

SAÚDE E EDUCAÇÃO ENQUANTO PRÁTICAS SOCIAIS

Cilene Aparecida Costardi Ide *
Eliane Corrêa Chaves *

IDE, C.A.C. & CNAVES, E.C. Saúde e educação enquanto práticas sociais. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 24(2):225-236, ago. 1990.

Este estudo busca caracterizar a trajetória histórica da institucionalização das práticas de saúde e educação sob a ótica da sua articulação ao processo de trabalho.

UNITERMOS: *Educação em saúde. Política de saúde.*

INTRODUÇÃO

As práticas de saúde e de educação vêm sendo objeto de questionamentos persistentes durante quase toda a história dessas atividades na sociedade moderna. A busca de compreensão desse quadro não implica ensimesmamento respaldado na idéia de peculiaridade, uma vez que ambas existem em relação a um todo que precisa ser conhecido enquanto realidade de poder que condiciona tais desempenhos. Entender esse contexto pressupõe, portanto, identificar as relações entre a trajetória evolutiva dos movimentos de institucionalização das práticas assistenciais e educacionais e a estrutura que lhes vem dando sustentação, a partir de seus determinantes econômico-sociais, bem como dos interesses concretos que vem orientando a implementação de ambas enquanto políticas sociais.

Partindo-se da premissa segundo a qual “a sociedade se estrutura sobre a base do modo como se organiza o processo de produção da existência humana, portanto, do modo como se organiza o processo de trabalho”⁷ é possível tentar identificar como, na sociedade moderna, os Sistemas de Saúde e Educação vêm se estruturando a partir da problemática do trabalho. Sob essa perspectiva, esse estudo será desenvolvido em três fases. Na primeira tentaremos caracterizar o perfil das práticas analisadas ainda no interstício da sociedade feudal, em seus derradeiros momentos, na medida em que nesse período de transição já seria possível identificar a demanda por transformações sociais, inclusive por assistência e instrução. Na segunda etapa tentaremos recompor a trajetória evolutiva do processo de institucionalização dessas práticas nos países industrializados, a partir do século 19. Finalmente, numa terceira fase, analisaremos como esse processo foi introduzido no Brasil e quais

* Enfermeiras. Professoras Assistentes do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP.

os caminhos por ele percorrido, culminando na análise dos esforços que se desenvolvem na tentativa de dar vida aos avanços, ainda que tímidos, obtidos na atual Constituição no âmbito da Saúde e da Educação.

2.1 *A superação do modelo feudal*

A um mundo feudal, "dominado pela monarquia e dirigido pela igreja, corresponde um aparelho escolar particular, restrito e religioso" ². Teria como objetivo cultivar coisas do espírito, numa concepção idealista, sem vínculos com a capacitação para o trabalho, atividade inferior, e, conseqüentemente, sem articulações com o sistema produtivo. Era um monopólio do clero dirigido à nobreza.

No âmbito assistencial corresponde uma prática respaldada numa teoria unicausal, que reconhecia uma origem única para a produção do efeito doença, sempre colocada fora do organismo doente, numa dimensão externa, sobrenatural. Assim, ao meio natural caberia a origem dos males, conforme a concepção prevalente desde os primórdios da humanidade. Esse conceito, colocado fora das possibilidades humanas de controle, necessitaria somente de intervenções voltadas a práticas paliativas, que visavam a promoção do conforto físico mais do que a cura. Caracterizava-se enquanto desempenho de cunho benemerente, com saber de senso comum. Incluía a utilização de sangrias, vomitórios e outras condutas de cunho religioso, configurando uma atuação híbrida a englobar práticas inespecíficas e procedimentos rituais. O hospital se constituiria no espaço destinado aos doentes, aos loucos, aos transgressores, sendo utilizado muito mais como recurso de isolamento do que de assistência.

A superação desse modelo religioso de prática, com monopólio sobre a assistência e a educação, começa a se organizar na medida em que, com o capitalismo comercial, manufatureiro e industrial, o homem passa a constituir o elemento indispensável à produção e ao consumo. Esse movimento culminou na crescente institucionalização dessas práticas nos países em que uma parcela significativa da população havia sido urbanizada e proletarizada em condições extremamente adversas à vida. Esse cenário combinava ausência de saneamento, moradias superlotadas e insalubres, habitadas por pessoas com uma jornada de trabalho de 13 a 16 horas diárias e que já pressupunha uma formação específica, ainda que incipiente, em troca da qual recebiam salários insuficientes até para garantir a sobrevivência individual ⁵. A complexidade dessa situação potencializava a necessidade de nova organização de tais práticas. Para superar a situação de opressão, própria do "Antigo Regime" e erigir a sociedade correspondente aos interesses dominantes, saúde e educação passam ao âmbito de controle do Estado. Ao poder público, junta que administra os negócios e interesses da classe burguesa, caberia criar e gerir mecanismos que combinassem pobreza, doença, ignorância com produção. Assim, em conseqüência de lutas concretas entre os estados e no interior do Terceiro Estado, vão se organizando os avanços sociais no sentido de garantir o acesso das camadas populares a cobertura assistencial e educacional. Nesse sentido, esse processo de publicização deve ser entendido enquanto resultante da mudança do caráter

das forças produtivas e das relações de produção², configurando um contexto a ser analisado a seguir.

2.2 A fase capitalista

A superação do modelo econômico feudal, deslocando o eixo produtivo do setor agrícola para as atividades industriais, induziria nova forma de organização social, inclusive a laborativa. Com o desenvolvimento do comércio e o conseqüente crescimento das cidades onde passam a se concentrar uma massa cada vez maior de mercadores, artesãos, servos fugidos e camponeses expulsos das terras, amplia-se o contexto de crise social⁵.

O espaço urbano que se organizava caracterizava-se pela catástrofe social, agregando empobrecimento, exploração, desagregação familiar. Nesse contexto, recrudescem as doenças infecto-contagiosas (tifo e cólera), ao mesmo tempo em que aumentam os comportamentos considerados desviantes. Por outro lado, amplia-se a demanda por trabalhadores aptos a garantirem o pleno aproveitamento da máquina. Com a revolução industrial, o produtor individual e a equipe de produtores manufatureiros passam a ser substituídos pelo trabalhador coletivo, já inserido ao modelo organizacional caracterizado por complexa divisão do trabalho⁵. Essas teriam sido as condições potencializadoras:

- da articulação entre Ciência e Trabalho. Efetivamente, a relação entre conhecimento e atividade prática caracterizou-se enquanto processo lento e gradativo, atingindo o apogeu somente no século 19. Esse fato retrata a defasagem entre os crescentes avanços nas áreas de conhecimento, ocorridos principalmente, a partir do século 17, e a sua incorporação às práticas consideradas. A evolução tecnológica só teria ocorrido, portanto, quando as relações de produção assumiram função adequada ao desenvolvimento do capitalismo industrial;
- da publicização da Saúde e Educação enquanto práticas de controle social. Preliminarmente, vale explicitar a nossa concepção acerca do que sejam serviços de controle social, dentre os quais se inserem as práticas de saúde e de educação. Seriam unidades “historicamente constituídas, com monopólio legal que lhes confere exclusividade de prestação de serviços, possuindo hierarquia complexa e estabelecida”⁵. Atuaram no sentido de conciliar e compatibilizar atividades e interesses dos indivíduos enquanto integrantes de unidades de produção e consumo. A partir dessa finalidade comum, seriam desenvolvidas especificidades de cada área. Assim, à saúde caberia uma intervenção preventiva, alterando o meio natural hostil ao homem, ajustando indivíduos às normas do grupo — ou corretiva — controlando (suprimindo ou manipulando) as contradições produzidas pela dinâmica social e que são reconhecidas como alterações pelo consenso dos grupos dominantes. No âmbito da Educação, a publicização da instrução também deve ser entendida na sua relação com a mudança do caráter das forças produtivas e na sua função enquanto meio de consolidação da ideologia burguesa. A instrução signifi-

caria ao mesmo tempo, tanto a superação da hegemonia religiosa no âmbito da educação, como também, o atrelamento do processo pedagógico à instrumentalização compatível com o novo modelo social². A educação emergiria como instrumento apto a corrigir distorções e garantir a integração de todos no corpo social. Ampliava-se a demanda por pessoas aptas a movimentarem o sistema econômico-social, ascendendo a um tipo de sociedade contratual. Torna-se necessário, portanto, vencer a barreira da doença e da ignorância. Organiza-se, a partir dessa expectativa respaldada nos interesses burgueses, o papel do Estado moderno como responsável pela gestão e funcionamento dos sistemas públicos de Educação e Saúde.

No âmbito educacional, a constituição dos chamados "Sistemas Nacionais de Ensino" tem como marco o início do século 19⁶. Como referencial teórico, a concepção da escola como instrumento de superação de desigualdades e, conseqüentemente, da marginalidade. O indivíduo passa a ser considerado como agente da sua evolução e, ao mesmo tempo, de todo corpo social. A publicização da instrução atuaria, enquanto instrumento político-ideológico, no sentido de recuperar o aparelho escolar, atrelando-o ao processo de industrialização que se desenvolvia². Teria, portanto, como referencial o modo como se organizava o trabalho. Pressupunha uma convivência no âmbito urbano e uma inserção ao processo produtivo a exigir capacitação da força de trabalho. Essa capacitação teria ocorrido primeiro de maneira informal. Ao negociante teria cabido a prerrogativa de educar a mão-de-obra, formando conjuntos de operários no âmbito domiciliar. Evolutivamente, processos de racionalização passam a ser utilizados. Os operários, agora, se reúnem num mesmo espaço físico, a oficina, recebendo em conjunto capacitações distintas conforme a prática a ser desenvolvida no processo já caracterizado pela divisão do trabalho manual.

Entretanto, a organização da vida urbana passaria a demandar o domínio de elementos fundamentais que possibilitassem a participação de todos no sistema de relações que compunham a vida social. Assim, o domínio da linguagem escrita, das noções elementares da matemática, dentre outras necessidades, passam a se tornar indispensáveis à nova forma de convívio social. É assim que a sociedade moderna passa a exigir a universalização da Escola Básica.

Nesse contexto, a instrução pública passa a ser formalmente um direito de todos "não porque a burguesia assim a inscreveu nas suas constituições. É um direito de todos porque essa luta pela superação do feudalismo trouxe o capitalismo e este a instrução como condição para o seu desenvolvimento e definitiva implantação"². Os princípios da escola pública enquanto sistema universal gratuito, laico e obrigatório tornou-se permeável às alianças de classe, à conciliação de interesses ainda que contraditórios na origem.

Também no âmbito da Saúde, o século passado se constitui um divisor de águas. Num cenário que combinava miséria, doença e demanda por força de trabalho, organiza-se gradativamente novo modelo de prá-

tica. Nessa fase, o imenso desenvolvimento das ciências físico-químicas e naturais, incluindo as descobertas microbiológicas, deslocariam para o microorganismo a causalidade da doença, em substituição às explicações naturais.

A prática vigente no limiar do século 19 perde o seu cunho caritativo, passando a caracterizar-se pelo poder coercitivo. Os serviços de saúde se originam da oficialização da Medicina Universitária sob forma de polícia médica, com função de impor normas coletivas de conduta. Visavam a defesa da saúde pela implementação de medidas de higienização, enquanto combate isolado de cada situação ambiental considerada ameaçadora. Tais condutas ampliam gradativamente o seu objetivo de interesse, voltando-se ao controle dos agentes considerados como desencadeadores de moléstias. Englobavam tanto os diferentes elementos do meio natural, quanto as condições coletivas de organização do espaço urbano.

Os serviços de saúde atuavam, portanto, como elementos de controle das condições entre os interesses individuais dos membros das diferentes classes sociais e o interesse do sistema social como um todo. "Caracterizava-se pela hegemonia da medicina universitária sobre a popular e a religiosa. Nesse contexto, ocorre a institucionalização desses serviços, incluindo a transformação do espaço hospitalar considerado, a partir de então, como local de cura. Nesse momento, estrutura-se um projeto assistencial que tem na Medicina a autoridade máxima e na Enfermagem conforme ao modelo Nightingale, a assimilação das funções burocrático-administrativas voltadas ao controle dos serviços domésticos dos hospitais, à organização do ambiente e dos espaços destinados aos doentes e ao pessoal, além da função de preparo e supervisão dos elementos auxiliares. Assim, a institucionalização das práticas de saúde se consolidou quando a assistência se torna monopólio do médico "regular, oficial, científico, alopata"⁵, e o gerenciamento, preparo e controle do pessoal passam à esfera de atuação do enfermeiro, cabendo aos auxiliares a prerrogativa do cuidado. Legitima-se a hegemonia da prática médica, a hierarquia do poder, a disciplina como instrumento de controle e de enquadramento do pessoal, além de um modelo de prática de saúde embasado na divisão social e técnica do trabalho. Esse modelo pressupõe, ainda, uma aderência, tanto aos princípios da racionalidade científica como também, uma crescente dependência dos avanços tecnológicos e seus interesses.

Entretanto, essa organização é recente e ainda está se estruturando. Assim, sua plena institucionalização, no sentido de atingir qualitativa e quantitativamente o conjunto da população, ainda está se estruturando nos países em desenvolvimento entre os quais se inclui o Brasil.

3. A DIMENSÃO IDEOLÓGICA DAS PRÁTICAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO NO BRASIL

A institucionalização da assistência no Brasil possuiria especificidades quando comparadas ao contexto europeu ou norte-americano.

Nesse sentido, a revolução vital, caracterizada pela queda da mortalidade nos países industrializados, a partir do século 19, foi um processo que não obedeceu à mesma ordem cronológica e nem se completou em plano mundial. Assim, enquanto os países desenvolvidos conquistavam o controle das enfermidades infecto-contagiosas, pela melhoria do padrão alimentar e pelo controle sanitário, já se deparando e se adequando à transformação do quadro nosológico, o País ainda iniciava o controle das afecções com etiologia e patogênese definidas.

O Brasil do início do século corresponde a um país ainda não industrializado, vinculado a um modelo primário-exportador tradicional. Tinha como diretriz assistencial a contenção da doença, identificando nas práticas higienistas um instrumento de controle ambiental e de planejamento urbano, complementada por medidas sanitaristas que tentavam substituir a coerção pelo convencimento. Sob essa tendência, priorizou-se a educação como instrumento capaz de reverter as condições de saúde da população, ao mesmo tempo em que persistiam os projetos fiscalizadores, incluindo o confinamento dos grupos de risco. O modelo de prática priorizado desempenharia um papel social específico, ou seja, o controle das epidemias através de ações de saúde pública. Esse padrão de desempenho atenderia à política de exportação, pela fiscalização das condições ambientais inclusive dos portos, e à política de imigração, pela avaliação das condições de saúde dos estrangeiros que aqui chegavam.

À derrocada do modelo primário-exportador emerge um novo projeto de política econômica. Este caracterizava-se fundamentalmente pelo processo de substituição de importações, concretizado pela implantação de um parque industrial diversificado. Assim, novas prioridades no atendimento à saúde-doença passam a compor o elenco das práticas assistenciais, até então voltadas a saúde pública. Frente ao movimento de industrialização, que se expande inclusive para quem das cidades, frente ao reordenamento do espaço urbano, onde se agregam contingentes crescentes de migrantes, frente à organização do movimento operário, que passa a reivindicar acesso à assistência e, mais do que tudo, frente à necessidade de se manter a produtividade no setor industrial, delineia-se nova perspectiva para as ações de saúde. Conseqüentemente, tornam-se prioridades, preliminarmente, a expansão da cobertura institucional desenvolvida em unidades mistas, agregando a assistência ambulatorial à retaguarda de leitos para pronto-atendimento. Tinham por objetivo, o controle das condições basais de saúde do trabalhador, inclusive do segmento materno-infantil. Posteriormente, esse padrão de prática passa a ser direcionado para o atendimento individual desenvolvido progressivamente no âmbito hospitalar, mantendo, como característica primordial, a alienação frente às condições estruturais determinantes, tanto do processo saúde-doença quanto das diretrizes políticas do Sistema de Saúde.

Somente a partir da década de 40 é que a assistência passa a ter cunho predominantemente individualizado, desenvolvendo-se em instituições hospitalares. O perfil do Sistema de Saúde, a partir desse período, caracteriza-se pela incorporação dos avanços tecnológicos, pelo aprimo-

ramento dos métodos diagnósticos e terapêuticos, pela absorção dos recursos farmacêuticos e de equipamentos, enfim, pela hospitalização da assistência, consolidando um perfil institucional específico e articulado ao projeto econômico-político vigente. Caracteriza-se, ainda, por um processo de expansão da cobertura assistencial na tentativa de satisfazer, ainda que de maneira limitada e distorcida sob vários aspectos, às diferentes necessidades de atendimento determinadas pela dinâmica social.

Atualmente, os serviços de saúde têm múltiplos objetivos que, perfilados, abrangeriam: “a avaliação das condições físicas para fins de admissão em emprego, licenças ou aposentadoria; a custódia daqueles socialmente categorizados como transgressores ou incapazes (os doentes crônicos, os idosos, os ‘doentes mentais’); o ensino e a pesquisa; a defesa dos códigos de ética profissional e, o mais importante, a preservação e restauração da saúde, em seus diferentes âmbitos assistenciais”⁵. Frente a essas atribuições é que o setor se estrutura na sua forma político-jurídica (instituições e práticas de saúde) e ideológica (formação de recursos humanos).

No âmbito educacional, nossa história tem início em 1549, quando chegaram a Salvador os primeiros padres jesuítas. Sua trajetória evolutiva também vem obedecendo a diretrizes semelhantes às da saúde. No cerne da questão, novamente encontramos o modelo econômico-social e a forma de organização do processo de trabalho como determinantes dos caminhos da Educação. Assim, no Brasil colônia o ensino teria se caracterizado pela aderência ao modelo europeu mantendo, contudo, uma defasagem cronológica entre os avanços que ocorriam no velho continente e a prática vigente no país. Na tentativa de reproduzir o estilo da metrópole e distinguir-se da população nativa, negra e mestiça, a classe dominante cultivava e se beneficiava do ensino dos jesuítas. A prática por eles desenvolvida caracterizava-se pela completa dissociação da realidade de vida na colônia, destinando-se à uma formação geral, literária e clássica desvinculada do mundo do trabalho. Abrangiam o curso de Letras Humanas e o curso de Filosofia e Ciências, considerados de nível secundário, e o curso de Teologia e Ciências Sagradas, de nível superior, destinado à formação de sacerdotes. A continuidade dos estudos ocorreria na Europa³.

Esse padrão de educação voltado às elites manteve-se sem grandes modificações inclusive no período imperial. Caracterizava-se, no campo do ensino secundário, por uma série de aulas avulsas e dispersas, com a finalidade de preparo para os cursos superiores, constituídos, no Brasil, por escolas isoladas de formação profissional. Esses cursos teriam sido organizados para atender às novas necessidades criadas pela transferência da corte portuguesa e pelas transformações no sistema e nas relações de produção que se organizavam³.

Esse sistema de aulas avulsas, no nível secundário, e de escolas isoladas no nível superior, só seria modificado no decorrer do período republicano. O ato adicional de 1834, promoveria uma dualidade de competências. O poder central criaria e legislaria sobre todos os âmbitos de ensino. Ao mesmo tempo as províncias também poderiam fazê-lo den-

tro do seu território. Em decorrência, o poder central assumiria a prerrogativa pelo ensino superior e as províncias a responsabilidade pelo primário e secundário. Na Corte, os três níveis seriam geridos pelo poder central. Passam a organizar-se dois modelos de ensino secundário: os liceus provinciais, caracterizados por um ajuntamento de aulas propedêuticas ao ingresso no nível superior e um projeto organizado, regular e público de ensino, constituindo-se em modelo para os demais estabelecimentos. Conforme a esse modelo, o Colégio Pedro II passa a ser considerado o referencial do ensino secundário³.

A Constituição da República de 1891 consagrou a descentralização do ensino, ou seja a dualidade de sistemas que em última análise oficializava na prática a educação da classe dominante (escolas secundárias acadêmicas) e a educação do povo (escola primária e escola profissional)⁴. Nesse período, a sociedade já se encontrava de tal maneira estratificada a ponto de gerar pressão na estrutura institucional da escola, até então calcada nesse princípio da dualidade social).

Essa situação iria delinear-se mais claramente em meados de 1930, momento em que surgiriam os primeiros sinais de ruptura. A educação sofreria modificações, tanto “no campo das idéias, com movimentos culturais e pedagógicos em favor de reformas mais profundas, quanto no campo das aspirações sociais: as mudanças vieram com o aumento da demanda escolar impulsionada pelo ritmo mais acelerado do processo de urbanização, ocasionado pelo impulso dado à industrialização após a I Guerra e acentuado após 1930”⁴. A economia, que se baseava no modelo agrário-exportador evoluiu para o modelo urbano-industrial, e tal mudança acabou por exarcerbar as solicitações à escola.

Essa crise manifestou-se sobretudo pela incapacidade das classes dominantes reorganizarem o sistema educacional, de forma a atender, tanto a demanda social de educação, quanto às novas necessidades de formação de recursos humanos exigidos pela economia em transformação, situação que de uma certa forma permanece até os nossos dias.

No momento, o atual movimento de organização das práticas analisadas tem como referencial as deliberações constitucionais. Seu desdobramento torna o período de elaboração da legislação complementar centro dos grandes conflitos de interesse. Todos reconhecem a complexidade e magnitude da crise nacional, assim como as barreiras estruturais e conjunturais que se antepõem aos avanços sociais. A discordância surge, entretanto, no que se refere à compreensão dessa problemática e às possibilidades de superação desse contexto de inoperância induzida dos setores considerados.

Nesse contexto, o VI Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, ocorrido em Brasília, no período de 9 a 11 de maio de 1989 possibilitou a organização de relevante referencial analítico a ser transcrito¹. Para os defensores do setor público, tais como o Professor Sérgio Arouca, expositor da primeira mesa-redonda, o SUS representou uma ousadia para um sistema que sequer havia assimilado as concepções das Ações Integradas de Saúde (AIS), se impondo atualmente como um imperativo social para a solução dos graves problemas de saúde do país.

Pessoas com este entendimento defenderam a proposta do SUS como sistema único, de gestão única e, enquanto sistema público, controlador das ações do setor privado. Fizeram a articulação entre a situação estrutural do país e a precariedade atual da assistência à saúde. Foram feitas outras várias denúncias sobre a destinação de verbas diretamente para o setor privado e para obras governamentais não prioritárias no momento, tais como a ferrovia norte, as centrais nucleares, etc, atribuindo a isto a precariedade das “obras sociais” do atual governo. Denunciaram inclusive que a seu ver, o governo atual nada tem de prioridade “social”, contrariamente ao que advoga. Foram defendidas, entre outras medidas para a atuação efetiva do SUS, a ampliação gradativa da rede pública de serviços, como estratégia para a independência deste em relação ao setor privado e conseqüente moralização do sistema. A convivência com o setor privado teria que continuar a existir, no entanto, subordinado ao controle do setor público, o que hoje não ocorre. Repensar o sistema, nesta visão, significaria, em primeiro lugar, atacar as causas estruturais, como por exemplo, a evasão de divisas para, em seguida, redefinidas as prioridades do país, racionalizar a distribuição de recursos econômico-financeiros do setor saúde, sobretudo na sua articulação com o setor privado.

Neste evento, a posição do setor privado foi antagônica à defendida anteriormente. Os seus representantes, apesar de no discurso manifestarem apoio ao programa, apontaram como causas para a sua ineficácia várias dificuldades que, a nosso ver, escamoteavam uma posição contrária aos principais pressupostos da postura do SUS, principalmente em relação à gestão e, conseqüentemente, ao controle deste setor pelo público. Para estes representantes do setor privado, as principais causas de inoperância do sistema dizem respeito: ao repasse de verbas — que consideram insuficiente; à forma de remuneração por serviços prestados — que consideram ineficaz, principalmente pelos atrasos ocorridos; à tentativa de controle das ações prestadas pelo setor privado que consideram ingerente e descabida, cerceadora da iniciativa privada no setor. Notou-se primordialmente uma recusa de qualquer forma de co-gestão ou de aderência efetiva às diretrizes traçadas pelo SUS, e a veemente conclamação de independência total em relação a este.

O financiamento do SUS, essência aparente de toda a crise e centro de grandes conflitos de interesses, parece ter sido alvo de todas as atenções. Para os defensores do setor público (sanitaristas, representantes de sindicatos e de algumas entidades de classe, entre eles o Sanitarista Hesio Cordeiro, expositor da segunda mesa redonda), cronica e efetivamente, nesta situação de crise nacional, o financiamento do setor saúde historicamente vem diminuindo, na mesma medida em que diminuem os empregos, os salários e, conseqüentemente, a arrecadação previdenciária. Esta situação coexiste com uma subestimativa de arrecadação e de desvios orçamentários a partir de prioridades escusas do governo atual. Assim, a crise da Previdência seria crônica, porque também os problemas sociais do país se configuram como tal. A grande questão que se impõe ao SUS, portanto, seria de determinar instrumentos de controle, distribuição e gestão do financiamento destinado à Seguridade Social e,

dentro dela, da Saúde. Impor-se-ia, portanto, a necessidade de identificar mecanismos equalizadores que, com força de lei, conseguiriam viabilizar a articulação das múltiplas fontes de financiamento do setor (bolsa de salários, FINSOCIAL, lucro das empresas etc.) além de garantir a utilização destes recursos no âmbito da saúde. Mais que sugestões o que os defensores desta posição evidenciaram foi a impossibilidade de se obter avanços, sem que a ordem social vigente seja superada.

Igualmente em relação ao item anterior, os defensores do setor privado contestaram veementemente esta posição do setor público, situando na desorganização deste setor, na distribuição não igualitária dos recursos e na ingerência deste sobre o setor privado, a essência da questão. Mesmo alardeando posições de não objetivar lucros excessivos, defendiam a mercantilização da Saúde como a que tem vigorado até o momento, só que corrigidas as distorções que, a seu ver, existem.

As sugestões elaboradas pelos participantes, referentes à inserção dos Hospitais Universitários ao SUS compreenderam os seguintes encaminhamentos: inserção ao SUS em regime de co-gestão; adoção de formas de financiamento que excluam o pagamento por serviços prestados; decisão conjunta no que se refere à programação e implementação das atividades assistenciais de ensino e pesquisa.

Outra grande questão discutida dizia respeito à integração entre o SUS e sistema educacional, setores responsáveis pela formação e utilização da força de trabalho em saúde, nos diversos níveis. Pela proposta da Universidade de Brasília, a criação e manutenção das escolas técnicas de saúde seriam responsabilidade dos órgãos de direção do SUS, nos seus respectivos níveis, cabendo ao sistema educacional a autorização para o seu funcionamento. Em contrapartida, a proposta da Associação Nacional de Docentes do Ensino Superior (ANDES) defendia que a formação de recursos humanos, em todos os níveis, deveria continuar a ser prerrogativa da Educação, cabendo ao SUS, primordialmente, a contribuição para a proposição do perfil do profissional a ser formado, assim como o dimensionamento da demanda de pessoal da área. Apesar da polarização, a discussão caminhou no sentido de sugerir uma atuação compartilhada e integrada de responsabilidades. Entretanto, esta parece ser uma das questões em aberto e que ainda demandará grandes conflitos de posições.

Também no âmbito da educação as questões do financiamento, gestão e relação público-privado ocupam lugar privilegiados nas proposições que se organizam. Encontram, ainda, idêntica resistência das classes dominantes no sentido de evitar que, efetivamente, Educação se torne direito de todos e dever do Estado, nos três níveis de ensino. Paralelamente, outras questões merecem destaque, ou seja, a razão de ser de cada um dos graus a partir da concepção que se tenha da Educação enquanto instrumento de reiteração ou de transformação da sociedade. Neste contexto em que se exacerbam conflitos e frente às inúmeras questões em aberto quanto aos caminhos efetivos da Educação no Brasil, inúmeros aspectos merecem aprofundamento. Dentre eles merece destaque:

- a direção e o sentido a ser dado à Escola. Vale questionar se efetivamente a educação, em todos os níveis assumirá o compromisso de superar o seu caráter ingênuo e não crítico, por não se saber condicionada. Essa tem sido característica da pedagogia tradicional, respaldada em conteúdos formais, fixos, abstratos, organizados para dar sustentação aos interesses burgueses. Também é a característica da Escola Nova. Esse movimento vem se estruturando como instrumento de recomposição da hegemonia burguesa, na medida em que organiza uma reforma que secundariza a transmissão de conhecimentos, subordinando-a a uma pedagogia das diferenças, centrada nos métodos e processos. Nesse sentido, superar a consciência ingênua e não crítica pressupõe articular ao processo pedagógico a dimensão das determinantes histórico-sociais da educação. Nessa concepção, valoriza-se a organização de difusão de conteúdos vivos e atualizados enquanto instrumentos a serviço da instauração de uma sociedade igualitária em termos reais e não apenas formais. O “cerne dessa novidade radical consiste na superação da crença seja na autonomia, seja na dependência absoluta da educação em face das condições sociais vigentes”⁶.
- a função e articulação dos 3 graus de ensino. Aceito o pressuposto segundo o qual “o Sistema Educacional se estrutura a partir da problemática do trabalho”⁶, vale tentar caracterizar a função de cada um dos níveis. Assim, ao 1º grau caberia organizar e difundir conteúdos que possibilitassem ao homem: um relacionamento com a natureza respaldado em conhecimentos, nas suas noções elementares, das leis que seguem o comportamento dos fenômenos naturais (Ciências Naturais); capacidade de interação, relacionamento e participação ativa na trama de relações que caracteriza a vida social (Ciências Sociais); domínio da língua, na forma oral e escrita e domínio da linguagem das Ciências (Matemática), como fator imprescindível para o acesso ao registro escrito de códigos formalmente construídos. Tais conteúdos estariam centrados “no conceito e no fato do trabalho. Quanto ao ensino superior, o seu caráter nitidamente profissionalizante, vincula-o inequivocamente às exigências postas pela realidade do trabalho. Cumpre, pois, examinar como se põe a relação trabalho-educação no âmbito do Ensino de 2º Grau”⁷. . . “O horizonte que deve nortear a sua organização é o de propiciar aos alunos o domínio dos fundamentos das técnicas diversificadas, utilizadas na produção, e não o mero adestramento em determinada técnica produtiva. Não a formação de técnicos especializados, mas de politécnicos. Politécnica significa, aqui, especialização com domínio dos fundamentos das diferentes técnicas constitutivas do trabalho nas condições atuais”⁷. Essa concepção refuta, tanto o caráter do 2º grau profissionalizante, entendido como adestramento sem o conhecimento de seus fundamentos e sem a compreensão da articulação dessa habilidade com o conjunto do processo produtivo como também, o caráter propedêutico desse nível de ensino, com conteúdos organizados como subsídios de acesso ao 3º grau. Assim, ao 2º grau caberia “a articulação explícita entre o saber e o processo prático de produção da existência humana. De posse dessa educação todos, indistintamen-

te, disporiam de uma base sólida que lhes permitiriam compreender a realidade atual, situando-se plenamente na vida da sociedade”⁷. O 3º grau se caracterizaria enquanto habilidade determinada, circunscrita a uma função específica e, por isso, não mais nobre que os demais. Essa seria a configuração de um sistema educacional comum, aberto a todos.

Em síntese, pode-se considerar que Saúde e Educação enquanto prática sociais seriam frutos de uma longa evolução histórica, combinando crescente desenvolvimento das forças produtivas e socialização cada vez maior das relações de produção, com ações e conhecimentos voltados à manutenção e capacitação da força de trabalho, sempre respaldadas por concepções e interesses contraditórios. Atualmente, jogos de interesses se fazem presentes nos trabalhos de composição das legislações complementares à Constituição. Por um lado, tornam-se expressivas as manifestações dos movimentos sociais organizados, no sentido de tentar avançar e apontar possibilidades de superação das barreiras que se interpõem à plena viabilização de tais práticas, no sentido de garantir-lhes o caráter democrático, público, gratuito, eficiente e adequado à demanda. Por outro lado, também é forte a pressão daqueles que defendem interesses comparativistas e particulares. Frente ao conflito, o poder constituído titubeia na defesa dos interesses da maioria da população. O momento é grave e grande a possibilidade de assistirmos à inviabilização explícita ou implícita do SUS e das reivindicações por educação. Frente ao vazio governamental, cabe aos movimentos populares organizados a prerrogativa de dar continuidade à luta pela conquista da plena institucionalização das práticas de Saúde e Educação no Brasil.

IDE, C.A.C. & CHAVES, E.C. Health and education as social practices. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 24(2):225-236, Aug. 1990.

This paper tries to define the historical trajectory of the institutionalization of the health and of the education practice and its articulation with the work process.

UNITERMS: *Health education. Health policy.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. IDE, C.A.C. & FONSECA, R.M.E.S. Relatório de participação da Escola de Enfermagem da USP. Trabalho apresentado no SIMPÓSIO NACIONAL SOBRE SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE, 6., Brasília, 1989. 10p.
2. LOPES, E.M.S.T. *Origens da educação pública: a instrução na revolução burguesa do século 18*. São Paulo, Loyola, 1981. 127p.
3. PILETTI, N. *Ensino de 2º grau: educação geral ou profissionalização?* São Paulo, EPU, 1988. 126p.
4. ROMANELLI, OO. *História da educação no Brasil*. 8.ed. São Paulo. Vozes, 1986. p. 33-46.
5. SINGER, P. et alii. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1981. 166p.
6. SAVIANI, D. *Escola e democracia*. São Paulo, Cortez, 1988. 103p.
7. SAVIANI, D. *Prospetivas de expansão e qualidade para o ensino de 2º grau: repensando a relação trabalho-escola*. In: ————. *Ensino de 2º grau — perspectivas*. São Paulo, Faculdade de Educação-USP, 1988. p. 79-91.

Recebido em 07-08-89