema médico público, são os mais prejudicados na ordem democrática, por essa estrutura caótica e desorganizada.

Segundo BUCI-BLUCKSMAN (1979) citado por COSTA, (1981) diz que a lição de GRAMSCI mostra a conveniência de se delimitar as relações de poder na sociedade capitalista e os elementos formadores do Estado, quando se analisa os temas - Estado, Saúde e Educação. "A concepção ampla de Estado compreende o conjunto de meios de direção intelectual e moral de uma classe sobre a sociedade". Em outras palavras, a formação da hegemonia. À ação coercitiva do Estado, somam-se as medidas práticas e teóricas, com as quais as classes dominantes justificam sua superioridade, chegando mesmo a obter o "consentimento" de seus subordinados. Um dos objetivos do Estado é doutrinar a grande massa popular levando-a a cooperar no trabalho de desenvolvimento das forças produtivas, correspondendo, assim, aos interesses das classes dominantes.

Citando GUILHERMO (1982), TEIXEIRA (1986) explica que as relações existentes entre o Estado e a sociedade, "corporificadas em um aparato constitucional de natureza híbrida", baseavam-se não nas conquistas e no direito à cidadania, mas ligavam-se às noções de nação e povo. A autora ainda afirma que mesmo o estilo populista de governar não visava o indivíduo enquanto cidadão, isto é, segundo um conceito de direitos e deveres que os unisse ao Estado, mas buscava principalmente o povo, que anseava por um governante que o protegesse e o guiasse no "grande projeto coletivo de desenvolvimento nacional".

TEIXEIRA, (1986) diz que no Brasil as lutas de classe observadas ao longo da história reverteram em conquistas de cunho social, porém não deram ensejo ao desenvolvimento da cidadania como forma de mediação primeira entre o Estado e o conjunto de indivíduos pertencentes à nação. A adesão das classes populares urbanas ao populismo

deu-se de forma corporativa, dividida por um poder de barganha restrito a cada categoria funcional, alijando os camponeses das lutas sociais e políticas. Em vista disso, pode-se concluir que as conquistas sociais registradas afeiçoavam-se mais a privilégios setoriais que a direitos universais de cidadãos.

O reconhecimento dos direitos civis, passando pela conquista dos direitos políticos, até chegar à obtenção dos direitos sociais, não se deu em função do surgimento do capitalismo, configurando-se em diferentes trajetórias nacionais. O capitalismo emergente, a fim de consolidar o mercado, concedeu o primeiro elemento de cidadania - os direitos civis baseados nos princípios burgueses de igualdade e liberdade de todos os seres humanos. Ao mesmo tempo restringiu estas noções de igualdade e liberdade às funções econômicas indispensáveis à criação do sistema de troca de mercadorias, não se observando portanto, o pleno exercício da cidadania, uma vez que a liberdade e igualdade relativas ao gozo de direitos políticos não se estendia a toda população. Não se pode hoje pensar em Educação dissociada da Saúde. A visão contemporânea prevê Educação e Saúde alinhadas aos movimentos sociais na luta por uma política que contemple também os interesses e necessidades das classes populares. (TEIXEIRA, 1986).

GRAMSCI (1978), citado por OLIVEIRA (1978), pondera que a estrutura econômica e a estrutura política não estão separadas, mas possuem uma certa "organicidade". O Estado encontra-se a meio caminho entre a instância econômica e a escola, exercendo o papel mediador e estabelecendo a política a ser concretizada. Para tanto, usa a coerção e a ideologização, que aparece inclusive no conteúdo dos documentos legais.

2.1. EDUCAÇÃO

ROMANELLI (1982), fala da dupla articulação existente no país - onde as classes dominantes são dominadas nas relações que mantêm com os outros países (relações externas) e dominantes nas relações que mantêm com outras classes dentro do país (relações internas). Essa dupla articulação que tem suas origens no colonialismo português, é responsável pela tradição de escolarização, que, atravessando a Colônia, o Império e a Primeira República, veio influenciar na organização atual de ensino, com a valorização das profissões técnicas.

No Brasil-Colônia, ainda segundo ROMANELLI (1982), a exportação, baseada na exploração do solo - dividido em grandes latifúndios - era a principal forma de produção, que se apoiava ainda na existência de uma classe senhorial e no trabalho escravo. O produto para exportação era administrado pela Metrópole. Nesse período dava-se pouco realce à educação que não encontrava grande interesse por parte dos senhores e muito menos dos escravos.

A estruturação do ensino na colônia cabia aos jesuítas, responsáveis pela catequese dos índios, pela educação primária e secundária dos filhos varões dos senhores (com exceção do primogênito que se incumbia da administração da terra que recebia como herança), e também pela instrução superior dos que se dedicavam ao sacerdócio (ROMANELLI, 1982).

As escolas jesuítas desempenhavam basicamente, segundo FREITAG (1977) duas funções: a de reprodução das relações de dominação, e a de reprodução da ideologia dominante. Ao prepararem os bacharéis em belas-arts, direito e medicina, tanto na colônia como na Metrópole, os jesuítas estavam constituindo os dirigentes da administração colonial local; e ao prepararem os teólogos para formar

seu próprio quadro hierárquico, assim como os educadores, oriundos quase que exclusivamente do seu meio, a Igreja católica não só assumia a hegemonia na sociedade civil, como também se infiltrava na própria sociedade política, através da educação. Dessa forma a escola, pelas mãos dos jesuítas, auxiliou a classe dominante (latifundiários e representantes da Coroa Portuguesa), a dominar de forma pacífica as classes subalternas às relações de produção implantadas. A autora questiona ainda se a sociedade colonial não se caracterizaria pela ausência de instituições autônomas que compusessem a sociedade política, reduzida às representações locais do poder da Metrópole. "A sociedade civil era composta quase que exclusivamente pela Igreja".

A expulsão dos jesuítas dos territórios portugueses, no fim do século XVIII, pela Reforma Pombalina quase não teve efeito sobre a educação a não ser pela desorganização e fragmentação do ensino secundário ocasionadas pela falta de professores preparados, o que foi aos poucos superado com a implantação de um sistema de escolas régias (SODRÉ 1977apud ROMANELLI 1982).

De acordo com ROMANELLI (1982) o enriquecimento da população local, e principalmente a vinda da família real para o Brasil, acarretou uma maior complexidade administrativa, intensificada no período do Império. À medida que os filhos da oligarquia local passaram a ocupar cargos administrativos - especialmente os ligados à magistratura, à profissão militar e às profissões liberais - a educação superficial adquiriu, paulatinamente, um interesse de caráter político, que foi intensificado com a estruturação das escolas militares, com os cursos médico-cirúrgicos e os cursos de direito surgidos no 1º quartel do século XIX. A partir de então um título militar ou um título de Bacharel significava uma forma de ascensão social, de "status" e poder, passando a educação a orientar-se em função

dessa demanda. E, pela constituição brasileira de 1823, foi assegurado a todos os cidadãos da época (donos de terras, comerciantes e funcionários da administração) o direito à educação pública primária. Ao governo central cabia a educação superior e secundária, ficando as províncias, sem recursos e desinteressadas, encarregadas da educação primária. O ensino superior só interessa à classe dominante. O curso secundário foi se firmando cada vez mais como um ensino preparatório aos exames de admissão às faculdades, não tendo qualquer relação imediata com o mundo do trabalho.

Prosseguindo, ROMANELLI (1982) afirma que nos meados do século passado, a economia cafeeira tomou um grande impulso especialmente no eixo Rio-São Paulo e sul de Minas Gerais. O Rio de Janeiro e São Paulo, centros comerciais, tiveram seu processo de urbanização e divisão de trabalho acelerados em função da diversificação e maior complexidade do comércio.

O crescimento da lavoura cafeeira trouxe a expansão da estrada de ferro, onde se delineiam os primeiros contornos da classe operária - os ferroviários - responsável pelo surgimento de uma solidariedade operária no início do século (FAUSTO apud LIMA, 1985).

Citando BASBAUM (1975), LIMA (1985) diz que a Proclamação da República foi o resultado da união dessas novas forças sociais que surgiam: a oligarquia cafeeira, desejosa de se livrar "dos entraves da administração do Império, comprometida com a oligarquia canavieira", que conservava os postos-chaves; e a "pequena burguesia" ou "classes médias", formadas por comerciantes enriquecidos, funcionários da administração pública, militares, profissionais liberais e intelectuais, desejosas das "igualdades individuais, a igualdade de direitos e oportunidades prometidos pela ideologia liberal". Verificou-se então uma divisão em dois grandes grupos: os "realistas ou objetivistas", defensores dos interesses da oligarquia cafeeira, e os "idea-

listas ou românticos", adeptos de uma ideologia que era um misto de positivismo, liberalismo e jacobinismo".

Após a Proclamação da República assumiram duas ditaduras militares que, honrando os compromissos morais e constitucionalistas dos militares, sufocaram várias revoltas, para entregar o Estado nas mãos dos oligarcas do café. (BASBAUM 1975, apud LIMA, 1985).

Segundo FREITAG (1977), pode-se dizer que foi no fim do Império e começo da República, que esboçaram-se os primeiros traços de uma política educacional estatal, baseada no fortalecimento do Estado como sociedade política. Até então a política educacional (se é que se pode falar de política) limitava-se ao âmbito da sociedade civil e à Igreja. À medida que os aparelhos jurídico e repressivo do Estado se fortaleciam como mediadores no processo econômico, fortaleciam-se também as instituições da sociedade política. Como a economia achava-se, quase toda limitada à produção do café para o mercado externo, o Estado atuava praticamente entre este mercado e os interesses dos cafeicultores paulistas, avaliando os investimentos no setor ferroviário, contratando empréstimos para expansão da produção cafeeira nos países de economia hegemônica, e incentivando (financiando parcialmente) a imigração, que viria a se constituir na força de trabalho necessária ao desenvolvimento da lavoura cafeeira.

Durante os trinta primeiros anos da República, a oligarquia do café dominou a economia brasileira, alternando-se à frente do governo, presidentes paulistas ou mineiros (política do "café com leite"), comprometidos com o modelo agro-exportador da produção cafeeira. (FREITAG 1977).

FREITAG (1977) afirma que no início da década de vinte, com a super-produção cafeeira, o Estado se encarregou da "socialização das perdas", passando a comprar o café excedente, seguindo a política de "valorização" do

produto. Essa compra, feita com o auxílio de créditos no exterior, aumentou assustadoramente a dívida externa, já bastante elevada pela importação de bens de consumo. A crise do café, com a conseqüente baixa dos preços, fez com que os capitais de investimento se voltassem para outros setores. A queda da bolsa de Nova York em 1929 deu início às mudanças estruturais que iriam implicar na restrição à importação de bens de consumo, limitada pela falta de divisas. Verificou-se então o fortalecimento da produção de bens de consumo antes importados, observando-se uma diversificação da produção e a diminuição do poder econômico dos cafeicultores, firmando-se novos grupos econômicos, especialmente uma nova burguesia urbano-industrial. Em conseqüência dessas mudanças, houve uma reestruturação global do poder estatal, tanto na esfera da sociedade política, quanto na da sociedade civil. A divisão do poder entre a classe - até então hegemônica - dos latifundiários, e a nova burguesia emergente, provocou uma revisão nos aparelhos repressivos do Estado.

Segundo LIMA (1985) este é um período extremamente rico para a história do país, quando a sociedade civil cresceu em complexidade e importância, tanto pela variedade de instituições que se organizaram, quanto pelos confrontos e lutas ideológicas nela verificados, refletindo os interesses das lutas de classes, frente as mudanças da estrutura econômica.

O movimento tenentista, apoiado pela classe burguesa, aliada à insatisfação das classes médias urbanas, fez com que Vargas assumisse o poder em 1930, implantando em 1937 o Estado Novo, com traços ditatoriais (LIMA 1985).

Para RODRIGUES (1982) o desenvolvimento econômico e social da Nação é um objetivo assumido em todas as formulações de políticas nacionais. A década de trinta é marcada pela conquista de independência econômica, com o

crescimento da riqueza nacional através do aumento da produção e a diversificação do trabalho, o que possibilitou às faixas mais amplas da população ascenderem aos benefícios sociais. A partir de então uma nova política desenvolvimentista foi traçada, visando a transformação da economia brasileira - antes voltada para a exportação - num processo moderno, industrializado, capaz de atender à demanda interna e competir no mercado mundial. Como destaca o autor; " a ordem social esperada seria aquela que mantivesse as condições de exploração do trabalho", sem oposições que significassem ameaça ao desenvolvimento capitalista. Por isso a idéia de segurança do capital, vincula-se à idéia de segurança nacional, uma vez que esta é a garantia daquela.

Os fatos mais importantes em relação à saúde escolar ocorrem nesse período na área da institucionalização e com os reflexos dos conflitos políticos. A partir da década de trinta, ainda segundo RODRIGUES (1982), o Estado assume de modo mais decisivo o conjunto de tarefas destinadas a atender aos interesses de novas classes hegemônicas do bloco do poder, contribuindo não apenas para o controle da produção e direção das consciências, mas igualmente para o aumento da produtividade, da invenção técnica, comercialização etc, através da educação, estruturada para formar recursos humanos que atendessem a essas necessidades.

Em 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde, havendo assim uma aproximação formal entre a Educação e a Saúde.

Na IV Conferência Nacional de Educação em 1931, (as três primeiras não foram significativas), de acordo com ROMANELLI (1982), um grupo de educadores assinou o Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova onde rezava que embora o monopólio da educação estivesse basicamente concentrado nas mãos da Igreja Católica, cabia ao Estado garantir a todos o direito à educação, assegurando o ensino público gratuito às camadas mais pobres, e em igualdade de

condições, para homens e mulheres. Este constituiu um marco da luta ideológica pela universalização do direito à educação.

Em 1932 foi publicado o Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova, que continha um programa geral de reorganização da educação brasileira. Como consequência dessa ainda neste ano promoveu-se uma reforma no ensino secundário, tornando obrigatória a cadeira de higiene no currículo escolar (RIBEIRO, 1980).

ROMANELLI (1982) explica que a Constituição de 1934 refletia os anseios dos pioneiros da educação, frustrados na carta de 1937, promulgada pelo Estado Novo, que reduzia o dever do Estado como educador. Somente com o restabelecimento da normalidade democrática, os educadores tiveram seus princípios resgatados, com a promulgação da Constituição de 1946.

As posições assumidas pela sociedade brasileira após a Revolução de trinta, determinaram modificações, no quadro educacional do país. O período compreendido entre 1930 e 1961, foi denominado por GARCIA (1980) como o da "Visão Conservadora" e teve como principais características: a separação da escola acadêmica da escola de trabalho, consolidando-se assim a distinção da clientela escolar conforme sua origem social; a criação de cursos profissionalizantes, que buscavam estabelecer a separação real entre escola popular e escola de elite; o controle da atividade educativa pela legislação.

RIBEIRO (1980) comenta que o processo que se abriu em 1946 trouxe de volta o debate sobre a educação, direcionado, na década de cinquenta, principalmente para a elaboração da Lei de Diretrizes e Bases. Com relação ao ensino secundário, sobressaem as determinações do Ministério da Educação e Cultura, em 1958, quanto à estruturação das classes experimentais assim justificadas pelo Ministro da Educação e Cultura: "é uma oportunidade para o ensaio de



modalidades de ensino secundário que procurem harmonizar o ensino acadêmico com tendências a dar ao ensino secundário um sentido mais concreto de formação para as tarefas e responsabilidades da vida social e profissional."

O autor acima citado ressalta que foi muito criticada essa orientação que permitia a bifurcação da escola em dois segmentos, estabelecendo o ensino propedêutico para uns, e o ensino profissional para outros.

Ainda na definição de GARCIA (1980), o período que vai de 1961 a 1964, pode ser chamado de "Visão da Revolução Pressentida". Nesse momento vislumbrou-se a possibilidade da educação assumir uma postura mais ousada no andamento das mudanças estruturais ocorridas na sociedade Brasileira, no início da década de sessenta.

As discussões a respeito da Lei de Diretrizes e Bases da Educação, trazem à cena grupos até então ausentes nos debates educacionais, que passam a contribuir com todos os recursos disponíveis. A União Nacional dos Estudantes editou o livro "A Questão da Universidade" de Alvaro Pinto, que traduzia os anseios reformistas dos universitários da época", e os centros de cultura passaram a promover atividades artísticas, culturais e educacionais. Em 1961 foi criado o Movimento de Educação de Base, que com a ajuda do Governo Federal, ambicionava levar a educação, através do rádio, aos Estados do Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Em Recife, o método de alfabetização do educador Paulo Freire foi adotado pelo Movimento de Cultura Popular, difundindo-se logo em seguida por outras regiões (GARCIA, 1980).

Prosseguindo, o autor acima citado diz que algumas experiências com o Método Paulo Freire persuadiram o governo de que deveria ter início a erradicação do analfabetismo no Brasil. Nesse sentido, foi criado o Programa Nacional de Alfabetização, visando coordenar as diversas iniciativas surgidas em várias regiões do país. Paulo Frei-

re foi indicado para a Coordenação da Comissão Especial, que deveria implantar o Programa Nacional de Alfabetização.

Dando continuidade à sua exposição, GARCIA (1980) diz que a sociedade de um modo geral, e de modo especial os educadores, estudantes, grupos religiosos e sindicalistas, estavam convencidos de que a Educação poderia mudar a face do mundo. As particularidades do momento vivido apoiavam essa convicção, na medida em que a estrutura social era repensada, e o segmento educativo pela conjugação de uma formação educativa com uma abertura política apresentava-se como uma alternativa válida. No entanto, a falta de vivência política, principalmente dos educadores, fez com que estes acreditassem na força das idéias, sem discutir as mudanças estruturais exigidas pelos novos procedimentos. Sintetizando, pode-se dizer que a legislação que deveria alterar o papel da educação no cenário vigente, constituía-se em decretos, portarias e outros instrumentos incapazes de imprimir um caráter revolucionário ao sistema educacional, e reformular as orientações dominantes desde 1930.

Por outro lado o Movimento de 64, no entanto, pôs fim a todas as disposições antes formuladas.

RODRIGUES (1982) descrevendo a evolução da realidade histórica na década de sessenta, menciona a doutrina da Segurança Nacional em seus aspectos mais gerais, apontando a necessidade desta como "razão direta da luta travada entre os interesses do mundo ocidental e as ameaças representadas pelo comunismo". Assim a segurança supõe a existência de áreas de influência, englobando o universo de interesses que compõem a estratégia de segurança determinando a essência geo-política.

Continuando, RODRIGUES (1982) observa que a ameaça comunista torna-se mais verdadeira quando se verifica uma situação de atraso e subdesenvolvimento social. Para evitar manifestações de caráter social e político, que fi-

ram os interesses econômicos das classes dominantes detentoras do capital, o Estado antecipa-se na ação coerciva em nome da segurança Nacional. Foi essa a determinação vigente no Estado totalitário instaurado após 1964. O mesmo quadro aplicava-se à política educacional, que era traçada pelos planejadores do desenvolvimento visando o aumento da acumulação de capital, na medida em que a educação preparava mão-de-obra mais produtiva e "ajustada às necessidades de produção", e formava o quadro dirigente e controlador para atuar no sistema produtivo e nas relações sociais, enfeixando trabalho e ideologia.

Como quer GARCIA (1980), o período de 1964 a 1978, no que diz respeito à área educacional, é o da "Visão da Reação Ordenada" quando conceitos como "1ª função do estudante é estudar e a do professor ensinar" foram revividos e as organizações estudantis extintas.

O planejamento educacional do governo militar inseria-se nos planos de desenvolvimento nacional, passando a ter uma forma específica de política educacional. Estes planos são comentados a seguir de acordo com FREITAG (1977).

O Plano Decenal de 1967/76, "apesar de nunca ter se concretizado sob forma de projetos e programas de implantação" foi o primeiro a introduzir o conceito econômico na educação, pregando a consolidação da estrutura do capital humano na aceleração do processo de desenvolvimento econômico, pela educação.

Para preparação do plano foi elaborado um diagnóstico preliminar contendo todos os setores a serem atingidos, inclusive o educacional. O roteiro traçado abrangia o "histórico, a produção, os fatores de produção, os custos da produção e sua estrutura, regionais e internacionais".

O Plano Setorial de 1972/74 destacava a contribuição da educação ao desenvolvimento e progresso do

país e do indivíduo frisando a "taxa de retorno gerada pela educação".

Eram objetivos prioritários desse plano, estender a matrícula do 1º grau a 80% das crianças na idade escolar; erradicar o analfabetismo; expandir os sistemas de treinamento e retreinamento; promover a conclusão do ensino de 2º grau; oferecer ensino gratuito aos estudantes "carentes"; aumentar a oferta do ensino superior principalmente nas áreas ligadas ao magistério, à saúde e à tecnologia. Visando superar a crise universitária e controlar o corpo estudantil, notou-se uma nítida preferência dada ao ensino superior.

No Plano Quinquenal de 1975/79 foram retomados os princípios básicos do anterior, com a educação sendo vista como fator de crescimento econômico. Este plano objetivava despertar as vocações desde o nível do ensino fundamental, aumentar o número de vagas no ensino médio e superior; garantir a melhoria do ensino através da melhor habilitação dos professores; promover a interação escola-comunidade e eliminar aos poucos o analfabetismo, constituindo-se em mera extrapolação dos objetivos do plano anterior, não alcançados até 74.

O planejamento educacional ainda segundo FREITAG (1977) que privilegia o ensino superior, descuidando dos outros níveis de ensino pode ser explicado pela especificidade de nossa economia, composta por um centro altamente produtivo, funcionando "à base de uma tecnologia sofisticada e importada", para produzir bens de consumo duráveis destinados a uma minoria. Para garantir o funcionamento deste setor da economia, as universidades fornecem os recursos humanos necessários, numa quantidade restrita, mas devidamente especializada.

O Plano Nacional de Pós-Graduação, elaborado pelo Conselho Nacional do Pós-Graduação, criado em 1974, segundo FREITAG (1977) inseria-se no "II PND e o correspon-

dente Plano Setorial de educação, bem como no Plano Básico de Desenvolvimento Científico e Tecnológico". Este plano supunha dois objetivos: integrar em todos os níveis o ensino e a pesquisa, e preparar os recursos humanos encarregados da formação profissional adequada ao sistema produtivo e ao próprio sistema educacional.

Baseado em um diagnóstico muito sucinto, o plano traçava as diretrizes básicas a serem seguidas pela política educacional do próximo quinquênio ao nível de pós-graduação. Fundamentado nos modelos da economia da educação, recorreu tanto ao "modelo do investimento como ao da demanda educacional".

OLIVEIRA (1978) confirma essa afirmativa, revelando mais especificamente que a Política de Formação de Professores de Ensino Superior no Brasil, é uma conjugação das instâncias econômica, política e civil, desde que é determinada pelos interesses dos que detêm os meios de produção (econômica), é operada e viabilizada pelo Estado (política) e realizada pela escola (civil), visando os objetivos nacionais de "Desenvolvimento com Segurança". Desse modo, a escola serve aos interesses da classe dominante, uma vez que ela é a origem da formação técnica e ideológica que satisfaz o sistema de produção vigente. Por outro lado, a luta de classes verificada na instância econômica reflete na escola, minando as bases da relação escola-produção.

A ideologia dominante é disseminada através da escola, ainda segundo OLIVEIRA, (1978) mas é assimilada apenas parcialmente, lado a lado a conteúdos já vigentes, constituindo o "senso comum". As ideologias que circulam no ambiente da escola, são alimentadas, ou não, pelas contradições secundárias que vão favorecer o aparecimento de reações contrárias aos interesses dominantes.

OLIVEIRA (1978) sustenta que a Política de Formação de Professores do Ensino Superior após 1964 apresenta, no seu texto legal, o reflexo dessas contradições

secundárias. A convivência com essas contradições e com as ideologias que circulam no âmbito escolar, vai possibilitar de um lado a "emersão de consciências dos indivíduos", que passam a refletir criticamente sobre a situação escolar e contextual, e de outro lado vai confirmar o que já é sabido, ou seja, indivíduos que agem segundo o binômio "Segurança e Desenvolvimento".

Para GARCIA (1980) neste período o desenvolvimento moral e intelectual do indivíduo foi relegado a um plano inferior, uma vez que cabia ao Estado, interessado em promover a "paz social", prover o acesso à educação a uma grande parcela da população sem aumentar as despesas com o ensino. Diante disso, procurou-se racionalizar os serviços escolares, controlando estudantes e professores usando métodos pedagógicos-policiais, fortemente restritivos. Sem um planejamento adequado, a expansão do ensino não pôde atender à demanda da população, que teve suas reivindicações exploradas em campanhas eleitoreiras e demagógicas. Sem uma política de expansão planejada, capaz de atender às necessidades mínimas de ensino (material, instalações, professores), verificou-se um agravamento das condições, já deficitárias, do ensino nos três graus. Diante disso, o autor faz a seguinte indagação: "como oferecer, então, subsídios aos professores para que promovam maior conscientização dos alunos em relação a um Programa de Saúde escolar, visto que há, claramente, um jogo ideológico por trás de tudo isso"?

A divisão social brasileira reflete-se na escola, com dois modelos de ensino voltados um para o "bacharelismo ou beletismo" das classes dominantes, e outro para as classes subalternas (trabalhadores), destinada a constituir a força de trabalho do sistema de produção vigente. As duas correntes de educação procuram legitimar as diferenças de classe (GARCIA, 1980).

FREITAG (1977) aponta as intenções, previstas na legislação e no planejamento educacional após 64, de

se dar à escola a função de provedora de capital humano, destinado a promover o desenvolvimento, sem preocupar-se com o crescimento moral e intelectual do indivíduo. A finalidade ao se investir em educação era obter maior crescimento econômico, omitindo o fato de que esta utilização da educação como reprodutiva da força de trabalho não gera um desenvolvimento geral, nem se reverte em taxa de retorno individual, mas garante maior taxa de mais valia a uma minoria, favorecida pela dinamização das relações de trabalho.

O que se percebe, então, de acordo com LIMA (1985) é que a escola constituía-se num grande organismo de aplicação dos intelectuais e de sua formação. No nível elementar, tende a se confirmar então que a escola serviu de veículo e introdutor da ideologia que norteia a classe dominante.

LIMA (1985) afirma que ainda neste período a questão da saúde escolar assume os mesmos contornos da política educacional, investindo "socialmente os corpos que circunscreve em seu espaço físico e ideológico", atuando de modo a prepará-los para ocupar um lugar direto (operário ou técnico), ou indireto (intelectual), no sistema de produção vigente, fazendo com que se normalizem, ao adquirirem um senso comum que os fará aceitar as ideologias dominantes e a sua posição social, justificadas por um "sistema meritocrático de aprovação"; conferido a cada indivíduo pela sua exposição ao sistema escolar.

TEIXEIRA (1986) coloca que a conquista da cidadania é uma consequência do confronto de classes em luta pela consolidação da hegemonia, tendo o Estado como mediador. Pode-se afirmar que "o cidadão é um corolário do surgimento do capitalismo". Embora a doutrina liberal de igualdade e liberdade fosse adotada na criação do novo Estado, ainda permanecia uma ideologia reacionária e antidemocrática, que restringia estes princípios fundamentais aos

direitos civis.

Continuando, TEIXEIRA (1986) pondera que a conquista dos direitos sociais em andamento deve ser creditada à classe trabalhadora que defende a ampliação do conceito de igualdade, - de uma igualdade formal, a uma igualdade na apropriação da riqueza social. No Brasil, a conquista da cidadania se deu de "forma a fragmentar a classe trabalhadora", observando-se até 1930, a consagração de uma república essencialmente antidemocrática. O movimento operário e a pressão da classe trabalhadora como um todo provocaram a intervenção do Estado, que passou a adotar medidas de cunho regulador e assistencial, ao sabor das pressões internas ou externas.

TEIXEIRA (1986) entende que a partir de 1930 houve uma modificação na estrutura dominante, com a substituição da ordem liberal até então vigente, por um Estado modernizador, apoiado por uma coligação de frações da oligarquia e da burguesia emergente. A principal característica deste Estado era o autoritarismo, associado a uma estrutura administrativa corporativa e a um esboço político populista. E foi a partir dos anos trinta que de fato se empreendeu um projeto de reforma social estatal, embora desde 1923 já existisse a Previdência Social na forma de Caixas de Apresentadoria e Pensões.

Ainda segundo TEIXEIRA (1986) a constituição de 1946 pregava que a educação é um direito de todos, e ao Estado cabia assegurar o ensino primário gratuito para todos, organizar o sistema educacional de forma descentralizada e prover os recursos mínimos para garantir o cumprimento dos direitos instituídos. As discussões passaram a girar então em torno da questão da relação do Estado com as instituições particulares (monopólio ou não), prolongando-se até o início da ditadura de 64, quando houve um redirecionamento da política social, com a diminuição dos recursos a ela dirigidos.

No setor da Educação neste período da ditadura transparecia eventualmente, no discurso e na atuação do governo, a intenção de se usar a escola como veiculadora da doutrina econômica das classes dominantes. Assim sendo, houve uma redefinição da prática educacional em função do desenvolvimento econômico e da produção de riqueza, objetivando fundamentalmente, a expansão do capital. O desenvolvimento social seria uma consequência do progresso econômico e do crescimento do capital. A educação perdeu seu valor como bem social, adquirindo um valor de mercado, resultando na relação "produção-consumo ou produção-lucratividade" (RODRIGUES, 1982).

Para GRAMSCI, citado por LIMA (1985) a função principal da escola é a "fusão da ideologia dominante, da elaboração de uma nova moral". A função hegemônica torna-se assim uma função pedagógica, assumida pela escola, que tem um papel essencial, à medida que se tornam mais diferenciadas a divisão social do trabalho e o desenvolvimento das forças materiais de uma determinada sociedade.

A missão educativa do Estado ainda segundo COSTA (1981) é inseparável de sua função coercitiva e tem por objetivo conduzir a grande massa popular a um determinado ponto que corresponda aos interesses das classes dominantes. Ao estabelecer em cada indivíduo o conformismo social, o Estado está também atuando na coletividade, obtendo das classes subalternas seu "consentimento" e colaboração "espontâneos" nos modos de pensar, de agir e de viver. É aí que vão se desenvolver determinados mecanismos gerais, concretos, técnicos de dominação, que possuem tecnologia e história e se relacionam com o poder mais geral constituído pelo Estado.

2.2. SAÚDE

Ao se falar em saúde no Brasil, mister se faz mencionar a Europa, onde se foi buscar as propostas de higiene para o nosso País.

Segundo COSTA (1981), o crescimento acelerado das cidades industriais européias teve como consequência a degeneração das condições de vida da classe trabalhadora, que viu-se submetida a condições sub-humanas de moradia, de jornada de trabalho, de exploração de mão-de-obra feminina e infantil. Isso levou à inevitável especulação acerca das interferências e ascendências desses e de outros fatores, tais como a nutrição sobre a saúde.

Tal como se viu em educação a intervenção do Estado, desenvolveu certos mecanismos gerais, concretos e técnicos de dominação.

BOLTANSKI, citado por COSTA (1981), diz que as questões relativas à saúde estão atreladas a esse conjunto de mecanismos e práticas que visam o comportamento "racional" frente à doença. Sendo assim, tirou-se da Educação para a Saúde o conceito simples de "prática de educação sanitária", ou seja, um meio destinado a combater os "preconceitos e a ignorância do público", e deu-se-lhe uma face nova, onde o objetivo era nortear, "enquadrar, controlar gestos, atitudes, comportamentos, hábitos e discursos das classes subalternas". Segundo COSTA (1981) este objetivo seria enfim, alterar o "modus vivendi" da classe oprimida. Coloca ainda que puericultura e as disciplinas ligadas aos "problemas de higiene e saúde" entrelaçam-se com a pedagogia da boa higiene e seu desenvolvimento no final do século XVIII está ligado ao esforço de moralização e subordinação das classes subalternas.

BOLTANSKI, citado por COSTA (1981), diz que a preocupação com a saúde está ligada ao desejo de se prom-

mover a subordinação da classe operária à educação higiênica e à moralidade estabelecida pelo Estado. Para conseguir isso o Estado estabeleceu o papel social da mulher, colocando-a como "instrumento privilegiado de civilização da classe operária", responsável pelo cuidado da família e do lar. Assim, a habitação passou à condição de espaço sanitário, perdendo o caráter de reduto de rebelião dos grupos revoltados, com isso quis-se eliminar o núcleo das epidemias e das agitações operárias que periodicamente ameaçavam as cidades industriais.

Segundo COSTA (1981) no Brasil, o movimento higienista com a moralidade sanitária surge no século XIX. A transformação político-econômica do princípio do século, marcada pela ascensão social de uma classe dominante, com ideais burgueses e capitalistas que, na tentativa de assimilar a ordem social européia, é acompanhada de perto pelo discurso médico sobre higiene, que tenta controlar o ambiente colonial e a educação sanitária das elites.

Entendia a higiene sanitária que a boa saúde urbana dependia do bom estado da água e do ar, que eram vitais para o organismo humano. A deterioração desses dois elementos podia ser nociva e letal ao homem. Desse modo cabia à medicina reverter a desorganização e o mau funcionamento da sociedade (considerados causas das doenças) atuando sobre os "componentes naturais urbanísticos e institucionais" anulando qualquer perigo existente. À higiene integraram-se a Estatística, a Geografia e a Topografia, transformando-as em Ciências Sociais e instrumentos de planejamento urbano. Mudanças foram feitas: o hospital, órgão de assistência aos pobres, virou "máquina de curar"; os loucos foram enclausurados nos hospícios. A higiene tornou-se, enfim, detentora do poder da cura e do controle das doenças. Qualquer alternativa ou resistência a isto era considerada ignorância do povo ou má fé de charlatões (MACHADO 1978).



A família colonial brasileira, segundo COSTA (1981), impregnada dos ideais burgueses, foi alvo privilegiado da estratégia de controle higiênico. A moralidade sanitária inspirou a educação higiênica imposta à família brasileira, inculcando-lhe o culto à saúde e alterando os velhos hábitos coloniais. A educação física, moral, intelectual e social eram dirigidas principalmente às crianças e visavam sobretudo "Europeizar" os costumes e urbanizar os hábitos. As famílias foram incentivadas a preservar o convívio íntimo e exclusivo entre pais e filhos, tirando da religião a responsabilidade pelo desenvolvimento físico e sentimental dos filhos.

Ainda segundo COSTA (1981) ao tentar criar um corpo organicamente saudável, robusto e harmonioso, a educação higiênica incentivou as ideologias racistas e os preconceitos sociais ligados a ela. Ao transformar as qualidades físicas e sociais de seus indivíduos em emblema de uma classe social, a educação higiênica permitiu a exploração, em nome de uma superioridade racial, de todos aqueles que, por suas características étnicas ou por péssimas condições econômicas, não se enquadrassem ao modelo anatômico construído. A pedagogia higiênica do século XIX não interessavam os negros, mestiços, ciganos e toda sorte de vagabundos e desclassificados. Estes eram entregues à polícia, aos asilos e às prisões, continuando submetidos aos instrumentos de coerção do Estado.

MELO (1981) diz que nessa época a doença estava ligada à pobreza e à exploração do trabalho das classes trabalhadoras. As doenças e epidemias que se alastravam nesse período eram atribuídas a miséria e ignorância das classes dominadas.

O autor acima citado diz ainda que, com o desenvolvimento da Bacteriologia e com a consequente explicação de várias doenças pela Epidemiologia, a idéia de higiene se difunde amplamente. Nesse período conhecido por

"era pasteuriana" ou "Revolução Bacteriológica", os estudos sobre doenças contagiosas prosseguem agora sem considerações ou reflexões sobre políticas sociais. A Puericultura surge então como veículo de dominação das classes trabalhadoras pelas classes dominantes. A higienização familiar, a do trabalho, e a do ambiente social e físico torna-se uma necessidade. BOLTANSKI citado por MELO (1981) diz que a era pasteuriana deu à higiene uma "missão civilizadora", extrapolando sua função primeira, passa a higienizar também as teorias sociais e humanas.

Despidos de críticas sociais, sem preocupações com reflexões políticas, os estudos das doenças podiam prosseguir "cientificamente" seu caminho.

A década de vinte trouxe o "movimento sanitárta" mais científico e técnico do que o "movimento higienista". Reformas sanitárias e educacionais foram feitas nos Estados procurando-se unir a luta pela gratuidade e universalização do ensino à luta pela instalação de centros e serviços de saúde mantidos pelo Estado (MELO, 1981).

Para o autor a assimilação dessas idéias pelo Estado dependia da maneira como se daria a luta pelo poder entre as várias facções da classe dominante.

Continuando, MELO diz que desde 1925 o Instituto de Higiene de São Paulo vinha formando intelectuais para atuarem no campo da saúde pública e procurar por em prática a política de saúde no interior do Estado. Nessa base a educação estava ligada ao Ministério e Secretarias de Educação e Saúde Públicas, limitando-se às escolas e aos centros de saúde e campanhas sanitárias. As questões ligadas à saúde do trabalhador ficavam na dependência da política traçada pelo Ministério e Secretarias de Estado do Trabalho.

De acordo com COSTA (1981) a fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental por GUSTAV RIEDEL em 1923 foi uma das mais significativas provas do apoio dado pelos

higienistas à ideologia eugênica. O que foi confirmado em 1929 com a realização do 1º Congresso Brasileiro de Eugenia. Neste encontro foram debatidos temas como: "o movimento eugênico moderno; tipos de população, feminismo e raça, educação moral e eugenia, consciência da responsabilidade eugênica na família e nos locais de ensino; educação sexual e eugenia; esterilização dos tarados e dos criminosos em nome da eugenia; regulamentação eugênica do casamento, (envolvendo idade, consaguinidade, mistura de raças, estado físico e mental) exame pré-nupcial e atestado médico e controle dos nascimentos; luta contra os venenos da raça, mortalidade infantil, fiscalização da imigração; estatísticas dos chamados pelos eugenistas, "tarados do Brasil": cegos, surdos-mudos, débeis mentais, epiléticos, toxicômanos, alienados e vagabundos.

MELO (1981) diz que muito embora a saúde e a educação tivessem sido privilegiadas nessa época, estavam sujeitas às relações de disputa pelo poder após a Revolução de trinta.

COSTA (1981) assinala que o pensamento eugenista achava-se extremamente ligado às conveniências políticas da década de trinta. Procurando justificar o regime autoritário, elaborou projetos de higienização visando sufocar não apenas as doenças, mas toda forma de oposição social.

FONTENELLE, citado por COSTA (1981), diz que o esforço eugenista teria de fazer-se sentir através da ação restritiva ou negativa e da ação construtiva. A ação restritiva apontava as três principais providências a serem tomadas: a segregação, a esterilização e a regulamentação dos casamentos. A ação construtiva eugenista compreendia sobretudo a educação higiênica e a divulgação dos princípios de eugenia e hereditariedade. A cooperação entre a ciência e a educação, a propaganda e a legislação eram indispensáveis para levar adiante o projeto higiênico. A ha-

bitação, a ocupação do espaço urbano, os hábitos higiênicos etc., deveriam ser submetidos a um rigoroso controle a fim de se garantir a tranquilidade social.

BARRETO, também citado por COSTA (1981), destacava que a prática da eugenia evitaria o casamento de doentes mentais e preveniria o surgimento de patologias, esclarecendo que para isso seria necessário usar o recurso da esterilização.

O fim do Estado Novo e a derrota do fascismo determinaram mudanças na educação higiênica, transformando-a em "dispositivo técnico e político". Os intelectuais higienistas diante dos eventos democráticos empunharam a bandeira do sanitarismo, abandonando as utopias pedagógicas e adotando técnicas de auxílio às ações de combate sanitário e campanhas de saneamento, - por ameaça de doenças com grande extensão de área endêmica - modificando os hábitos e costumes das populações. Nesse sentido, a educação confundiu-se também com tentativa de regulamentação e automatização das atitudes da população. (COSTA, 1981).

MELO (1981) diz que um acordo firmado entre os Estados Unidos e o Brasil em 1942, abriu novas perspectivas para a educação sanitária no país. A fim de facilitar a exploração segura da borracha e de minérios, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que visava a organização de uma infra-estrutura médico-sanitária de atendimento ao homem do campo. A necessidade de se educar o agricultor, na utilização de novas técnicas agrícolas para aumentar a produção deu novo impulso a educação rural.

MELO continua dizendo que a criação do SESP deu mais ênfase ao modelo americano de saúde pública. Não só os profissionais da área médica, mas também os cientistas sociais foram especializar-se nos Estados Unidos, trazendo novos métodos e técnicas educacionais, destacando-se o uso de recursos áudio-visuais, o desenvolvimento e organização de comunidades e a educação de grupos. O Desen-

volvimento e Organização da Comunidade (D.O.C.) trouxe a participação ativa do indivíduo na formação de grupos.

Segundo ALVES, D. (1987), como reflexo das pressões sociais ocorre um crescimento no setor saúde. Em 1960, o Ministério da Saúde absorve o SESP, agora transformado em Fundação. A atenção desse Ministério volta-se para a saúde coletiva, materializada no desenvolvimento de programas específicos como os de combate à malária, febre amarela, tuberculose, entre outras.

Para ALVES D, (1987), apesar desse crescimento, até o final do populismo, o setor saúde beneficia apenas algumas camadas da população urbana diretamente ligadas aos setores terciários - comércio, finanças, administração - e ao secundário (indústria), sendo que as camadas do setor primário passam a ser assistidas somente a partir de 1963, com a lei que institui o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural - FUNRURAL.

RIOS (1962) diz que ao Serviço Social vieram juntar-se a educação e a saúde, enquanto práticas de intervenção social, o que fez com que estas se destacassem no período de 1942-1964.

No entender de TEIXEIRA (1986), quando a plenitude de direitos universais não é alcançada pelo cidadão, estando os direitos previdenciários condicionados à participação do indivíduo no processo de trabalho, e o próprio direito à educação não é assumido pelo Estado, a questão social é encaminhada para instituições de caráter assistencial. Estas instituições têm origem na atuação de grupos de voluntários e religiosos, cabendo ao Estado a função repressora da pobreza. Paulatinamente o Estado se envolve com estas instituições, assumindo o papel de patrocinador ou fiscal. No Brasil, a organização do Serviço Social e da Legião Brasileira de Assistência (LBA), datam de 1938, consolidando-se em 1942 com o seu desenvolvimento como órgãos de colaboração com o Estado. À LBA e ao Departam-

mento Nacional da Criança (ligado ao Ministério da Saúde), cabia a tarefa assistencial na década de quarenta. A estes dois órgãos vieram juntar-se o Serviço Nacional Aprendizagem Industrial (SENAI), em 1942, e o Serviço Social da Indústria (SESI), em 1946, com o objetivo de envidar esforços públicos e empresariais no trabalho de promoção social.

Para TEIXEIRA (1986) a atuação do Estado na tarefa assistencial tem um caráter paternalista e repressor nesta época, adotando uma atitude benevolente para com as disfunções que a comunidade não logra solucionar.

Nas décadas seguinte, ainda segundo TEIXEIRA (1986), o quadro manteve-se inalterado, com a assistência social considerada como "benefícios prestados aos pré-cidadãos".

Para abordar algumas das ações de Saúde Pública empreendidas no Brasil é conveniente destacar alguns aspectos das políticas de saúde vigentes nas épocas respectivas.

LANDMANN (1986) cita que se o sistema de saúde em vigor é uma aglutinação de interesses políticos e financeiros, despreparado para trabalhar com os problemas de saúde que afetam a população, em contrapartida encontra-se muito bem organizado para administrar os lucros auferidos com a indústria médica. À população cabe esperar por uma "atenção impessoal e freqüentemente grosseira".

A reformulação política assistencial no país, partindo da educação em saúde, e chegando à relação lar-escola-comunidade, de acordo com o autor acima citado, deve ocorrer numa ação conjunta entre a educação, o setor saúde, e os Ministérios da Saúde, da Previdência Social e da Educação e participação ativa da população; não se admitindo ações paliativas tal como o descredenciamento de hospitais coniventes com fraudes.

Para LANDMANN (1986) é urgente a criação de um Sistema Nacional de Saúde unificado e descentralizado

que congregue todos os órgãos de saúde, quer dos ministérios e das autarquias, quer dos estados e municípios. A centralização põe impecilhos à racionalização e regionalização, dificulta a determinação de prioridades e o aumento da cobertura, acarretando ainda a elevação dos custos assistenciais.

Segundo o entendimento de ILLICH (1975) "a medicalização da vida aparece como parte integrante de sua institucionalização industrial". As conseqüências indesejáveis dessa medicina, aparecem como um aspecto ilustrativo do momento crítico presente, que atua sobre empreendimentos maiores. A educação produzida pelas escolas, e os tratamentos produzidos pela medicina são o produto de um sistema que exige um alto investimento de capital, tanto para recursos materiais quanto para a formação de recursos humanos.

Prosseguindo ILLICH (1975) afirma que os debates políticos em torno da saúde, voltam-se invariavelmente para o acesso da população aos cuidados médicos. Aos partidos políticos interessa atender às aspirações de seus eleitores, promovendo a organização dos serviços de saúde, a fim de estender a assistência médica igualitária a toda sociedade. A idéia de redução dos recursos médicos alocados para o funcionamento do aparato médico, é violentamente rechaçada com o argumento de que os pobres serão os primeiros a sofrer com a falta de assistência, enquanto os ricos permanecerão alheios para o processo de iatrogênese social.

Tudo isso, segundo DONNANGELO (1976) traz à tona novamente as discussões sobre a ideologia e interesses da classe dominante aplicados à prática médica, ou seja: o controle da produção e distribuição da medicina pelo capital; o uso de uma tecnologia altamente sofisticada e de medicamentos industrializados, atendendo a interesses de setores capitalistas industriais da saúde; a carga ideológica passada pelo Estado, apontado como representante do

bloco hegemônico na prática da medicina, e a atuação de intelectuais nessa doutrinação médica.

DONNANGELO (1976), analisando o aspecto da saúde coletiva da população, afirma que a medicina participa do processo de acumulação, através de sua vinculação à estrutura econômica, particularmente com o momento da produção. Sintetizando, a medicina, ao proporcionar a melhoria das condições de saúde dos trabalhadores, colabora no processo de produção da mais-valia, uma vez que ela possibilita que se obtenha um máximo de produtos em menor tempo de trabalho, com a conseqüente redução de custos.

À medicina, continua DONNANGELO (1976), não interessa o "domínio dos quadros organizativos da economia, mas a definição permanente de um nível de produtividade". A energia proletária é o objetivo primeiro da medicina, que procura a regularização da capacidade de produção, apoiando-se nas normas de trabalho como um ponto de referência mais confiável que um valor biológico ou psicológico mensurável. Como a sociedade dá ao trabalho um caráter biológico, o processo de trabalho médico estaria baseado na exigência econômica de se proceder à reprodução da força de trabalho.

O papel da medicina no conjunto de relações das classes, afirma DONNANGELO (1976), aparece mais intensamente no quadro atual, quando a máxima "direito à saúde", transformou-se em instrumento de manipulação político-ideológico. No entanto, desde que não se admita alienação econômica e político-ideológica, torna-se possível uma reestruturação da prática médica, como inseparável do arcabouço econômico das sociedades capitalistas.

Comentando o conceito de "saúde para todos", DIAS (1980) assinala que a saúde para todos deve ser um dos objetivos do desenvolvimento econômico, e não apenas um dos meios para se atingir tal desenvolvimento. A compreensão desse conceito exige em última análise, uma educação que

permita ao indivíduo apreender o significado da saúde para sua vida.

A atenção médica e os serviços de saúde pública devem ser constantes, ampliando paulatinamente sua atuação no âmbito da sociedade, que precisa ser assistida por um serviço médico de base, apoiado por serviços de tratamento mais especializados. Desse modo, a "saúde para todos" é o resultado da ação conjunta da educação, da indústria e das comunicações, e do esforço da área médica e da saúde pública. A melhoria da qualidade de vida da população não depende apenas da assistência médica, mas é resultado principalmente de uma política voltada para o desenvolvimento individual e coletivo, que estimule o cidadão na realização de suas aspirações.

Na visão de NOVAES E ZUCCOLOTTO (1985) não deve haver um fracionamento dos programas de saúde para a população carente, o que poderia acarretar uma visão distorcida dos principais problemas existentes, em consequência de uma situação social desfavorável. Louvável seria uma política de unificação, que atuando no meio social da população, fortalecesse o setor de saúde, definindo metas a serem traçadas na busca de objetivos a serem atingidos.

MERLY (1985) observa que as práticas médicas realizadas em favor do "coletivo", passam a integrar o conjunto de práticas coletivas de saúde. Em outras palavras, quando o cuidado médico assume aspecto de medida sanitária, busca o "coletivo" representado pelos indivíduos. Ao se tomar o coletivo como exterior aos indivíduos, restringindo-se ao estatuto de meio externo, as práticas sanitárias transformam-se em práticas científicas, que preocupam-se com a saúde e bem-estar de uma coletividade.

No Brasil, ainda segundo MERLY (1985), como nos países capitalistas, a efetivação dessas práticas verifica-se a partir dos rumos determinados pelos interesses dos grupos econômicos que detêm a hegemonia, e que têm o

Estado como parceiro no processo de dominação. Disso inferre-se que os técnicos em Saúde Pública, e os médicos de um modo geral, são coniventes com este processo dominação/subordinação, que não atende às propostas de valorização da saúde individual e coletiva que têm por objetivo o bem-estar e o desenvolvimento intelectual da sociedade.

2.2.1. Generalidades sobre saúde no Brasil, da Colônia aos nossos dias.

LIMA (1985) diz que a partir de meados do século passado o interesse do Estado no combate à pestilência explica-se pelo desenvolvimento econômico do ciclo do café e pela extensa rede escolar que consumia grandes somas do orçamento estadual. Na lavoura o saneamento se faz necessário pelo alto índice de doenças infecto-contagiosas que ameaçavam a mão-de-obra braçal, o transporte e as atividades de comércio e a exportação nas cidades e nos portos.

A expansão da lavoura cafeeira trouxe consigo uma gama de doenças como a úlcera de Bauru, o tracoma, o bócio e outras que pontuaram nas rotas de desenvolvimento do café. A ancilostomíase, as doenças infantis e o parto faziam inúmeras vítimas e o que se verificava era um número elevado de mortalidade geral, uma excessiva mortalidade infantil e uma baixa expectativa de vida para o recém-nascido. Porém a preocupação dos médicos no início deste século era o combate à sífilis, ao alcoolismo, à tuberculose e à mortalidade infantil, concentrando-se na realidade urbana mais afeta aos grandes centros. Dentre tais médicos destacam-se Moncorvo Filho, conhecido como o fundador da pediatria brasileira e Clemente Ferreira, ligado à luta antituberculose no Brasil.

O Instituto Manguinhos no Rio de Janeiro, foi criado a partir do receio de que a peste bubônica se alastrasse e interrompesse as atividades econômicas do comércio. De 1900 a 1910 rompeu a grande obra de saneamento no Brasil.

Segundo COSTA (1981) no Rio de Janeiro, a partir de 1903, a polícia sanitária fez várias incursões nos bairros pobres do centro da cidade. Foram fechadas e demolidas casas de cômodos, estalagens, barracões, moradias quase que inabitáveis, onde amontoavam-se pessoas avessas às regras de higiene, rebeldes a qualquer medida de asseio e que se constituíam em ameaça à vizinhança e em foco de atração e de acesso a moléstias contagiosas.

No dizer de LUZ (1982) Oswaldo Cruz tem uma forma peculiar de ver a interferência política na sociedade, adotando um modelo científico com uma origem definida. A fundação do Instituto Manguinhos deu início a várias campanhas para erradicação ou controle de doenças contagiosas, e marcou o advento de uma nova proposta política para a sociedade, inspirada nos ideais de Oswaldo Cruz. Graças a ele foi feita a reestruturação dos serviços de Saúde Pública no País; criou-se uma regulamentação centralista e unitária; procedeu-se à reorganização sanitária dos portos, bem como à catalogação da fauna e flora da região centro-oeste, pesquisa das doenças endêmicas e epidêmicas da população dessas regiões.

Segundo LIMA (1985), o século XX abriu espaço para a tecnologia e para os especialistas. As classes dominantes, alicerçadas no ideal burguês, lançaram mão dos dispositivos de higiene para estabelecer o controle do comportamento das classes subalternas. Interessava aos dirigentes a fiscalização dos portos, a preservação da força de trabalho e o estabelecimento da eugenia (superioridade racial). A "missão civilizatória" da higiene ocupava o espaço que lhe era reservado.

COSTA (1981) diz que nesse momento a estratégia da higiene foi estabelecer o controle sobre uma população extremamente refratária, hostil mesmo a qualquer medida sanitária. Para a higiene era imperioso dominar e submeter os agitadores e os estrangeiros cujas ideologias não se coadunavam com o ideal por ela traçado. As reações contrárias provocadas pela ação da polícia sanitária dirigida por Oswaldo Cruz, dando continuidade às reformas empreendidas por Pereira Passos no Rio de Janeiro, vieram confirmar o pensamento da classe dirigente de que era necessário proceder a tutela e o controle das massas populares. Diante dessa reação o projeto higiênico buscou justificar a necessidade da prática do controle social. A fim de se efetivar a vigilância sobre atitudes e moralidades dos habitantes das casas populares, foram ditados preceitos e regras higiênicas relativas à habitação. Dessa forma, às tarefas da polícia sanitária de combate à febre amarela, à varíola, à tuberculose entre outras enfermidades, acrescentou-se a tarefa de normalização da arquitetura, do espaço urbano e da fiscalização das camadas mais baixas da população. Na verdade esta atitude traduziu mais um ato de sentido político que social: era preciso afastar dos centros comerciais e de algumas moradias a vizinhança perigosa dos casebres.

Segundo MENDES JR. & MARANHÃO (1979), citados por COSTA (1981), esta "disciplinalização" segundo consta nos Relatórios dos Distritos Sanitários (1909), provocou a diminuição do número de moradias e aumento no preço dos aluguéis, incentivando a ocupação dos morros e subúrbios da cidade. Em São Paulo estas medidas tomaram forma nas leis municipais de 1897, 1900 e 1908, que estimulavam a construção de vilas operárias "baratas e saudáveis em áreas pouco povoadas..."

Citando ROSEN (1980), MELO (1981) diz que a política social não era da competência do Estado nas primeiras décadas. Com o advento da "era pasteuriana" surgiram

os primeiros dispensários para doenças específicas e o cuidado de se educar para prevenir. Preocupados com a pobreza e a miséria da população imigrante, os socialistas propuseram a criação de Centros de Saúde, nas grandes cidades dos Estados Unidos, que iriam funcionar como núcleos propagadores de medidas preventivas e educativas para a saúde, medidas que também foram adotadas no Brasil.

A criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) para os empregados das empresas de estradas de ferro, através da Lei Eloy Chaves em 1923, patenteou as contradições da política social existente. Restringindo-se a uma categoria e ampliando o conjunto de benefícios através da assistência médica aos trabalhadores, excluía grande parte da população rural e urbana, que viu-se obrigada a organizar-se e a pressionar o Estado a fim de obter os mesmos benefícios (TEIXEIRA, 1986). A Lei Eloy Chaves garantia assistência médica, medicamentos a preços especiais, aposentadoria e pensão. Estes benefícios eram extensivos à família do segurado.

TEIXEIRA prossegue dizendo que devido à indefinição de uma política orçamentária destinada a cobrir os custos da assistência médica, este benefício viu-se a mercê das conveniências político-administrativas que ditavam as normas relativas à condição previdenciária.

MELO (1981) diz que para os setores "marginalizados" urbanos, que formam o exército de reserva da mão-de-obra, e se agrupam nas periferias das cidades foram criadas as Santas Casas e os Centros de Saúde. No meio rural, a partir do crescimento das relações capitalistas, a política social passou a atuar através de campanhas de saúde e do combate às endemias, visando a modernização das técnicas agrícolas e o aumento da produção.

Segundo COSTA (1981) a década de vinte assistiu ao fortalecimento da Educação Sanitária, que encontrou campo para seu crescimento no aparelho estatal e na

área cultural. As epidemias e a miséria urbana que deram origem à crise sanitária de 1918, foram abafadas por meio da legislação higiênica e da eloquência moralizadora da década de vinte. Prova desse poder moralizador e influência dos ideais de higiene foi a criação do Departamento Nacional de Saúde em 1923, que ampliou o campo de atuação da higiene. Além dos serviços de profilaxia de doenças transmissíveis e o saneamento dos portos, a legislação higiênica buscava ainda a educação sanitária da população através da difusão de conceitos de higiene pessoal e limpeza, o exame médico de imigrantes e demais passageiros que se dirigissem ao país, o controle e isolamento de leprosos, tuberculosos e portadores de doenças venéreas, além de preocupar-se com a saúde infantil, com o trabalho da criança e da mulher grávida, e com o problema da habitação popular.

Em 1923 foi realizado o 1º Congresso Brasileiro de Higiene que deu origem a uma série de outros encontros realizados em 1924, 1926, 1927 e 1929. Nessas reuniões, os principais vultos da higiene social tomaram para si a tarefa de lutar contra o liberalismo dos ideais igualitários, a promiscuidade e a decadência urbanas, visando a defesa e preservação da coletividade. Desse modo a criança, o imigrante e as "raças inferiores" tornaram-se os principais objetivos da ação higiênica. Tem-se assim início do culto ao eugenismo no Brasil. (COSTA, 1981).

Para TEIXEIRA (1986) a trajetória previdenciária que marca até os dias atuais, começa a partir da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) na década de trinta. "À época dos IAPs consolidou-se um padrão de discriminação da classe trabalhadora em termos de distintas cidadanias, desde a condição de pré-cidadãos a que ficou relegada a população rural e a maioria da urbana, até a concessão de benefícios diferenciados em função do poder de barganha de cada categoria ocupacional vinculada à Previdência".

BASTOS (1968), citado por TEIXEIRA (1986), diz que a constituição de 1934 é a primeira a determinar as atribuições específicas do Estado na área da saúde e assistência social e quanto ao exercício das profissões liberais e técnico-científicas, estabelecendo garantias na legislação trabalhista, de assistência médica ao trabalhador e à gestante. Repassava ainda à União, aos Estados e Municípios a responsabilidade na luta pelos ideais eugênicos defendidos no I Congresso Brasileiro de Eugenia.

O autor acima citado diz que à União competia também a organização do serviço nacional de combate às grandes endemias, cabendo-lhe a tarefa de custeio e direção técnica, cumprindo-lhe o amparo à maternidade e à infância. Para a observância dessa legislação foi destinado 1% das rendas tributárias à União, aos Estados e Municípios.

Em 1937, a Constituição do Estado Novo limitava a área de competência citada acima, determinando à União legislar sobre as normas ligadas à saúde, especialmente à saúde infantil; aos Estados atender às necessidades locais quanto a assistência pública, "obras de higiene, casas de saúde, estações de clima e fontes medicinais"; aos municípios cabia a administração dos cemitérios. A legislação trabalhista garantiu a assistência médica ao trabalhador e à gestante proporcionando-lhe o repouso antes e depois do parto, determinando ainda que só os brasileiros natos ou naturalizados tinham direito ao exercício das profissões liberais. (TEIXEIRA, 1986)

A Constituição de 46 segundo TEIXEIRA (1986) determinou à União a organização da defesa contra as grandes endemias, a "legislação sobre seguro e previdência social" e sobre cuidados e proteção à saúde e o exercício de profissões. Aos municípios foi dada autonomia para organização dos serviços de saúde e assistência. A Constituição ainda garantiu o direito à assistência sanitária, hospitalar e preventiva ao trabalhador e à gestante. Tornou obri-

gatória a assistência à maternidade, à infância e à adolescência, assegurando ainda os vencimentos integrais na aposentadoria de funcionários vitimados por acidentes ou doenças profissionais, contagiosas ou incuráveis.

Para MELO (1981) nos anos sessenta uma sociedade dinâmica, moderna em ritmo contínuo de transformações reclamava a participação do trabalhador no processo acelerado de desenvolvimento econômico. Assim em 1967 surgiram os movimentos de educação de adultos, reformulando o conceito de "homem pronto, acabado", e incorporando a idéia de reeducação e mudança do indivíduo. O autor concorda com Paiva quando este declara que a educação de adultos serviu a fins eleitoreiros, na busca do respaldo popular para a política populista. No entanto, reconhece também a necessidade do preparo da mão-de-obra especializada para indústria pesada, e da modernização da agricultura através da educação rural.

A Constituição de 67, segundo TEIXEIRA (1986) determinou a organização da Polícia Federal para o combate ao tráfico de entorpecentes e a "competência da União para estabelecer planos nacionais de saúde e celebrar tratados e convênios com Estados estrangeiros e organizações internacionais" e permitiu a colaboração entre entidades religiosas e o Estado. A organização dos serviços públicos locais foi assegurada aos municípios, facultando à União, aos Estados e aos Municípios a arrecadação de taxas pela utilização desses serviços. Garantiu aos trabalhadores o direito à assistência sanitária, hospitalar e médico-preventiva, através da previdência social.

TEIXEIRA (1986), continua dizendo que a Previdência Social no Brasil "não alcança universalizar a cidadania, mas sim agregar distintas cidadanias", abrigando desde sua origem um modelo contraditório de seguro social, onde o trabalhador financia os benefícios assistenciais e o Estado se isenta da garantia legal, financeira e institu-

cional.

No Estado autoritário após 1964 a Previdência Social foi marcada pela "extensão da cobertura previdenciária" que abrangia a quase totalidade da população urbana e parte da população rural. "A partir de 1973 foram incluídas as empregadas domésticas, os trabalhadores rurais, os trabalhadores autônomos etc". Outro ponto a ser destacado foi a modernização da máquina estatal voltada para as questões de política social. A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS, 1966) marcou o início deste período fortalecido em 1974 com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), do Conselho de Desenvolvimento Social, do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social e do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdenciária Social (INAMPS). A criação de novos mecanismos de poupança compulsória como o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), do Programa de Integração Social (PIS) e do Programa de Formação do Patrimônio do Serviço (PASEP), tirou da Previdência sua função de capitalização. Essa modernização administrativa acarretou uma crescente especialização de cada órgão, ao mesmo tempo que uma intensificação da centralização e concentração dos recursos institucionais, culminando com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SIMPAS) em 1978. Nenhum desses mecanismos alterou no entanto a estrutura básica da política social brasileira que continuou amparada na instituição previdenciária, e a tentativa de se ampliar as formas de tratamento da questão social não logrou alcançar êxito. (TEIXEIRA, 1986)

Outra característica desse período, ainda segundo TEIXEIRA (1986), foi a privatização da assistência médica previdenciária o que acarretou:

- a) uma revisão da "política" nacional de saúde com o abandono de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo, em favor de uma medicina cura-

- tiva, individual, especializada e sofisticada;
- b) o monopólio de empresas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos;
 - c) o crescimento da prática médica dirigida para a lucratividade favorecendo a capitalização da medicina e o "privilegiamento do produto privado desses serviços em detrimento da rede de serviços próprios da Previdência";
 - d) a diferenciação da clientela a ser atendida em função de sua posição na estrutura produtiva.

Outro ponto deste período que merece destaque foi a solidificação da associação entre a Previdência e a política social, com a ampliação dos encargos assistenciais da Previdência em termos da cobertura e dos benefícios. A partir de 1974 este processo atingiu seu ponto máximo, quando a questão social torna-se fundamental para a ação governamental. MELO (1981) assinala que o discurso oficial procurou atrair a participação comunitária. O fim do "milagre brasileiro" determinou o surgimento de uma nova crise econômica, geradora de tensões sociais obrigando o sistema a fazer concessões e promoveu a abertura a fim de se manter no poder. "A política privatizante do INPS entra em crise".

TEIXEIRA (1986) diz que a formulação de uma política de desenvolvimento social ganhou corpo no II PND, que insistia na necessidade de uma ação que contemplasse a população mais carente, diminuindo a concentração da renda nas mãos de uma minoria privilegiada. Estratégias de expansão de serviços para a população foram traçadas, criando-se o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), definindo-se uma Política Nacional de Saúde.

Para MENDES (1984) a experiência do PIASS, serviu de base e passou a constituir a fase inicial do que seria um grande programa de medicina simplificada, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, o PREVSAÚDE. Com proposta de coordenação interinstitucional entre diver-



dos Ministérios e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, estavam criadas as condições para que a Previdência Social absorvesse as propostas da medicina simplificada.

A primeira versão do PREVSAÚDE ainda segundo MENDES (1984), surge em 1980, por força das reações do setor privado organizado e por sua origem no Ministério da Saúde, esta sofreu sucessivas revisões, todas elas no sentido de retirar as proposições democratizadoras reduzindo o referido programa a uma dimensão puramente racionalizadora, e finalmente foi arquivado.

Ainda segundo o autor acima citado, num momento de crise econômica que, por algum tempo, se transforma em problema político da maior importância para o Brasil, com repercussão na Previdência Social, faz com que o governo crie em 1981 um mecanismo institucional sobreposto ao INAMPS o CONASP. Esse Conselho (CONASP), tem por "finalidade principal estudar e propor normas mais adequadas para prestação de assistência à saúde da população previdenciária, indicar a necessária alocação de recursos financeiros ou de qualquer outra natureza e propor medidas de avaliação e controle do sistema de atenção médica. "Esse plano propõe medidas de emergência, e medidas a curto e médio prazo. A exemplo de medidas emergenciais, faz-se o remanejamento interno de recursos do setor hospitalar para o ambulatório.

Ainda, segundo MENDES (1984), a normatização da atenção médica, deixa o Ministério da Saúde e localiza-se no INAMPS instituição que concretamente, tem condições de implementar políticas, dado o volume de recursos que manipula. Esse plano ainda representa, uma proposta racionalizadora que introduz na Previdência Social, certos elementos estruturais do modelo da medicina simplificada. Como objetivo final esse plano propõe, as Ações Integradas de Saúde (AIS) que têm como princípios: a integração interinstitucional, a descentralização, a regionalização e hierar-

quização dos serviços, a prioridade às ações básicas de saúde, o planejamento da cobertura assistencial e a previsibilidade orçamentária.

O ressurgimento dos movimentos sindicais e a reafirmação do compromisso preferencial da Igreja para com os pobres, desencadeiam o comprometimento do Estado na elaboração de novas formas de intervenção social (MELO, 1981).

Outras medidas tomadas, fora da estrutura previdenciária, foram mais esporádicas que permanentes.

Em 1982 foi criado o Fundo de Investimento Social (Finsocial), administrado pela Secretaria de Planejamento (SEPLAN) e gerido pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Social (BNDES). Este fundo destina-se a assistir às populações carentes nos setores de alimentação, saúde, habitação popular, educação e amparo ao pequeno agricultor. No entanto, pela falta de uma política de ação social mais definida, há dificuldades na aplicação de tais recursos, que deve ser feito a partir da estrutura atual de execução de políticas sociais (TEIXEIRA, 1986).

A Constituição de 1988, garante em seu Art. 196: "A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

O setor saúde coloca para ampla discussão nacional, a proposta de um Sistema Unificado de Saúde (SUS), e o conjunto de ações e serviços de saúde e saneamento exercidos em todo território nacional, diretamente pelo poder público ou, em nome deste, pelos serviços contratados.

Segundo MENDES (1984) se este compromisso político for, realmente, levado às últimas conseqüências, - fruto de uma reaproximação entre Estado e Nação - o SUS operará em níveis de eficiência e eficácia desejáveis para

um governo democrático, garantindo melhores níveis de saúde à população.

2.3 SAÚDE ESCOLAR

Segundo LIMA (1985) na Europa a fiscalização das condições de saúde dos envolvidos na educação, as recomendações a respeito dos locais de ensino, e a propagação de regras de bem viver, integradas e participantes, formaram a higiene escolar dos séculos XVIII e XIX. Ainda no século XVIII há uma alteração na maneira como a medicina vinha se posicionando até então, procedendo-se a uma redefinição de princípios ligados à saúde pública, estabelecendo-se a interferência médica na comunidade e nas condições gerais de vida da população.

DONNANGELO (1976) diz que desse modo na França e na Alemanha a medicina, para diminuir as desigualdades sociais e extirpar as causas sociais das doenças, devia interferir na política e eliminar ou pelo menos diminuir as injustiças. Na Inglaterra do século passado o sanitarismo e a assistência à pobreza foram as bandeiras assumidas pela medicina. Nota-se que a "medicalização" da sociedade no século XIX estava estreitamente ligada à interferência do Estado na vida da comunidade.

Ainda na Europa, de acordo com LIMA (1985), "a individualização da educação pela higiene escolar ia ganhando um nítido caráter de classe". A formação física e moral da criança é feita com orientação da medicina, com o intuito de proporcionar-lhe uma educação compatível com sua capacidade.

Segundo LIMA (1985), no Brasil, a preocupação e interferência do Estado com relação à saúde nas escolas, começou a manifestar-se por volta de 1950. As frequen-

tes epidemias de febre amarela, cólera, varíola que grassavam na cidade do Rio de Janeiro determinaram a necessidade de se tentar um controle mais efetivo sobre essas doenças. O uso da escola como veículo de controle da epidemia, não foi ditado por nenhum motivo especial, sendo apenas um local onde se reuniam pessoas e a fiscalização ou controle eram mais exequíveis. Esta intervenção do Estado, institucionalizando a higiene escolar foi uma das primeiras medidas no campo da saúde, em benefício da criança.

Ainda segundo LIMA (1985), na educação, a grande extensão da rede escolar primária - mais formal do que real - atendia aos interesses políticos dos cafeicultores. Uma grande parte destas escolas não funcionava devido à resistência dos professores a serem lotados nestes estabelecimentos; a outra parte freqüentemente interrompia suas atividades devido ao surgimento de surtos de doenças infecciosas. LIMA ainda diz que há várias menções sobre as péssimas condições de higiene nas escolas isoladas, o que dava ensejo a que as epidemias se alastrassem.

Supondo-se que, mesmo no interior, fossem os grupos sociais mais abastados que freqüentassem as escolas, a possibilidade de doenças dessa natureza era preocupante e exigia medidas de saneamento no sentido de controlá-las, mesmo como uma auto defesa.

TEIXEIRA, A. (1980) citando DEWEY (1971), um dos teóricos mais influentes do movimento chamado escolanovismo e da educação norte-americana, diz que com sua proposta de uma escola para a vida, influenciou também na "educação para a saúde" nas primeiras décadas deste século. Acreditava-se que do mesmo modo que se tem uma educação técnico-científica destinada a habilitar o homem para o trabalho deve-se ter uma educação para a saúde que possibilite ao trabalhador manter-se sadio e produtivo.

MELÓ (1981) diz que nas primeiras décadas deste século sob esta influência norte-americana no Brasil

a "missão civilizadora" da higienização foi substituída pela "cruzada educadora", onde a escola é eleita para "preparar cidadãos aptos para a vida e para o exercício da Democracia". A Sociedade perdeu seu caráter estático e assumiu uma postura dinâmica, reivindicatória, exigindo do Estado a revisão da posição até então adotada.

No Brasil, segundo LIMA (1985), a questão da higiene escolar ganhou força a partir de 1900. Em 1903 o decreto nº 1343 atribuiu aos inspetores sanitários a fiscalização da higiene escolar. A década de dez foi marcada pela institucionalização da higiene escolar em alguns Estados brasileiros. Em São Paulo foi criada a Inspeção Médica Escolar, subordinada ao Serviço Sanitário, cuja preocupação maior era o local, tipo de construção e mobiliário dos prédios escolares. E no Rio de Janeiro foi criado o Serviço de Inspeção Sanitária Escolar cujos cuidados abrangiam desde as características físicas das construções até as moléstias físicas, mentais e infecciosas; chegando a instrução dos professores sobre estas doenças, higiene infantil e administração escolar.

Ainda segundo LIMA (1985), no final da década de dez, Arnaldo Vieira de Carvalho deu início a um curso teórico-prático de higiene e puericultura para professores e um curso de higiene escolar para médicos. Estes cursos eram anexos à cadeira de higiene da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, estes visavam o ensino da higiene escolar e da inspeção médica; preparação dos alunos da Faculdade de Medicina que desejassem seguir a carreira de médicos escolares e habilitação de enfermeiras escolares.

Em 1914 foi criada a primeira escola de Saúde Pública na John Hopkins University nos Estados Unidos. Financiados pela Fundação Rockefeller vários médicos brasileiros para lá se dirigiram entre eles o professor Geraldo Horácio de Paula Souza, que obteve financiamento para fun-

dar o Instituto de Higiene, ligado ao Departamento de Higiene da Faculdade de Medicina de São Paulo. A partir desse fato em 1918, a educação sanitária passou a fazer parte de currículos e programas de ensino para formação de professores das quatro primeiras séries do 1º grau.

Em 1915 o movimento da Escola Nova, já mencionado, provocou uma mudança no papel do educador, nas técnicas e nos métodos de ensino tornando a educação "higiênica" de acordo com as necessidades e capacidades da criança.

Como conseqüências os pontos fundamentais foram: a mencionada reforma da escola normal, que passou a incluir as disciplinas de higiene e puericultura em seus currículos, abrindo novas possibilidades de emprego aos profissionais envolvidos com a higiene; e a criação do Instituto de Higiene e dos centros de Saúde, influenciados pelo modelo norte-americano trazido pelo convênio com a Fundação Rockefeller. Com isso houve uma valorização da educação sanitária, surgindo um novo profissional - a educadora sanitária - responsável por esta cadeira nas escolas a partir desta data (MELO 1981).

COSTA diz que nos anos vinte foi consolidada a Educação sanitária. No III Congresso Brasileiro de Higiene em 1926, Moncorvo Filho enfatizava a necessidade de se introduzir modernos métodos de ensino às crianças nas escolas, notadamente no que diz respeito à higiene, puericultura e ao que ele considerava, os três maiores fatores de degradação da humanidade: a sífilis, a tuberculose e o alcoolismo; apontando ainda "a fé no serviço profissional, a vida higiênica e os casamentos eugênicos" como elementos essenciais a uma "consciência de saúde ideal". Para isso foi necessário ensinar às crianças hábitos de "moralidade" e "honestidade", "asseio", "coragem" e "verdade". Foram criados nas escolas pelotões de saúde, que deveriam cultivar além dos hábitos físicos, bons hábitos mentais de alegria,

pureza, solidariedade humana e o puritanismo. Essa preocupação higiênica não se restringia às crianças, mas buscava através delas atingir o universo familiar e social das classes dominadas.

Ao se promover a educação higiênica do povo, procurava-se na verdade, estabelecer uma sociedade onde não fosse possível a existência de "desvios" sociais e questionadores da ordem moral dominante. Assim a ideologia elitista e fascista do eugenismo foi abraçada por aqueles que desejavam por um fim aos nascimentos considerados indesejáveis, impedir a procriação dos inaptos, favorecendo a multiplicação dos mais aptos. (COSTA, 1981).

A década de quarenta registrou a presença de Carlos Sá como um dos revolucionários na estratégia da higienização escolar no país, apontando para os modelos de atuação higiênica norte-americanos. Preocupando-se com a educação higiênica até então ministrada à criança escolar, Carlos Sá fez as primeiras críticas ao eugenismo, assinando novos rumos a serem seguidos pelos higienistas. A educação higiênica procurou transformar-se em dispositivos "técnicos e apolíticos" (COSTA, 1981).

Para LIMA (1985), apesar das mudanças observadas, o objetivo primeiro da saúde escolar na década de quarenta continuou a ser o "fortalecimento moral", o aprimoramento da raça, "a formação de cidadãos produtivos e úteis à pátria". A presença médica na escola surgiu como um elo entre a moral, a inteligência e a estrutura física de cada um.

Para LIMA (1985), a partir da década de cinquenta, e tomando um impulso avassalador nas décadas seguintes, a atuação da área da saúde sobre o espaço escolar se daria, não mais como um estabelecimento de regras de vida, mas como uma ação direta e violenta no próprio modo de ser da escola. A partir de tímidos programas de ajuda internacional, como a doação de excedentes de leite em pó,

segundo LIMA (1981) a merenda escolar adquiriu "status" de "razão de ser" da escola na década de setenta, agindo como polo de atração para a criança pobre e desnutrida, e perdendo sua função básica e natural que era a alimentação infantil. Ao pregar que a desnutrição compromete o aprendizado, o discurso oficial de um estado burocrático, militarista através da exploração de riquezas, de recursos humanos e da soberania nacional, mostrava-se a serviço do capital internacional, interessado em que se mantivesse a situação de ignorância da massa popular, em favor da elite dominante.

Na atualidade a dimensão e abrangência da saúde escolar no Brasil deveriam estar "adaptadas a cada região do país, ao grau de evolução do sistema escolar nessas regiões e aos recursos que se possa mobilizar", apontando os dois segmentos principais - as Ações Integradas de Saúde, e a simplificação dos programas de assistência à saúde do educando - que atenderiam à demanda do serviço médico escolar (LIMA, 1985).

As Ações Integradas de Saúde caberia a função de diagnosticar os problemas encontrados na área de saúde, procedendo ao encaminhamento do educando à rede existente de atenção à saúde, ou seja, os centros ou postos de saúde, os hospitais públicos, os hospitais conveniados, o INAMPS, ou qualquer outro local conveniente.

O outro segmento, o da simplificação dos programas de assistência à saúde do educando, apoia-se em três bases principais: atenção odontológica, atenção oftalmológica e referência ao sistema de saúde. Os dois primeiros aspectos dependem da vontade política para sua implantação. São sistemas simplificados, geralmente compostos por um grupo de profissionais que "usam aparelhamento simples, transportável e a filosofia de delegação de função aos auxiliares". Desse modo é possível equacionar o problema oftalmológico e dentário do escolar de forma técnica.

O aspecto da referência do sistema de saúde requer a criação do agente sanitário escolar, de formação primária, treinado para executar tarefas simples como curativos e alguns diagnósticos. (LIMA, 1985).

Os 18 projetos patrocinados pela Fundação de Assistência ao Estudante, foram confrontados em seminário realizado no início de 1985 onde verificou-se um gritante descompasso de formas adotadas nas várias regiões do País. O autor acredita que um dos erros fundamentais foi a utilização de professores primários como agentes de saúde, na tentativa de baratear a execução dos projetos. Despreparados e desmotivados, os professores acabam por inutilizar um esforço de nível nacional que poderia dar bons resultados. Outro erro apontado é o realce dado à educação para a saúde com prejuízo das ações objetivas em relação a problemas já equacionados. A educação para a saúde deve fazer parte do currículo da criança, e não apenas ser objeto de um programa de saúde escolar como disciplina. O programa pode ser educativo na medida em que ensina a valorização do benefício prestado.

CUNHA (1977) tem uma visão muito especial sobre o tratamento que é dado à saúde individual do aluno nas escolas. Segundo ele, "à linguagem médica contribui, a seu modo, para que a realidade da fome seja confundida, camuflada, dissimulada". Os médicos, ao tratar um paciente, isolam-no do seu contexto, curam-no e devolvem-no ao seu ambiente natural. Ao cuidar de uma criança desnutrida, os médicos não constataam uma situação de fome causada por fatores sociais, mas apenas um quadro clínico confundindo problemas diferentes com efeitos iguais. Desse modo segundo o autor a "ciência", comprometida com o sistema não questionando as causas da desnutrição, dá seu apoio à manutenção da política de mascaramento da fome.

MOYSES (1985) afirma que a desnutrição escolar é uma consequência da política sócio-econômica, verifi-