

Algumas considerações sobre tendências pedagógicas e educação e saúde¹

Ausonia Favorido Donato^{II}

A intenção deste artigo é reconhecer algumas concepções^{III} e tendências presentes nos campos da educação no contexto da saúde.

Início pelas tendências pedagógicas, por estas constituírem-se, em minha trajetória profissional, num alvo de preocupação constante, de instigação e conseqüente questionamento. Em seguida, aponto brevemente as aproximações entre o campo da educação e da saúde, no âmbito da sua institucionalização.

Algumas questões educacionais

Esse subtítulo poderá suscitar no leitor um certo estranhamento, por parecer pretensioso, isto é, uma tarefa extremamente difícil. Por isso, desejo de antemão esclarecê-lo. Não se trata, aqui, de apresentar uma análise exaustiva e sistemática, mas, tão somente, anunciar caminhos para possível crítica de determinadas tendências existentes na área da educação em saúde. Para tanto, recorreirei ao pensamento do Professor Dermeval Saviani, que, ao interpretar a questão da marginalidade relativa ao fenômeno da escolarização, apresenta o posicionamento das teorias educacionais diante dessa situação. Convém lembrar que se trata de uma abordagem mais esquemática, apresentando apenas algumas tendências atuais e, embora muito importante, não leva em consideração a perspectiva histórica que norteia tais tendências. Pode-se dizer que, no que se referem à questão da marginalidade, as teorias educacionais podem ser classificadas em três grupos: teorias não-críticas, teorias crítico-reprodutivistas e teoria crítica²⁰. A distinção entre

esses grupos reside na forma de compreender as relações entre educação e sociedade.

As teorias não-críticas, por alguns denominadas de concepções redentoras de educação ou de otimismo pedagógico, ou, ainda, de otimismo ingênuo, concebem a educação com grande margem de autonomia em relação à sociedade e, portanto, procuram entender a educação por ela mesma. A sociedade é vista como um todo harmonioso e que pode apresentar alguns “desvios” — desvios estes que devem ser corrigidos pela Educação. Assim é, que a marginalidade é percebida como um desses desvios. A escola, por exemplo, surge dentro desta perspectiva para “redimir” os marginais, para equalizar as oportunidades sociais, enfim, para resolver os problemas da sociedade. A educação tem aqui um caráter supra-social, isto é, não está ligada a qualquer classe social específica, mas serve indistintamente a todas.

São três as Pedagogias ou Escolas que contemplam as teorias não-críticas: Pedagogia Tradicional, Pedagogia Nova e Pedagogia Tecnicista.

A seguir, exporei, muito resumidamente, as características mais significativas de cada uma, para o meu propósito.

Pedagogia tradicional

No início do século passado, surgem os *sistemas nacionais de ensino*. Esses sistemas foram originalmente constituídos sob o princípio orientador: *A Educação é direito de todos e dever do Estado*.

Assumindo o poder com a Revolução Francesa e intencionando nele se consolidar, a burguesia defende a constituição de uma sociedade democrática, ou seja, a democracia burguesa. Para ascender a um tipo de sociedade fundada nos princípios da igualdade, fraternidade e liberdade entre os indivíduos, era imprescindível vencer a barreira da ignorância. Somente assim seria possível transformar os súditos em cidadãos, isto é, em indivíduos livres porque

¹ Extraído de “Traçando Redes de Comunicação: Releitura de uma práxis da educação no contexto da saúde”. Tese apresentada ao Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública, 2000.

^{II} Educadora, mestre e doutora em Saúde Pública. Diretora do Núcleo de Formação e Desenvolvimento Profissional do Instituto de Saúde.

^{III} Segundo dicionário, concepção é entendida como uma “operação pela qual o sujeito forma, a partir de uma experiência física, moral, psicológica ou social, a representação de um objeto de pensamento ou conceito.” (grifo nosso) (JAPIASSU, H. MARCONDES, D. Dicionário básico de filosofia. 2ª ed. Rio de Janeiro, Jorge Zahar ed. 1991)

esclarecidos. Tal tarefa só poderia ser realizada através da escola.

Nesta perspectiva, a marginalidade é identificada com a ignorância ou, na nova sociedade burguesa, o marginal é o ignorante. A escola é vista, portanto, como o instrumento para resolver o problema da ignorância e, portanto, da marginalidade^{IV}. Dentro deste quadro, o papel da escola é o de transmitir os conhecimentos acumulados pela humanidade. A escola tem a intenção de conduzir o aluno até o contato com as grandes realizações da humanidade — aquisições científicas, obras primas da literatura e da arte, raciocínio e demonstrações plenamente elaborados. Esta escola realça os modelos em todos os campos do saber. O professor é o responsável pela transmissão dos conteúdos, é o centro do processo educativo. Deve, portanto, ter domínio dos conteúdos fundamentais e ser bem preparado para a transmissão do acervo cultural.

A experiência relevante que o aluno deve vivenciar é a de ter acesso democrático às informações, conhecimento e ideias, podendo, assim, conhecer o mundo físico e social. Enfatiza-se a disciplina intelectual, para o que se necessita de atenção, concentração, silêncio e esforço. A escola é o lugar por excelência onde se raciocina e o ambiente deve ser convenientemente austero para o aluno não se dispersar.

O professor tem poder decisório quanto à metodologia, conteúdo e avaliação. Procura a retenção das informações e conceitos através da repetição de exercícios sistemáticos (tarefas). Há a tendência de tratar a todos os alunos igualmente: todos deverão seguir o mesmo ritmo de trabalho, estudar os mesmos livros-texto, no mesmo material didático e adquirir os mesmos conhecimentos.

Aqui, a concepção de educação é caracterizada como produto, já que estão pré-estabelecidos os modelos a serem alcançados. Não se destaca, portanto, o processo. São privilegiadas as atividades intelectuais.

A transferência da aprendizagem depende do treino, sendo imprescindível a retenção, a memorização, para que o aluno responda a situações novas de forma semelhante às situações anteriores.

Em resumo, pode-se afirmar que nesta pedagogia há uma redução do processo educativo a, exclusivamente, uma de suas dimensões: a dimensão do saber.

Retomemos as duas ideias principais desta pedagogia: a vocação de oportunizar a todos o acesso à

escola, no sentido de transformar marginais (sinônimo de ignorantes) em cidadãos e a total autonomia da educação em relação à sociedade.

Pedagogia nova

Já na primeira metade deste século, educadores apoiados nessas ideias se põem veementemente a criticar essa Escola, a partir daí denominada Tradicional, considerando-a totalmente inadequada. Segundo esses críticos, a Pedagogia Tradicional não alcançou sua meta principal, ou melhor, nem todos os indivíduos tiveram acesso a ela, nem todos os que nela ingressaram foram bem sucedidos. E, além disso, nem todos os que foram bem sucedidos nessa escola se ajustaram à sociedade que se queria consolidar.

Dito de outro modo, esta escola falhou! Há que se mudá-la!

Surge um grande movimento, cuja expressão maior foi o chamado Escolanovismo ou Escola Nova. Trata-se, em resumo, de mudar toda a lógica da Pedagogia Tradicional. Inicialmente, o escolanovismo é implantado no âmbito de escolas experimentais.

Segundo a Pedagogia Nova, o marginalizado deixa de ser visto como o ignorante. Passa a ser o rejeitado. Alguém, segundo esta Escola, se integra socialmente não quando é ilustrado, esclarecido, mas quando se sente aceito pelo grupo.

É interessante registrar que as primeiras manifestações desse movimento se deram com crianças excepcionais e deficientes mentais, fora da instituição escolar. Lembremo-nos, por exemplo, da pediatra Maria Montessori e do médico Ovíde Decroly. Ambos preocupados com a individualização do ensino, com a estimulação às atividades livres concentradas, baseados no princípio da auto-educação. A partir dessas experiências, generalizam-se os procedimentos pedagógicos para todo o sistema educacional.

Quero salientar, também, a grande influência da Psicologia para a Escola Nova, através do uso intensivo de testes de inteligência, de personalidade, dentre outros. Por fim, não podemos nos esquecer de que princípios foram transportados quase que mecanicamente da chamada Terapia Centrada no Cliente, de Rogers^V, para a sala de aula. Daqui decorre o princípio norteador da Escola Nova: a não-diretividade e seus correlatos, como congruência, aceitação incondicional do aluno, respeito.

^{IV} Nas relações escola – ignorância - marginalidade e escola – conhecimentos acumulados, seria necessário esclarecer o que é compromisso para “superar a ignorância” ou tão somente manutenção de uma perspectiva formadora imbuída de claros interesses de classe.

^V Em Rogers C. *Liberdade para aprender*. Belo Horizonte: Interlivros; 1972.

A educação atingirá seu objetivo — corrigir o desvio da marginalidade —, se incutir nos alunos o sentido de aceitação dos demais e pelos demais. Contribui assim para construir uma sociedade em que seus membros se aceitem e se respeitem em suas diferenças.

Esta nova forma de entender a Educação, como já dissemos, leva necessariamente a uma mudança, por contraposição à Pedagogia Tradicional, nos elementos constitutivos da prática pedagógica. Assim é que o professor deixa de ser o centro do processo, dando o lugar ao aluno. O professor deixa de ser o transmissor dos conteúdos, passando a facilitador da aprendizagem. Os conteúdos programáticos passam a ser selecionados a partir dos interesses dos alunos. As técnicas pedagógicas da exposição, marca principal da Pedagogia Tradicional, cedem lugar aos trabalhos em grupo, dinâmicas de grupo, pesquisa, jogos de criatividade. A avaliação deixa de valorizar os aspectos cognitivos, com ênfase na memorização, passando a valorizar os aspectos afetivos (atitudes) com ênfase em auto-avaliação.

Desloca-se o eixo do ato pedagógico do intelecto para o sentimento, do aspecto lógico para o psicológico. Em resumo, as *palavras de ordem* da Pedagogia Tradicional são alteradas. Desta forma, esforço, disciplina, diretividade, quantidade passam a *interesse, espontaneidade, não-diretividade, qualidade*. Há, também, em decorrência desse ideário, uma mudança no “clima” da escola: de austero para festivo, alegre, ruidoso, colorido. Reduz-se, assim, o processo de ensino a uma de suas dimensões — a dimensão do saber ser.

É preciso assinalar que este tipo de Escola, devido ao afrouxamento de disciplina e à negligência com a transmissão de conteúdos, além de não cumprir o objetivo a que se propunha — tornar aceitos os indivíduos rejeitados — prejudicou os alunos das camadas populares que têm nela o único canal de acesso ao conhecimento sistematizado.

Acentuou-se o problema da marginalidade.

Pedagogia tecnicista

Diante da constatação de que também a Escola Nova não cumpre seu objetivo, há que — mais uma vez — mudar-se a escola!

Agora, não se percebe o marginalizado como o não informado (Pedagogia Tradicional), tampouco como o rejeitado, o não aceito (Escola Nova), contudo, marginalizado passa a ser sinônimo de

incompetente, ineficiente, de improdutivo. Temos, como consequência, que as principais premissas desta Pedagogia passam a ser *a eficiência, a racionalidade e a produtividade*. O centro do ensino não é mais o professor, nem mais o aluno, mas as técnicas. Daí o nome desta Pedagogia: tecnicismo ou escola tecnicista. Partindo dela, reorganiza-se o processo educativo no sentido de torná-lo objetivo e operacional. As escolas passam a burocratizar-se. Exige-se dos professores a operacionalização dos objetivos, como instrumento para medir comportamentos observáveis, válidos porque mensuráveis, porque controláveis.

Dissemina-se o uso da instrução programada (auto-ensino), das máquinas de ensinar, testes de múltipla-escolha, do tele-ensino e múltiplos recursos audiovisuais.

A Tecnologia Educacional, por coerência, é a grande inspiradora da Pedagogia Tecnicista. Esta pedagogia é sustentada por um dos paradigmas da Psicologia: o behaviorismo ou comportamentalismo.

Os behavioristas ou comportamentalistas valorizam a experiência ou a experimentação planejada como a base do conhecimento. Skinner pode ser considerado como um dos principais representantes da “análise funcional” do comportamento. Segundo ele, “uma análise experimental do comportamento humano deveria, por natureza, retirar as funções anteriormente atribuídas ao homem autônomo e transferi-las, uma a uma, ao ambiente controlador”²² (p. 155).

O tecnicismo é também suportado pela informática, cibernética e engenharia comportamental.

Correndo o risco de redundar, assinalo que, mais uma vez, o papel do professor é alterado: de transmissor de conteúdos e centro do processo na Pedagogia Tradicional, passando a facilitador da aprendizagem do aluno, que é centro, na Escola Nova; agora, no tecnicismo, é um arranjador das contingências de ensino. Há muitos incentivos e recompensas às atividades desenvolvidas pelos alunos, levando a uma grande competitividade entre eles.

Reduz-se aqui o processo educativo a uma de suas dimensões: a dimensão do saber fazer.

O tecnicismo, tendo rompido com a Escola Nova, acentua ainda mais o caos no sistema de ensino.

Claro, esta Escola também não conseguiu atingir sua grande meta: transformar os marginalizados em indivíduos competentes, produtivos, para atuar no mercado. A simples razão para esse fracasso é a inexistência de articulação direta entre a escola e o

processo produtivo.

Teorias crítico-reprodutivistas

No final da década de 1970, surge no cenário educacional um corpo de teorias, aqui denominadas crítico-reprodutivistas, mas também conhecidas como *pessimismo pedagógico ou pessimismo ingênuo na Educação*. Têm como baliza a percepção de que a Educação, ao contrário do que pensam as teorias não-críticas, sempre reproduz o sistema social onde se insere, sempre reproduz as desigualdades sociais. Seu nome, crítico-reprodutivista, advém do fato de, apesar de perceberem a determinação social da educação (críticas), consideram que esta mantém com a sociedade uma relação de dependência total (reprodutivistas).

Para os crítico-reprodutivistas, a Educação legitima a marginalização, reproduzindo a marginalidade social através da produção da marginalidade cultural, advindo daí o caráter seletivo da escola. Não é, portanto, possível compreender a Educação, senão a partir dos seus determinantes sociais.

Diferentemente das teorias não-críticas, as crítico-reprodutivistas não possuem uma proposta pedagógica; limitam-se às análises profundas da determinação social da Educação.

Por isso, irei apenas listá-las, bem como a seus representantes: *Teoria do Sistema de ensino enquanto violência simbólica*, de Bourdieu e Passeron^{vi} *Teoria da escola enquanto aparelho ideológico do Estado*, de Althusser^{vii}, e *Teoria da escola dualista*, de C. Baudelot e R. Establet^{viii}.

Como vimos neste breve recorte histórico, a questão da marginalidade permanece.

Teoria crítica

A partir do início dos anos 1980, alguns educadores têm-se colocado como questão: é possível uma visão crítica da Educação, ou seja, perceber os determinantes sociais da Educação e, ao mesmo tempo, entendê-la como instrumento capaz de superar o problema da marginalidade?

No sentido de dar resposta a esta questão, uma nova perspectiva vem sendo gestada: a teoria crítico-social dos conteúdos. Admite ser a Educação determinada pela sociedade onde está situada, mas

admite também que as instituições sociais apresentam uma natureza contraditória, donde a possibilidade de mudanças. Assim é que a Educação pode, sim, reproduzir as injustiças, mas tem, também, o poder de provocar mudanças.

Dentro desta perspectiva teórica, estamos num movimento que busca resgatar os aspectos positivos das teorias firmadas no cotidiano escolar (as teorias não-críticas), articulando-os na direção de uma transformação social. Assim, resgata-se da Pedagogia Tradicional a importância da dimensão do saber; da Escola Nova, a dimensão do saber ser, e da Pedagogia Tecnicista, a dimensão do saber fazer.

Em essência, sua proposta pedagógica traduz-se pelos seguintes princípios:

- o caráter do processo educativo é essencialmente reflexivo, implica constante ato de desvelamento da realidade. Funda-se na criatividade, estimula a reflexão e ação dos alunos sobre a realidade;
- a relação professor/aluno é democrática, baseada no diálogo. Ao professor cabe o exercício da autoridade competente. A teoria dialógica da ação afirma a autoridade e a liberdade. Não há liberdade sem autoridade;
- o ensino parte das percepções e experiências do aluno, considerando-o como sujeito situado num determinado contexto social;
- a educação deve buscar ampliar a capacidade do aluno para detectar problemas reais e propor-lhes soluções originais e criativas. Objetiva, também, desenvolver a capacidade do aluno de fazer perguntas relevantes em qualquer situação e desenvolver habilidades intelectuais, como a observação, análise, avaliação, compreensão e generalização. Para tanto, estimula a curiosidade e a atitude investigadora do aluno;
- o conteúdo parte da situação presente, concreta. Valoriza-se o ensino competente e crítico de conteúdos como meio para instrumentalizar os alunos para uma prática social transformadora.

A educação é entendida como processo de criação e recriação de conhecimentos. Professor e aluno são considerados sujeitos do processo ensino-aprendizagem. A apropriação do conhecimento é também um processo que demanda trabalho e disciplina. Valoriza-se a problematização, o que implica uma análise crítica sobre a realidade-problema, desvelando-a. É ir além das aparências e entender o real significado dos fatos.

Cito como principais representantes desta tendên-

^{vi} Em Bourdieu P, Passeron JC. *A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino*. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora; 1975.

^{vii} Althusser L. *Ideologia e aparelhos ideológicos do Estado*. Lisboa: Editorial Presença. s.d.

^{viii} Baudelot C, Establet R. *L'école capitaliste en France*. Paris: François Maspero; 1971.

cia pedagógica no Brasil, Professor Paulo Freire⁹, Professor Dermeval Saviani^{20,21}, Professor José Carlos Libâneo^{17,18} e Professor Moacir Gadotti¹⁰.

Isto apresentado, passo a expor um breve histórico da Educação em Saúde, tendo como propósito situar a trajetória do sujeito-pesquisador.

Breve histórico da educação em saúde no Brasil

Por entender que, para realizar uma releitura da *práxis* educativa com preocupação comunicativa na área da saúde, faz-se necessária a explicitação dos domínios próprios da educação e da saúde, é que apresento um breve histórico da Educação em Saúde no Brasil.

Além desta observação, cabem-me mais duas: o histórico ora apresentado se refere apenas à institucionalização da educação sanitária; as referências de que me valho prendem-se a um período muito profícuo de discussão, análises, estudos, pesquisas, em que estive ligada ao Serviço de Educação de Saúde Pública (SESP), do Instituto de Saúde, onde muito aprendi com meus companheiros^{ix}.

As preocupações com a transmissão de conhecimentos sobre saúde para a população aparecem no final do século passado. E, por diversas vezes, foram expressas oficialmente. Em 1894, por exemplo, um decreto federal atribuía ao chefe do Instituto Sanitário Federal a responsabilidade de formular

“conselhos higiênicos, em época de perigo sanitário, indicando recursos de preservação no caso de moléstias transmissíveis, e as precauções necessárias para que essas não se disseminem, empregando, paraísto, os meios idôneos da propaganda”.

Mas, antes deste decreto, em 1889, na tentativa de controlar as epidemias de febre tifóide, peste bubônica, tuberculose e febre amarela que assolavam a então capital do Império, foram amplamente distribuídos à população impressos sobre formas de profilaxia, e publicadas notas na imprensa oficial.

Em 1920 aparece, pela primeira vez, na legislação federal, a expressão “educação sanitária”, importada dos Estados Unidos da América do Norte pelo professor Geraldo Horácio de Paula Souza, titular da cadeira de Higiene da Faculdade de Medicina de São Paulo e diretor do Instituto de Higiene.

O Professor Paula Souza vai se contrapor à perspectiva bacteriológica vigente na época, que se baseava nas campanhas sanitárias, na polícia sanitária e

na desinfecção terminal. Propõe ações permanentes de educação sanitária, partindo do princípio de que a população não executava ações de higiene por falta de conhecimento. Esta concepção norteará a reforma do Serviço Sanitário no Estado de São Paulo, em 1925, criando a Inspeção de Educação Sanitária e Centros de Saúde. Segundo este serviço,

“... a educação sanitária se fará de modo a impressionar e convencer^x os educandos, a implantar hábitos de higiene”

Passa-se a considerar o indivíduo como principal fator causal da doença e, por isso, tem que ser submetido a um processo de inculcação para adquirir novos hábitos e tornar-se fonte de ações saudáveis, que influenciem o meio ambiente. A principal responsabilidade da Educação Sanitária passa a ser a propaganda de hábitos de higiene¹⁹.

A proposta dessa Educação Sanitária cresce, se desenvolve, vai se implantando nos programas e projetos das Instituições de Saúde, e culmina com a formação de educadores sanitários, com a criação do 1o curso, em 1925, no então Instituto de Higiene de São Paulo. Esse curso preparava professores primários para o exercício da educação sanitária nos Centros de Saúde e para o ensino nas escolas normal e primária. Pressupunha, pois, uma formação pedagógica para os alunos, especializando-os para o exercício da educação sanitária através das disciplinas biomédicas. Tais profissionais (educadores sanitários) atuavam como professores de saúde junto à população usuária dos serviços de saúde pública, aos normalistas e às crianças das escolas primárias⁵.

A finalidade desse ensino era a de despertar a “consciência sanitária” dos indivíduos, através da difusão dos preceitos e normas ditados pelo discurso higienista. O que era muito coerente, pois se atribuía quase que exclusivamente aos indivíduos a responsabilidade de não se dispor de melhores condições de saúde, considerando que a existência dos problemas sanitários era conseqüência da “ignorância” das pessoas e que, na medida em que tivessem acesso aos conhecimentos, os problemas estariam resolvidos. Nesta concepção, o indivíduo “educado” deveria, assim, deter todo esse saber acumulado para desempenhar bem seu papel.

Dentro dessa ideologia, a educação sanitária assumia uma função privilegiada, na medida em que se tinha uma visão que se caracterizava por indução de mudanças no modo de pensar, sentir

^{ix} Emprego este termo no seu sentido etimológico: “compartilhar o mesmo pão”.

^x O grifo é nosso.

e agir dos indivíduos, realizando um trabalho de formação e transformação das consciências e práticas individuais.

Esse discurso normativo, que se transformava em regras para a vida, era tido, portanto, como verdadeiro e apropriado por todos, e embora devesse ser prioritariamente seguido pelos *amplos setores desfavorecidos*. Para esse tipo de pensamento, as condições concretas de existência não tinham relações determinantes com dada situação de saúde e de educação da população.

Pouca reformulação à proposta original da educação sanitária ocorreu entre os anos 1930 e 1945, a não ser o fato de ter assumido um caráter mais autoritário, em função do movimento eugenista, procurando preservar uma raça sadia e hígida. Pautas doutrinárias ganham expressão e passam a nortear a educação sanitária, no sentido de enfatizar a formação de hábitos sadios, o controle pré-nupcial e pré-natal da população, persistindo a difusão dos conteúdos formais sobre saúde estabelecidos pelos higienistas⁷.

É nesse período que é criada, em São Paulo, a Seção de Propaganda e Educação Sanitária (SPES), cuja atribuição era a de “difundir, no Estado de São Paulo, a educação sanitária, usando para isso de todos os meios modernos de propaganda, para ensinar ao povo as noções primordiais de Higiene” (Decreto NO 9322 de 14.07.1938 - artigo 20).

As ações pedagógicas desenvolvidas por esta Seção refletiam as concepções vigentes na época, atribuindo ao indivíduo a culpa de ter ou não saúde e desvinculando esta problemática do contexto social:

“a culpa da pobreza é dos próprios pobres que são doentes porque não se preocupam em ter uma alimentação sadia que têm vermes porque são preguiçosos e não constroem latrinas, não usam sapatos e não vão ao médico...”

Esta postura autoritária tinha todas as condições favoráveis para sua disseminação: a burguesia consolidava-se no poder, impondo a associação da riqueza com o indivíduo bonito, rijo, saudável, conhecedor dos problemas e das soluções, por um lado e, por outro, associando a pobreza à preguiça, à tristeza, à feiúra, à anormalidade, à ignorância e à doença. A pedagogia vigente na época, herança da Revolução Francesa — com seu entendimento de que marginalidade se identificava com ignorância —, era totalmente pertinente, adequada para a “ação educativa” que se pretendia: combater a ignorância, difundir a instrução, transmitir conhecimentos e hábitos de higiene cientificamente elaborados.

Os materiais utilizados e produzidos pela Seção de Propaganda e Educação sanitária, por exemplo, refletiam esta maneira de pensar que era divulgada através de folhetos, cartazes, livretos, filmes, dentre outros. As mensagens contidas nestes materiais eram passadas de forma autoritária e, como já disse, enfatizando a formação de hábitos sadios, controle pré-nupcial e pré-natal da população.

A título de ilustração das ideias acima, julgo oportuno mais algumas considerações.

A partir de 1939, produzem-se coleções “Publicações Populares do SESP”, tendo como primeira publicação o “Livro da mãezinha”, que apresentava os seguintes objetivos:

“... divulgar os conhecimentos modernos de puericultura, ensinando as mães o que precisam saber para criar filhos sadios, informando-as principalmente no sentido de evitar erros alimentares de consequências funestas. Se os que vão receber este livreto aplicarem bem os conselhos que ele contém, temos a certeza de que a cifra da mortalidade entre nós cairá rapidamente”

Seguindo esta coleção, vários livretos foram publicados, como “A última caçada” (sobre raiva), “Pacto com o Demônio” (sobre o alcoolismo), “O gigante invisível” (sobre tuberculose).

Alguns folhetos e cartazes produzidos nesta época continham ilustrações aterrorizantes, como, por exemplo, o cartaz sobre sífilis, que trazia um enorme morcego como símbolo da doença. Os folhetos sobre a mesma doença traziam o seguinte apelo:

“Já é do conhecimento da maioria do povo o grande perigo dos males venéreos. Arruinando a saúde, produzindo destruições, às vezes irreparáveis para o organismo, e multiplicadores para o corpo: diminuindo a capacidade de trabalho, estancando as fontes de geração humana ou contribuindo para o nascimento de seres estigmatizados, tarados, anormais e até monstruosos - as doenças venéreas são uma ameaça para a mocidade e para os agrupamentos humanos, constituindo tremendo ônus para a Nação. Evitá-las é grande obra social de patriotismo e acauteladora da felicidade individual”.

Deve-se notar que este modo de pensar não é restrito ao SPES. Assim é que, nesta época, surge o almanaque “Jeca Tatu”, de Monteiro Lobato, e, através de sua história, as ideias vigentes na época podem ser claramente observadas:

Jeca Tatu - pobre, feio e doente

Mulher - magra, feia e doente

Filhos - pálidos, tristes e doentes

Solução para seus problemas: o médico e o remédio

Num passe de mágica, torna a família: forte, rija, bonita e rica

Por trás de todas as ideias, a intenção de assustar ou emocionar para, em seguida, aproveitando o impacto e o medo, proporem hábitos de higiene, reforçando-os com a imagem de riqueza, saúde e prosperidade individual.

Em 1950 ocorre a primeira mudança na formação dos educadores sanitários. A Fundação do Serviço Especial de Saúde Pública, criada na década de 1940, tinha como um de seus encargos formar educadores sanitários nos Estados Unidos. O curso de formação dos educadores sanitários (*Health Educators*) era oferecido como especialização para profissionais das áreas das Ciências do Comportamento.

As teorias da cultura da pobreza, que tentavam explicar a marginalidade urbana, serviam para explicar a doença como resultado dessa cultura enquanto doenças da pobreza. Era necessário conhecer os fatores sócio-econômicos e culturais da população marginalizada para vencer os entraves que essas populações ofereciam à ordem e ao desenvolvimento social.

Tais pressupostos deslocavam o campo de conhecimento da Educação sanitária do biomédico para o sociológico, ainda que permeado pelo conceito epidemiológico do "círculo vicioso" da pobreza-doença-pobreza. Assim, os substratos sociais sobre os quais a ação da Educação Sanitária deve incidir, são vistos enquanto marginais, desintegrados, desordenados, apáticos, ignorantes e cheios de superstições e tabus.

A Educação Sanitária seria, assim, um dos meios de integrá-los na sociedade, chamando-os à participação através de técnicas de desenvolvimento e organização da comunidade. Com este objetivo são utilizadas as técnicas dos meios audiovisuais.

O curso de especialização para professores primários é suspenso em 1961. Em 1967 é criado um novo curso segundo os moldes norte-americanos. Seus alunos vêm preferentemente das áreas das ciências do comportamento.

Os programas educativos passam a ser compreendidos no interior da nova racionalidade dos serviços de saúde — a do planejamento, da produtividade e da relação custo-benefício.

O novo profissional, agora, será o planejador e o

supervisor das ações educativas. Deve diagnosticar os problemas educativos e planejar o seu tratamento através de ações educativas. Não mais educadores sanitários para não haver confusão com o antigo profissional, mas educadores de saúde pública.

O termo Educação em Saúde (pública, escolar) passa a substituir a educação sanitária. A educação sanitária passa a dar ênfase ao planejamento do componente dos programas de saúde. Suas atividades eram embasadas na corrente pedagógica tecnicista, que buscava planejar a educação de forma a torná-la mais objetiva e operacional, minimizando as interferências subjetivas que pusessem em risco sua eficiência. Tendo como sustentação a teoria behaviorista, o ponto central é levar as pessoas a aprenderem a fazer e a mudarem seu comportamento.

Foi o momento em que os educadores se debruçavam horas, com muito afinco, para operacionalizarem seus objetivos comportamentais. Eram listas e listas de verbos adequados para tal fim. O sentido deste esforço? Não se questionava muito!

Há uma mudança qualitativa, ainda que incipiente, do papel do educador. Os profissionais do serviço devem desenvolver as ações educativas planejadas a partir do diagnóstico realizado pelo educador.

Essas mudanças, mais de forma do que de fundo, mantém o mesmo pressuposto anterior — a população carece de educação: é preciso pois, educá-la. Entretanto, tem surgido um grande esforço no sentido de se melhorarem as práticas dos programas educativos. Essas tentativas têm como fundamentação teorias pedagógicas preocupadas com a questão metodológica, a busca de novas formas de educar que possam se configurar numa prática libertadora, comprometida com as classes populares.

Entre 1970 e 1975, realizam-se quatro jornadas brasileiras de estudo de educação em saúde onde as seguintes questões foram identificadas: os profissionais ligados diretamente à educação em saúde apontam as grandes dificuldades de se implantar em programas de educação em saúde e relacionam como principais causas para tais dificuldades: a resistência dos "outros" profissionais; a racionalidade dos programas e a resistência da população aos programas.

A concepção dominante de educação em saúde nesses setenta anos de existência é a de que as ações pedagógicas são separadas das práticas de saúde, exigindo-se para sua realização momentos e locais específicos. Assim, vista como uma ação distinta das demais ações, exige um espaço próprio

para a sua realização. Disso resulta a ideia de que a educação pode ou não ser realizada, em função da disponibilidade dos profissionais de saúde.

Ao se dicotomizarem as práticas pedagógicas em saúde e as práticas de saúde, surgem equívocos tanto das análises mais críticas da educação em saúde quanto das que se pretendem mais inovadoras. A integração das ações pedagógicas nos programas de saúde é sempre vista enquanto ações específicas que se acrescentam às ações de saúde.

A mudança de conhecimentos, atitudes e de comportamentos é sempre colocada para a população, pressupondo que as causas dos insucessos dos programas de saúde se devem em grande parte às barreiras que a população cria em relação aos programas. Essas barreiras se manifestam através do desconhecimento, de atitudes negativas e de comportamentos indesejáveis por serem prejudiciais à saúde.^{xI}

A doença decorre desse fracasso com o cuidado com os seus corpos.^{xII} É preciso pois, além de atendê-las através dos cuidados médico-sanitários, ensiná-las a cuidar "corretamente" de seus corpos e mentes. Apesar da visão tecnicista da educação continuar hegemônica, outras concepções de educação em saúde vêm sendo formuladas a partir de trabalhos concretos e do avanço das críticas teóricas sobre as determinações sociais da saúde-doença e da educação.

A relação pedagógica se dá, portanto, internamente na instituição e em todo e qualquer contato da equipe profissional com a população. A educação em saúde tem buscado construir estratégias que favoreçam uma ação coletiva da equipe e a participação da população no planejamento, controle, execução e avaliação das ações de saúde.

Esses postulados podem dar mostras da integração da prática do Educador em Saúde Pública à política nacional de saúde.

Para finalizar este histórico, me remeto às diretrizes para a educação em saúde, elaboradas em 1984 pela então Divisão Nacional da Educação em Saúde do Ministério da Saúde. Segundo essas diretrizes, *"a educação em saúde é compreendida como processo de transformação que desenvolve a consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde e estimula a busca*

de soluções coletivas para resolvê-los. A prática educativa, assim entendida, é parte integrante da própria ação de saúde e, como tal, deve ser dinamizada em consonância com este conjunto, de modo integrado, em todos os níveis do sistema, em todas as fases do processo de organização e desenvolvimento dos serviços de saúde."

Como a *práxis* em análise se desenvolve no campo da Saúde, faz-se necessário reconhecer, de forma sucinta, as concepções e tendências presentes no mesmo.

No campo da Saúde, mais especificamente no campo da Saúde Pública, apresentarei, muito sucintamente, as principais tendências da explicação do processo saúde-doença. A primeira tendência, ainda hoje hegemônica, é denominada médico-biológica ou biomédica^{xIII}.

Faz-se presente no conhecimento epidemiológico, enraizado no modelo clínico da medicina, construído em bases biológicas, das Ciências Naturais. Nessa tendência, parte-se da ideia de que saúde-doença constitui, essencialmente, um processo biológico, natural, que ocorre nos indivíduos.

Segundo Fritjof Capra^o, o modelo biomédico tem sua raiz no paradigma^{xIV} mecanicista da vida, sob forte influência do pensamento cartesiano-newtoniano. Cito o autor para precisar melhor sua idéia:

"A influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico resultou no chamado modelo biomédico, que constitui o alicerce conceitual da moderna medicina científica. O corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado."

Continuando, o autor acrescenta em outro trecho: *"Ao concentrar-se em partes cada vez menores do corpo, a medicina moderna perde frequentemente de vista o paciente como ser humano e, ao reduzir a saúde a um funcionamento mecânico, não pode mais*

^{xIII} Fritjof Capra [1982] denomina de modelo biomédico para distingui-lo dos modelos conceituais de outros sistemas médicos, "como o chinês", por exemplo.

^{xIV} Thomas Khun, em sua obra, *A estrutura das Revoluções Científicas*, identifica três sentidos para o termo "paradigma": como padrão de referência ou 'modelo', como instrumento para o pensamento, uma moldura, um quadro e, por último, como uma visão de mundo. Khun, respondendo as críticas formuladas por diversos autores, considera o "paradigma" como "matriz disciplinar", isto é, "disciplinar" porque se refere a uma posse comum aos praticantes de uma disciplina particular; 'matriz' porque é composta de elementos ordenados de várias espécies, cada um deles exigindo uma determinação mais pormenorizada" (1992: 226).

^{xI} Esta concepção é mais conhecida na Saúde, como modelo "KAP" - *Knowledge, Attitude and Practice*., predominante nas décadas de 1960 e 1970, muito embora seu uso seja empregado até hoje.

^{xII} *"Mens sana in corpore sano"*, também chamado de modelo de estilo de vida.

ocupar-se com o fenômeno da cura. Essa é talvez a mais séria deficiência da abordagem biomédica.”

Para uma compreensão maior deste paradigma biomédico, recorro ao estudo desenvolvido por Arouca em 1975¹, em sua tese de doutorado, que, ao analisar a história natural das doenças, assim se expressa:

“A história natural das doenças, em sua geometrização, está baseada em um esquema cartesiano em que no eixo da abcissa temos o tempo e a ordenada divide dois espaços segundo a presença ou não da enfermidade. Ao mesmo tempo está associada uma dimensão histórica, ou seja, não é uma simples cronologia em que estivéssemos interessados em medidas de duração, mas é, sim, a história do processo saúde/doença em sua regularidade. Assim, o sistema das ordenadas da história natural ganha uma dimensão basicamente qualitativa e a divide em dois momentos.

O primeiro momento cabe num espaço de tempo qualquer que se acha na ruptura do equilíbrio do hospedeiro, submetido a fatores determinantes da enfermidade, e envolvido pela capa misteriosa do ambiente. O aparecimento das doenças está determinado, neste primeiro momento, pela relação estabelecida entre os três elementos: o homem, o ambiente e os fatores determinantes das doenças. Estas relações são entendidas pelos autores dentro de um enfoque nitidamente mecanicista, onde os homens — os agentes — são vistos como os pratos de uma balança e o ambiente como fiel da mesma, interferindo em que sentido a balança se inclinará.

O ambiente é considerado como uma combinação homogênea entre os níveis físico-químico, biológico e social, que jogariam um idêntico papel na determinação mecânica do equilíbrio.

O segundo momento define a evolução do processo saúde-doença já visto no espaço interior do indivíduo, ou seja, em termos de sua fisiologia interna, em que este processo é acompanhado em sua regularidade para um ponto de resolução, seja a cura, óbito ou outro estado intermediário. Estudando o primeiro momento, verificamos a construção de uma segunda estrutura, que é importada diretamente da epidemiologia, ao estabelecer as relações entre as características (variáveis) de três elementos: agente, ambiente e hospedeiro.”

Portanto, a explicação desse processo é dada pelos seguintes fatores: agente (que pode ser um vírus,

bactéria etc.); hospedeiro (que pode variar conforme as características de idade, sexo, procedência, nível sócio-econômico etc.) e ambiente. O entendimento do ambiente é apreendido em duas dimensões: a dimensão natural (natureza física) e a dimensão social. Cabe, neste momento, uma observação: o “meio social” é considerado apenas como mais um fator coadjuvante na explicação do fenômeno saúde-doença. A sociedade é vista, assim, como mero agregado de indivíduos, desconsiderando-se toda a dinâmica social. O equilíbrio ou desequilíbrio no organismo humano, por exemplo, pode ser explicado a partir da interação entre estes fatores citados. Neste sentido, saúde é um estado relativo e dinâmico de equilíbrio entre estes fatores e doença representa, por conseguinte, o seu desequilíbrio.

Esta concepção é amplamente discutida na literatura e, ao tomar como referência a doença, e não o sujeito portador, tem como modelo descritivo e prescritivo a história natural da doença, desenvolvido por Leavell e Clark¹⁶. Esse modelo de explicação causal é mais conhecido como a “teoria” da multicausalidade do processo saúde-doença, em contraposição a outra, a da unicausalidade.

Outra tendência no campo da Saúde Coletiva, historicamente mais recente, pode ser denominada de Epidemiologia Social ou Crítica. A marca que diferencia esta tendência da anterior, reside no fato de esta considerar a incorporação do social na determinação do processo saúde-doença, não apenas como atributo dos indivíduos, mas como processo complexo, coletivo e histórico. Ressurge, assim, uma abordagem mais crítica, em oposição à tendência, até hoje hegemônica, de “biologização” da saúde coletiva, à fragmentação da realidade (fatorização), dando relevo à dimensão histórico-social do processo saúde-doença.

Assim sendo, os estudos relativos ao processo saúde-doença na perspectiva da Epidemiologia Crítica ou Social têm buscado explicações para as diferenças na produção e distribuição das doenças.

Destaco, dentre outros, os trabalhos de Goldberg¹¹, Laurell^{12,13,14,15}, Breilh e Granda^{2,3}, Breilh⁴, Castellanos⁸.

Esta tendência, em seu processo de construção, enfrenta ainda problemas teórico-metodológicos cruciais para o avanço do conhecimento da saúde coletiva.

Referências bibliográficas

1. Arouca ASS. O dilema preventivista: contribuição para a

- compreensão da crítica da medicina preventiva. Campinas [tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 1975.
2. Breilh J, Granda E. Epidemiologia y contrahegemonia. *Soc Sci Méd.* 1989; 28: 1121-7.
 3. Breilh J, Granda E. Saúde na sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. São Paulo: Instituto de Saúde/ABRASCO; 1986.
 4. Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación: guía pedagógica para un taller de metodología. 2ª ed. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud; 1995. (Série Epidemiología crítica, 3).
 5. Candeias NMF. Memória histórica da Faculdade de Saúde Pública da USP - 1918-1945. *Rev Saúde Pública*, 1984; (18):2-60.
 6. Capra F. O modelo biomédico. In: O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix; 1982. p. 116-55.
 7. Cardoso de Melo JA. Educação sanitária: uma visão crítica. *Cad CEDES* 1984; (4):28-43.
 8. Castellanos PLC. Sobre el concepto de salud-enfermedad: un punto de vista epidemiológico. *Cuad Med Soc* 1987; 42: 15-24.
 9. Freire P. Educação como prática da liberdade. 13ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1982.
 10. Gadotti M. Concepção dialética da educação: um estudo introdutório. São Paulo: Cortez/Autores Associados; 1983. (Coleção Educação Contemporânea).
 11. Goldberg M. Cet obscur object de l'épidemiologie. *Sci Soc Santé* 1982; (1): 55-110.
 12. Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes E D, coordenador. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global; 1983. p. 133-58.
 13. Laurell AC. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuad Méd Soc* 1986; (37):3-18.
 14. Laurell AC. Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social. *Rev Cent Am Cienc Salud* 1977; 3:79-87.
 15. Laurell AC. Acerca de la reconceptualización de la epidemiología. *Salud Probl* 1982; 8:5-9.
 16. Leavell HR, Clark EG. Medicina preventiva. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil/ FENAME; 1976.
 17. Libâneo JC. Democratização da escola pública: (a pedagogia crítico-social dos conteúdos). São Paulo: Loyola; 1989.
 18. Libâneo JC. Tendências pedagógicas na prática escolar. *Rev Assoc Nac Educ.* 1983; 3(6): 11-23.
 19. Rocha Pitta, AM. Comunicação e saúde: a complexidade dos conceitos e o desafio das práticas. In: Organização Pan-Americana da Saúde. Informação e comunicação social em saúde. Brasília (DF): Fundação Kellogg/Projeto UNI/FAPEX/OPAS; 1995.
 20. Saviani D. Escola e democracia: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre educação e política. São Paulo: Cortez/Autores Associados; 1984.
 21. Saviani D. Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações. São Paulo: Cortez/Autores Associados; 1991. (Coleção polêmicas do nosso tempo, 40).
 22. Skinner BF. O mito da liberdade. Rio de Janeiro: Bloch; 1973.