

JOAQUIM ALBERTO CARDOSO DE MELO

A PRÁTICA DA SAÚDE E A EDUCAÇÃO

TESE DE DOUTORAMENTO APRESENTADA AO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP  
1976

**UNICAMP**  
BIBLIOTECA CENTRAL



	pág.
3. TRABALHOS PUBLICADOS.....	113
4. BIBLIOGRAFIA LEVANTADA NO PERÍ <u>Ó</u> DO DE 1960 A 1975...	130
5. DISCUSSÃO.....	134
CAP.V CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	143
BIBLIOGRAFIA.....	149

## APRESENTAÇÃO

Nesses últimos dez anos, vimos tentando desenvolver trabalhos de educação em saúde, tanto na área da Saúde Pública, quanto na da Medicina Preventiva.

Em vários encontros, os educadores de saúde pública vêm apontando as dificuldades de integração da educação em programas de saúde, além da necessidade de se definir uma estratégia de trabalho.

As reflexões e inquietações advindas de nossa experiência prática e acadêmica, levou-nos a questionar a natureza das relações que historicamente a educação vem mantendo com a prática da saúde e, de como vem sendo conceituada (a educação em saúde). Recorremos assim, a trabalhos publicados sobre educação sanitária no Brasil, desde seus primórdios.

No Capítulo final, tecemos algumas considerações sobre as possibilidades de integração da educação na prática da saúde pública, a partir das relações que ambas vêm mantendo entre si. Acreditamos dessa maneira, poderemos contribuir para uma revisão crítica da metodologia de trabalho que a saúde pública e a educação em saúde vêm até agora desenvolvendo.

## I N T R O D U Ç Ã O

A medicina vem se desenvolvendo com uma preocupação centrada no patológico. Tem também uma característica unidimensional, à medida que desenvolveu somente o aspecto biológico. O paciente assim, é considerado apenas na condição de portador de uma patologia ou doença. O ensino médico por sua vez, reforça essa postura reducionista da saúde, não assumindo um compromisso social, não só nas linhas de pesquisas desenvolvidas pelas escolas médicas, mas pelo enfoque no patológico individual, com o compromisso institucional e não social (Pinotti, 1974).

A medicina define a anormalidade através das disfunções orgânicas, reduzindo o indivíduo com uma determinada enfermidade à própria enfermidade. Assim, não é o indivíduo que porta uma doença, mas ele é transformado na própria doença com a qual passa a ser identificado: não é uma pessoa com tuberculose, mas passa a ser o tuberculoso. Piovesan (1963), tece uma crítica à tendência acentuadamente tecnológica e somática da medicina, e de como essa tendência vem influenciando consideravelmente a atual orientação filosófica da saúde pública - *"embora a saúde pública hoje não mantenha nenhuma subordinação ou dependência em relação à medicina, é fora de dúvida que os seus objetivos se superpõem em grande extensão e que a primeira conserva muitos dos traços que caracterizam a medicina"*. (1)

---

(1) - PIOVESAN, ARMANDO. - Uma Nova Filosofia para a Saúde Pública. Arq. Hig. Saúde Pública. 28  
7-13. Mar. 1963. p. 9.

A saúde pública se torna inumana, unidimensional, preocupando-se apenas com os aspectos físicos da doença e a coletividade é considerada como coleções de indivíduos, sem que se atente para sua respectiva organização, dinâmica e cultura (Piovesan, 1963). O autor propõe uma filosofia humanística para a saúde pública, no sentido de resgatar o indivíduo na sua totalidade. Essa tendência acentuadamente tecnicista da saúde pública reduz os fenômenos saúde-doença ao serem tratados num enfoque unidimensional - o do biológico - sem considerar o todo social onde aqueles fenômenos se revelam. Apesar do autor analisar a tendência tecnicista da medicina, tendência essa que se estende à saúde pública, não a relaciona com o contexto social global, tentando explicar em parte essa extensão e as relações entre a medicina e a saúde pública, como relações de dependência desta àquela (2).

Nos últimos cinco anos, os educadores de saúde pública no Brasil, através de seus serviços oficiais e da OPS/OMS, vêm realizando Jornadas Brasileiras de Estudo de Educação em Saúde. A primeira delas, realizada em 1970, em São Paulo, teve como objetivos *"a troca de experiências, discussão de conceituação de educação em saúde e a procura de estratégias do trabalho educativo de acordo com as características sociais, econômicas e culturais das diversas regiões do país, com o propósito de contribuir para a eficácia dos programas de saúde"*. As considerações dos grupos de trabalho foram:

*"as possibilidades de uma política de trabalho em colaboração estreita com as populações locais, que possa levá-las a se sentirem co-autoras dos projetos de saúde e, conseqüentemente, responsáveis pelos resultados dos mesmos"*.

---

(2) - PIOVESAN, A. - Op. cit. (1), p. 7

- "o processo de participação dos indivíduos e comunidades não depende apenas dos educadores mas está relacionado à estrutura dos serviços, à existência de programas de saúde com objetivos e métodos de trabalho bem determinados".

- "entre as principais barreiras à prática da ação educativa foram ressaltadas as que decorrem de conceituações diferentes do pessoal de saúde" (3).

Ressaltaram a necessidade de maior comunicação dos profissionais de saúde com as escolas de saúde pública, visando a revisão da metodologia de formação desses profissionais, adequando melhor o ensino à realidade brasileira.

Em 1973, os especialistas de educação em saúde, fizeram realizar uma reunião para avaliação da educação em saúde pública no Brasil. Pressupõem que, apesar de um acelerado progresso tecnológico e científico, o homem ignora o homem. "A maioria dos programas planejados para o homem deixam de atingir seus objetivos por se apoiarem em bases falsas ou distorcidas" (4). Colocam a existência de duas correntes básicas na educação em saúde. Uma, de um lado, utiliza a educação em saúde como

---

(3) - SÃO PAULO - Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação de Serviços Técnicos Especializados. Instituto de Saúde. Serviço de Educação em Saúde Pública - "Relatório da I Jornada Brasileira de Estudos de Educação em Saúde. 1973, p. 3.

(4) - SÃO PAULO - Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação de Serviços Técnicos Especializados. Instituto de Saúde. Serviço de Educação em Saúde Pública. "Avaliação da Educação em Saúde no Brasil" 1973, pp.3,4 e 5.

meio para atingir objetivos imediatos estritamente médicos. Outra, tende a conceber os serviços como instrumentos de mudanças das condições que são incompatíveis com a saúde da população. A saúde é conceituada como uma condição psicobiológica e sócio-cultural do indivíduo ou dos grupos que lhes permite uma relação ativa com seu meio ambiente e uma participação efetiva em sua transformação. *"É uma condição dinâmica resultante do processo de interação do indivíduo (sua herança genética) com os fatores físicos, biológicos, sócio-econômicos, culturais e psíquicos do ambiente em que vive"* (5).

A educação em saúde seria o processo de seleção, organização e aplicação de conhecimentos e métodos das ciências bio-médicas e psico-sociais visando o desenvolvimento, nos indivíduos e nas sociedades, de sistemas conceituais e de valores que estimulam padrões de vida saudável. Ressaltaram ainda a falta e escassez de estudos e trabalhos de avaliação buscando identificar as causas dos sucessos e malogros dos programas de saúde. Frente essas considerações e, de acordo com o que está especificado no Plano Decenal de Saúde para as Américas (1971-1980), é fundamental *"organizar a educação sanitária como parte do processo de participação ativa e consciente das comunidades em todas as ações preventivas e curativas"* (6).

Terminam por concluir:

- 
- (5) - SÃO PAULO - Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados. Instituto de Saúde. Serviço de Educação em Saúde Pública. "Avaliação da Educação em Saúde no Brasil", 1973, pp. 3, 4 e 5.
- (6) - SÃO PAULO - Secretaria de Estado da Saúde. C.S.T.E. I.S. - S.E.S.P. - Op. cit. (4) p. 4-5

- "A *Unidade Técnica Nacional de Educação em Saúde Pública* não está equipada com recursos humanos, materiais e econômicos para assumir as funções que lhe cabem".
- "A existência, na maioria das áreas, de programas de saúde sem planejamento adequado, sobrepostos, não coordenados, muitas vezes com orientações técnicas diversas, além de resultar na dispersão de recursos e esforços, dificulta o trabalho do especialista em educação em saúde pública".
- "Os órgãos públicos tendem a desenvolver mais os aspectos assistenciais e curativos do que os preventivos e, a tradição paternalista que não leve em conta a participação da população nos programas de saúde, torna difícil, se não impossível, o desenvolvimento de atividades de educação em saúde."
- "A tendência dos órgãos de saúde para a obtenção de resultados imediatos através de "campanhas" contraria os objetivos da educação em saúde que são a prazo longo. O despreparo de muitos profissionais em saúde pública torna difícil o trabalho da equipe da qual faz parte o educador de saúde".
- "Quanto à educação em saúde comunitária, prevalece a filosofia de trabalho imediatista e quantitativa, em oposição aos objetivos da educação em saúde que só podem ser alcançados a longo prazo".

*- "A importância da pesquisa, indispensável para fundamentar o planejamento dos programas de saúde, não é levada em consideração por grande parte dos profissionais de saúde e a inexistência de pesquisas aplicadas à educação em saúde tem limitado o trabalho do especialista em educação em saúde pública que, para atuar, requer o conhecimento das características sócio-econômico-culturais das populações" (7).*

Krausz (1974), ao estudar o profissional educador de saúde pública, tece considerações a respeito do "status" profissional e sua condição de profissão cativa. A educação em saúde pública não tem uma filosofia de trabalho e falta uma definição das funções e do papel do educador de saúde pública. Este profissional tende a exercer funções que correspondam às expectativas dos outros profissionais de saúde pública, reduzindo as atividades educacionais ao preparo da comunidade para as campanhas de saúde pública. No Seminário Latino Americano de educação em saúde pública, realizado em Paracao (Peru), em 1969, concluíram que:

*- "Na América Latina, a Educação em Saúde não conseguiu plasmar uma doutrina própria e uniforme, nem se generalizou uma definição operacional desta disciplina que leva a uma delimitação precisa do campo profissional do educador de saúde pública. Apesar dos países contarem com unidades centrais*

---

(7) - SÃO PAULO - Secretaria de Estado da Saúde - C.S.T.E.  
I.S. - S.E.S.P. Op. cit. (4) p. 28

*de Educação em Saúde dentro do Ministério da Saúde, por causa de sua filosofia e organizações inadequadas ou da escassa disponibilidade de recursos, alguns desses serviços não puderam cumprir satisfatoriamente suas funções básicas. Por diversas circunstâncias as atividades têm-se reduzido em grande parte, a tarefas de informação e propaganda. Em outros casos, tem concentrado seus esforços na preparação da comunidade para "campanhas" muito específicas, o que tem distorcido a percepção de sua verdadeira finalidade por parte de outros profissionais de saúde e da própria comunidade" (8).*

Esses trabalhos evidenciam uma situação de conflito entre a educação e a saúde pública. Esse conflito tem sido atribuído à falta de compreensão por parte dos profissionais de saúde, à falta de definição do papel dos educadores de saúde pública, à não institucionalização dos educadores de saúde pública, à falta de planejamento de programas de saúde com definição clara de objetivos e métodos de trabalho, à estrutura dos serviços, ao paternalismo, entre outros. No entanto, a primeira pergunta que se coloca é a de como a educação e a saúde pública se relacionam. Que determinantes históricos condicionam essa relação? Considerando que o processo educativo em saúde

---

(8) - SEMINÁRIO LATINOAMERICANO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA E PLANEJAMENTO. Paracao, Peru, OPAS, Washington, 1969, citado por KRAUSZ, R.R. "Es tudo de um Novo Grupo Profissional: O Educador de Saúde Pública", Sao Paulo, 1974 (mimeografado) p. 81-82

decorre das relações que os técnicos mantêm com a população, a educação está institucionalizada. Como está institucionalizada?

A finalidade desse trabalho é, através dessas questões, tentar delinear em novas bases a relação educação-saúde pública, condição de realização de ambas. Não como dois campos isolados, mas integrados na relação técnico-população. Tanto o modo de vida, como a saúde-doença, são fenômenos decorrentes da relação que os indivíduos mantêm com o seu ambiente e com os outros homens. São pois, fenômenos integrados que fazem parte da mesma totalidade: a prática de vida decorrente dessas relações. O conflito educação-saúde pública, decorre das relações que essas áreas vêm mantendo entre si. A saúde pública está subordinada à medicina tradicional, sendo apenas sua extensão. A educação, por sua vez, está subordinada à saúde pública e, mais, subordinada como atividade meio. Situação esta que é a própria negação da educação.

O ponto fundamental de referência para esta análise é o desenvolvimento da Saúde Pública no Brasil, em particular no Estado de São Paulo. Adotamos no trabalho a periodização proposta por Ramos (1973), bem como nos valem de sua metodologia, analisando a integração sanitária a partir de publicações existentes (\*). O processo de integração sanitária se desenvolveria através de três fases:

---

(\*) - Os trabalhos consultados foram levantados na Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, das publicações disponíveis das seguintes revistas:

- Revista do Serviço Espacial e Saúde Pública
- Revista da Fundação Serviços de Saúde Pública
- Anais do Congresso Brasileiro de Higiene
- Arquivos de Higiene
- Arquivos de Higiene e Saúde Pública
- Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da U.S.P.
- Revista de Saúde Pública

"Fase I - Definida pela integração dos serviços preventivos especializados, dando origem ao centro de saúde, na sua concepção mais ortodoxa".

"Fase II - Identificada pela incorporação de atividades preventivas aos serviços curativos, e de atividades curativas aos serviços preventivos, cada um deles conservando sua autonomia administrativa".

"Fase III - Caracterizada pela completa fusão técnica e administrativa, sob chefia única, dos serviços preventivos e curativos - representados respectivamente pelo centro de saúde e pelo hospital - dando lugar ao centro de saúde-hospital, ou unidade mista, ou unidade integrada de saúde " (9).

No Brasil, Ramos (1973) identifica três períodos:

I - Período anterior a 1923 - caracterizado pela adoção do modelo francês, com vários serviços especializados para doenças específicas. É o período da pré-integração.

---

(9) - RAMOS, R. - A Integração Sanitária - Doutrina e Prática. Rev. da Fundação S.E.S.P. XVIII (1) R. J., 1973, pp 21-22

II - Período de 1923 a 1942 - caracterizado pela adoção do modelo americano. Dicotomia entre medicina preventiva e curativa. Tendência à integração dos serviços preventivos.

III - Período de 1942 .... - caracteriza-se por uma tendência à integração dos serviços preventivos e curativos.

O trabalho de Mascarenhas (1949) será uma das fontes de dados sobre saúde pública, visto que este autor analisou a evolução histórica da saúde pública no Estado de São Paulo até 1949 e, posteriormente, até 1973. Muitas das idéias defendidas por esse autor vem sendo adotadas na atual reforma da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

## CAPÍTULO I - ORIGENS DA SAÚDE PÚBLICA

A saúde pública vem se transformando através da história e pode ser genericamente, classificada em três grandes períodos:

- Período pré-histórico
- Período pré-científico
- Período científico

Como marco inicial do período científico - que se estende até hoje - é dado o ano de 1832, quando Chadwick foi nomeado para a Comissão Real Inglesa; em 1846, publica um trabalho em que analisa as condições sócio-econômicas e sanitárias das classes trabalhadoras - *"esse trabalho deu origem a um movimento de reforma social que se estendeu a toda a Inglaterra e a outros países com problemas idênticos"* (1).

A Saúde Pública, como a entendemos hoje, tem suas raízes no desenvolvimento do Capitalismo Industrial na Europa. No período que antecede a 1830-1948, as idéias partidas da França se espalharam rapidamente; os termos medicina social e higiene social eram usados indistintamente para referir-se às relações entre condições sociais de vida e condições de saúde (2). Nos fins do Século XVIII, era evidente para muitos franceses que, para tratar efetivamente com os problemas de saúde, eram necessárias

---

(1) - MASCARENHAS, R. dos S. & RAMOS, R. - "Evolução Histórica da Saúde Pública". Rev. do S.E.S.P. 12 (2). S. Paulo, 1966, p. 21.

(2) - As informações a seguir referidas no texto acentam em grande parte nas análises de GEORGE ROSEN : "The Evolution of Social Medicine", in Freemann, H.E. & Levine, S. & Reeder, L.G. Handbook of Medical Sociology, Prentice Hall, Inc. N.J. - 1963, pp. 18-51.

mudanças sociais profundas. Os governos revolucionários tinham que tratar desses problemas na sua tarefa de acabar com o "ancien régime" e construir a nova França. Em 1793 e 1794, a Convenção aprovou uma série de leis estabelecendo um sistema nacional de assistência social que incluía a atenção médica. Com a queda dos Robespieristas, a Convenção e então Diretório, retraiu-se dessa política. No entanto, as idéias de uma política pública iriam influir profundamente a França. Durante a primeira metade do século XIX, aquele país foi o mais avançado em teoria política e social. Foi o período de Fourier, Saint-Simon, Comte, havendo um profundo cruzamento entre a Filosofia Social e a Medicina. Como resultado, a medicina francesa esteve muito infiltrada com o espírito de mudança social. Em 1847, Neumann defende que *"a ciência médica é intrínseca e essencialmente uma Ciência Social, e até que isso não seja reconhecido na prática não seremos capazes de desfrutar seus benefícios e teremos que nos satisfazer com um vazio e uma mistificação"*. Outros autores defendiam essa idéia, como Virshov, que definiu que as epidemias artificiais (produtos de uma falsa cultura, ou de uma cultura que não está disponível para todas as classes), ocorrem como resultado das contradições sociais e como manifestações significantes do processo histórico. A revolução de 1848 trouxe uma radical mudança nos pensadores que se seguiram, sendo que a reforma sanitária nessa época atingiu seus fins em um sentido limitado. Na segunda metade do século XIX, o termo política médica tinha se tornado uma fórmula estéril. A ampla abordagem social, a consciência das relações sociais das quais decorrem maior ou menor saúde, esvaziaram-se do conceito de política médica, passando ao controle de doenças transmissíveis e, segundo Behring, *"o estudo das doenças infecciosas pode agora prosseguir firmemente sem ser afastado por considerações sociais e reflexões sobre política social"*.

O interesse pela medicina social é relativamente recente, tanto na Grã-Bretanha como nos Estados Unidos.

Em 1910, Warbasse defendia várias medidas reformistas, entre as quais a educação para a saúde. A Sociologia da época tinha preocupações com problemas relacionados à imigração, relações raciais, favelas, vida rural e assuntos correlatos. Identificava-se intimamente com a filantropia, serviço social. Em 1917, é criada a primeira escola de saúde pública na Universidade de John Hopkins, através de doações da Rockefeller Foundation. *"Ali estudaram, integrando sua primeira turma, os sanitaristas brasileiros Geraldo H. de Paula Souza e Francisco Borges Vieira (3).*

Após a I Guerra Mundial, a Grã-Bretanha criou o Ministério da Saúde, em 1919, através da política dita da pelo Ministério de Reconstrução. *"The first principle of good administration requires that when a special function is to be undertaken, it should be undertaken by one governing body for the whole community needing service, and not for different sections of the community by several governing bodies"* (4). Essa política era baseada na necessidade de uma estreita coordenação entre medicina curativa e preventiva. Expressam ainda os esforços para a unificação das atividades preventivas e curativas, tendo sido estabelecido a partir de 1911 e 1915, respectivamente, o atendimento de casos de tuberculoses e doenças venéreas. Em relação às doenças venéreas, especialmente a sífilis, considera Newholme *"que é este o primeiro caso, na moderna administração sanitária, em que se socializa completamente o tratamento de uma doença, estendendo-se a todos gratuitamente, sem restrições de condição econômica ou social"* (5).

---

(3) - MASCARENHAS, R. dos S. e RAMOS, R. Op. cit. (1)p.33

(4) - Health Care For Community - Selected Papers of Dr. John B. Grant. Edited by Conrad Seipp. The American Journal of Hygiene- Monographic Series, nº 21, 1963, 2a. edição, p. 3

(5) - RAMOS, R. - A Integração Sanitária: Doutrina e Prática. Rev. da Fundação S.E.S.P.. Tomo XVIII (2), 1973, p. 14.

Nos Estados Unidos, nos fins da década de 1910, começa a separação mais nítida entre a medicina preventiva e medicina curativa. Esse período coincide com a perda da hegemonia da Inglaterra para os Estados Unidos. Esses fatores vão influir nos destinos da Saúde Pública no Brasil durante um longo período.

A Saúde Pública no Brasil também acompanha o desenvolvimento das sociedades industrializadas e está intimamente ligada às relações entre nações, refletindo as relações internacionais e, acompanha o processo de industrialização brasileira que inicia seu lento desenvolvimento a partir da I Guerra Mundial. Segundo Ianni (1971), é um processo de marchas e contra marchas, dependendo das rupturas estruturais internas e externas. *"Os acontecimentos que assinalam etapas e desdobramentos da ruptura das estruturas político-econômicas são as crises da cafeicultura, a politização dos setores jovens das forças armadas em direção diferente da tradicional; o aparecimento de reivindicações de operários e setores sociais médios; o agravamento dos antagonismos nas camadas dominantes; a do capitalismo mundial iniciada com o "crack" de 1929; a Guerra Mundial de 1939-45; a substituição da hegemonia da Inglaterra, da Alemanha e da França pelos Estados Unidos da América do Norte; o aparecimento da União Soviética (URSS), da China e de Cuba, como nações socialistas"* (6).

Até a década de 1920, a estrutura sanitária brasileira sofreu a influência francesa *"caracterizada pela criação de unidades especializadas para fazer face a problemas específicos"* (7). A partir de 1920, a estrutura

---

(6) - IANNI, O - O Colapso do Populismo no Brasil - Ed. Civilização Brasileira. 1971. p. 8-9.

(7) - RAMOS, R. Op. Cit. (5), p. 98-99

sanitária norte-americana passa a influenciar decididamente a estrutura sanitária brasileira. Assim, a partir dessa data, Paula Souza reorganiza o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, com, entre outras, as seguintes características:

"a - a ação sanitária local deveria ser feita por uma só unidade, o centro de saúde, núcleo de divergências com um grupo de técnicos do Serviço Sanitário, por dar ênfase maior às atividades de promoção e proteção à saúde;"

"b - o centro de saúde seria uma unidade dinâmica, através dos educadores sanitários recrutados entre professores primários, com cursos no Instituto de Higiene;"

"c - a educação sanitária seria a base da ação sanitária, sendo reduzido ao máximo possível o poder coercitivo da política sanitária;"

"g - implantação da Inspeção de Higiene do Trabalho, um dos novos órgãos criados pela reforma de 1925" (8).

A dualidade da medicina preventiva e curativa retardou o desenvolvimento da integração sanitária no Brasil (Ramos, 1973). Essa dicotomia causou muita polêmica na década de 1920 e 1930. A classe médica, tanto norte-americana como brasileira sempre teve uma atitude contrária aos centros de saúde. Por outro lado, vozes isoladas defendiam a integração da medicina preventivo-curativa, não só no campo conceitual, mas na prática, oferecendo cuidados

---

(8) - MASCARENHAS, R. dos S. - "História da Saúde Pública no Estado de São Paulo" - Rev. Saúde Pública, São Paulo, 7: 433-46, 1973. p. 437.

curativos nos centros de saúde. Moutin, "atribuia essa a titude ao receio dos sanitaristas de que a combinação dos serviços de saúde com a assistência médica certamente se faria em detrimento dos primeiros; ao lado disso - e não menos importante como justificativa para a hesitação dos sanitaristas em aceitarem responsabilidades no campo da assistência médica - estava o receio de serem acusados de adesão à chamada medicina socializada. Acusação, aliás, a que não escapou Winslow, quando em 1923 sugeriu, em relatório sobre assistência médica, a extensão dos serviços curativos, envolvendo médicos, dentistas, enfermeiras, etc., e em estreita ligação com a rede hospitalar. O projeto foi longamente protelado, sobretudo porque o J.A.M.A. qualificou seus propósitos de "socialismo e bolchevismo", incitando à revolução ..." (9).

No Brasil, a implantação do primeiro centro de saúde se deveu a Paula Souza. Em 1925 "reforma o Serviço Sanitário do Estado, através do Decreto 3876, de 11 de julho de 1925, aprovado com modificações, pela Lei 2121, de 30.12.1925. Com elas saímos da fase de polícia sanitária para entrar na da educação sanitária" (10). A criação dos centros de saúde em São Paulo não foi bem recebida. Assim, "levantou-se na Câmara dos Deputados, uma voz que clamou contra esse tipo moderno de unidades sanitárias". Foi a do Deputado Gama Rodrigues. Transcrevemos, aqui, trechos de seus discursos:

"(Câmara dos Deputados do Estado de São Paulo, Anais da Sessão Ordinária de 1925).

"B - Na minha fraca opinião, é uma dessas fantasias teóricas que se podem aproximar

---

(9) - RAMOS, R. - Op. cit. (5), p- 131

(10) - MASCARENHAS, R. dos S. - Contribuição para o Estudo da Administração Sanitária Estadual em São Paulo. - São Paulo, 1949 (Tese de Docência Livre - Fac. de Hig. e S. Publ. da U.S.P.) p. 88

*àquilo que, em tempo, foram as repúblicas escolares de triste e ridícula memória".*

*"C - Querer-se agora dar educação sanitária por meio de conferências feitas por médicos, acadêmicos e uma nova entidade, que são os educadores especializados ou simples educadores. Esses serão professores que, depois de um curso praticado no Instituto de Higiene irão fazer - não fazer bem o que, porque não sendo médicos, não tendo uma educação especializada, pouco ou muito pouco poderão fazer".*

*"O Deputado Gama Rodrigues não era nenhum leigo na matéria, mas um ilustre clínico de grande nomeada na região do Vale do Paraíba"(11).*

A Reforma Sanitária do Estado de São Paulo, segundo Ramos (1973), propunha a criação de 5 centros, dos quais, três chegaram a funcionar. Em dezembro de 1931, Vargas fez baixar um decreto extinguindo os centros de saúde e, segundo Mascarenhas, reinstala a polícia sanitária. Sales de Oliveira, entretanto, apoia o Dr. Humberto Pascale, então Diretor da Divisão do Serviço do Interior que, através de convênios, cria 82 centros de saúde, numa situação de fato, não de direito.

Em Ramos (1973), verificamos que vários sanitaristas defenderam a idéia da unificação, fazendo com que os centros de saúde também oferecessem assistência médico-curativa. Nos trabalhos apresentados ao V Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em Recife, 1929, os trabalhos do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais advogam

---

(11) - MASCARENHAS, R dos S. - Op. Cit. nº 1 (10), pp. 93-94.

a separação das atividades preventivas das curativas. Os do Recife e Bahia têm orientação unicista. Transcrevemos abaixo alguns trechos de trabalhos com orientação unicista:

Oscar de Brito:

*"O fornecimento gratuito de assistência médica e medicamentosa praticada pelos centros de saúde, torna-se uma obrigação imperiosa a que eles não podem fugir porque a maioria da população, devido às suas condições que frisamos acima, vive afastada do convívio dos médicos ... E mais ainda, não há a menor dúvida de que auxiliando o povo, tratando de suas doenças, captamos plenamente as suas simpatias e confianças, e por este meio maiores resultados obtemos quando disseminamos entre eles os conhecimentos e vantagens de prevenir doenças ..."*

Os da Bahia, através de Magalhães Netto e Waldemar Chaves, assim justificam a unicidade:

*"Porque melhor seja atingida, e na maior extensão, a finalidade educativo-profílica do serviço infantil, oferece o centro como meio eficiente de atração e, por que não dizê-lo, no exercício de uma atribuição que legitimamente lhe deve caber, a assistência médica, na doença, a crianças da zona de sua atividade"*.

*"A mentalidade de nosso povo", diz aproximadamente o Prof. Gesteira "não*

*logra compreender consultórios que a doentes não consultem. Difícil é, de fato, senão impossível, ao que pensamos, obter freqüência a dispensários de qualquer espécie, com a só promessa de conselhos de saúde" (12).*

A partir de 1942, a saúde pública inicia a fase social. A criação da UNRRA (Administração Unidas) em 1943 é dada como o marco inicial dessa fase, que se caracteriza nos países desenvolvidos, pela tendência intensificada à urbanização, aumento de vida média e conseqüente envelhecimento da população. Este envelhecimento acarreta novos problemas sócio-econômicos seja pela redução percentual de indivíduos encarregados da produção, seja pela maior prevalência de doenças crônicas. Aumento intensivo do percentual de indivíduos assalariados incapazes de financiar tratamento médico-cirúrgico ou clínico-hospitalar. A medicina torna-se cada vez mais complexa, mais tecnológica, mais cara - e menos acessível. Há um aumento de intervenções do Estado e *"nos países chamados democráticos, a medicina é uma das primeiras profissões a ser parcial ou totalmente socializada, sem que, paradoxalmente, tal medida seja estendida à indústria farmacêutica"* (13). Em relação a Saúde Pública os autores concluem que nessa fase começou a utilizar com mais freqüência a técnica de planejamento global, para a assistência integral, preventivo-curativo, à população. Sujeitas a esse planejamento global, as atividades médico-sanitárias de uma região poderão ser desenvolvidas dentro de uma escala de prioridades, em função dos problemas existentes. No Brasil, a fase social é caracterizada, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública. É o início de um período de

---

(12) - RAMOS, R. - Op. cit. (5), p. 106-107

(13) - MASCARENHAS, R. S. e RAMOS, R. - Op. cit. (1). p.

idéias e realizações práticas em favor da integração. Em 17 de julho de 1942, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública que pode ser caracterizado "*como um órgão vinculado ao esforço de guerra aliado, posto que o fim colimado em todos aqueles projetos era estimular a produção de matérias primas estratégicas*"(14). Finda a guerra, os Acordos Básicos com o governo norte-americano foram sucessivamente prorrogados até ser transformado em Fundação, vinculada ao Ministério da Saúde, nos termos da Lei nº .. 3780, promulgada a 11 de abril de 1960. A expansão desse serviço para todo o território nacional, o trabalho e experiências colhidas, possibilitaram ao SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA contribuir definitivamente para a saúde pública no Brasil, não só em nível ministerial, como em níveis estaduais, no próprio ensino da saúde pública e, principalmente, para a integração da medicina curativa, preventiva e hospitalar. Apesar de analisar exaustivamente a integração de serviço de saúde, Ramos (1973) não faz referência a um dado de grande relevância para a saúde pública - a integração das atividades de Higiene do Trabalho. Esse órgão começou a ser estruturado nos serviços sanitários em 1925, período de aceleração do processo de industrialização no Brasil e particularmente, no Estado de São Paulo. O crescimento da classe trabalhadora no Brasil é um setor de grande relevância para a saúde pública. Como vimos, todo processo de industrialização acarreta uma série de transformações sócio-econômicas que refletem necessariamente na saúde da população. A Inspetoria de Higiene do Trabalho, criada pelo Decreto 3876, de 11.7.1925, era diretamente subordinada ao Diretor Geral do Serviço Sanitário. No período anterior, as atividades daquele setor estavam ligadas às atividades dos inspetores sanitários. No início da década de 1930, passou-se a oferecer

---

(14) - RAMOS, R. - Op. cit. (5), p. 120 - 124

prestação de serviços médicos a industriários, comerciários e outros, através da criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. O Decreto 9242, de 17.6.1938, que criou o Departamento de Saúde do Estado, subordinou a Seção de Higiene do Trabalho ao Diretor da Divisão Técnica. Como esta divisão não chegou a funcionar, continuou subordinada ao Diretor-Geral do agora Departamento de Saúde do Estado. De fato, ficou praticamente subordinada ao Departamento Estadual do Trabalho, da Secretaria do Trabalho, Indústria e Comércio (Mascarenhas, 1949). Alguns autores são favoráveis à localização dos órgãos de Higiene do Trabalho nos departamentos estaduais do Trabalho. No entanto, Mascarenhas (1949) é favorável à subordinação dos mesmos aos órgãos estaduais de saúde pública. O Decreto-lei 16401, de 3.12.1946, transfere à Secretaria do Trabalho, Indústria e Comércio a Seção de Higiene do Trabalho, do Departamento de Saúde da Secretaria da Educação e Saúde Pública. Dos motivos apontados pelo autor na defesa da localização desse serviço nos órgãos estaduais de saúde pública, encontram-se os seguintes:

*"I - maior economia pelo benefício que os serviços de higiene do trabalho poderão usufruir, como dos laboratórios e das atividades das unidades sanitárias, além do fornecimento de carteiras de trabalho, visto que as unidades sanitárias existentes podem ficar mais bem aparelhadas para o fornecimento destas, com mais eficiência".*

*"II - Dicotomiza a vida dos operários na fábrica e fora da fábrica".*

"III - Muitas doenças podem estar tanto ligadas ao trabalho como fora de le" (15).

A partir de 1942, vários pronunciamentos são feitos sobre a integração da atenção médica nos serviços de saúde pública. Mas, indubitavelmente, em termos de integração sanitária, o acontecimento mais significativo da década de 60 é a reforma da Secretaria de Saúde de São Paulo, que só viria a ocorrer, após numerosas tentativas desde 1949, em 1968, "mercê de uma série de Decretos que reorganizaram suas unidades centrais, estabeleceram a regionalização das atividades e imprimiram estrutura adequada às unidades de prestação direta de serviços. Desses instrumentos legais, queremos mencionar especificamente o Decreto nº 50.192, que, além de criar as Divisões Regionais de Saúde, disciplina as atividades em nível local, promovendo a integração, sob comando único, da variada gama de unidades especializadas até então existentes" (16). Para Mascarenhas, essa reforma é a concretização de um sonho de muitos sanitaristas que há várias décadas vinham tentando transformar a prática de saúde pública, desorganizada e improvisada, para uma prática planejada, avaliada. "A implantação total da reforma ultrapassará de muito um período governamental, pois depende de adoção, pela maioria dos Técnicos da Secretaria da Saúde Pública, dirigentes e dirigidos, de uma filosofia comum, de uma ação conjugada, dirigida para a meta geral, de um trabalho de equipe que substitua a liderança individualista, tão a gosto do brasileiro de ontem e de hoje" (17).

---

(15) - MASCARENHAS, R. dos S. - Op. cit. (9), pp. 258-64

(16) - RAMOS, R. - Op. cit. (5), p. 161

(17) - MASCARENHAS, R. dos S. - Op. cit. (9). p. 445

## CAPÍTULO II - PERÍODO DE 1923 A 1942

### 1 - Institucionalização da Educação Sanitária

A Educação em Saúde tem sua existência intimamente relacionada com a Saúde Pública que, no século passado, imbuída das idéias do humanismo liberal, preocupou-se com a situação de saúde das classes trabalhadoras surgidas com o capitalismo industrial europeu. Cedo verificou-se que os problemas de saúde não se resolviam apenas com os cuidados médicos e que, além do saneamento básico e melhores condições de vida, era necessário combater a ignorância, além de oferecer tratamento médico. Essa ênfase, segundo Krausz (1974), era a característica das preocupações dos sanitaristas dos fins do século passado.

Como nova área, o termo Educação em Saúde foi proposto pela primeira vez nos Estados Unidos, em 1919, durante a Conferência patrocinada pela Organização de Saúde Infantil. *"Os profissionais que se empenharam na estruturação desta disciplina provinham da Medicina, Enfermagem, Ensino e Propaganda e sua contribuição forneceu os elementos básicos para a criação de um corpo sistematizado de conhecimentos e técnicas que permitiram delimitar paulatinamente no campo específico de ação dentro da Saúde Pública. Já em 1924, criou-se o primeiro curso de graduação em Educação em Saúde, no Massachusetts Institute of Technology, E.U.A., sob a responsabilidade de Claire Turner. No Brasil, o primeiro passo para a coordenação de esforços educativos tomou forma com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920, que incluía os*

serviços de "propaganda dos preceitos de higiene geral e educação profilática do interior da República" (1).

No ano seguinte, 1921, pelo Decreto 15.003, a Inspetoria de Estatística Demógrafo-Sanitária passou a constituir a Inspetoria de Demografia Sanitária, Educação e Propaganda. Em 1923, o Decreto 16.300, criou o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária ligado ao Departamento Nacional de Saúde Pública, com os objetivos de orientar as atividades a serem desenvolvidas nos Estados. *"É a primeira vez que encontramos, na legislação federal, referência específica ao termo educação sanitária"* (2).

O Ministério do Interior, ao qual era subordinado o Departamento Nacional de Saúde, foi transformado em Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, em 1930, pelo Decreto 19.402; o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária passou a constituir a Seção de Informação, Propaganda e Educação Sanitária do Departamento Nacional de Saúde Pública. Em 1937, pela Lei 378, o Ministério da Educação e Saúde Pública é reorganizado, sendo criado o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária do Diretório Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social. Em 1941, pelo Decreto-lei 3.171, é criado o Serviço Nacional de Educação Sanitária. O regimento deste Serviço é aprovado pelo Decreto 10.013, de 17 de julho de 1942. Segundo o artigo 1º do Capítulo I, deste regimento, o Serviço Nacional de Educação Sanitária tem por finalidade *"formar na coletividade brasileira uma consciência familiarizada*

---

(1) - KRAUSZ, R. R. - Estudo de um Novo Profissional : O Educador de Saúde Pública. São Paulo, 1974. (mimeo.), p. 9-20-22.

(2) - MARCONDES, R. S. - Educação Sanitária em Nível Nacional. São Paulo, 1964 (mimeo.), p. 38

com problema de Saúde". No Capítulo III, da Competência dos Órgãos, artigo 6º, compete à Seção de Educação e Propaganda:

- "a - publicar avulsos, folhetos, livros, catálogos e cartazes, destinados à educação sanitária;
- "b - promover, com regularidade a divulgação, por todo o país, de notas, folhetos e artigos sobre assuntos de saúde e sobre as atividades do S.N.E.S.;
- "c - publicar, com regularidade, um periódico de propaganda destinado às massas populares;
- "d - editar publicações de caráter especial, destinados a médicos, educadores e entidades encarregadas da direção de coletividades principalmente infantís e juvenís;
- "e - utilizar-se da palavra falada, da projeção luminosa, inclusive cinematográfica, de radiodifusão e televisão para fins de propaganda e educação sanitária e da divulgação dos propósitos e atividades do S.N.E.S. e demais órgãos do D.N.S.;
- "h - fornecer, mediante ajuste, aos órgãos de finalidades análogas dos serviços estaduais de saúde, subsídios e material de propaganda e educação sanitária, necessários às suas atividades;

- "i - sugerir ao diretor a solicitação aos demais órgãos do D.N.S., de subsídios aos trabalhos da seção, e mesmo de originais que se relacionarem com as finalidades do S.N.E.S.
- "j - promover para fins de publicação, a aquisição de trabalhos originais que se relacionarem com as finalidades do S.N.E.S.
- "l - distribuir suas publicações por todo o país;
- "m - realizar, com entidades nacionais e estrangeiras, o intercâmbio de publicações e de outro qualquer material de propaganda e educação sanitária;
- "n - articular-se com órgãos federais, estaduais, ou municipais, sejam ou não de finalidade sanitária, para extensão das atividades do S. N.E.S. (3).

Apesar de ter caído o termo propaganda da denominação do serviço, o caráter nitidamente propagandista impresso à educação sanitária ainda persiste. Este regimento não difere essencialmente do Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, aprovado pelo Decreto 16.300, de 31 de dezembro de 1923.

---

(3) - BRASIL - Ministério da Saúde. - Departamento Nacional de Saúde. Regimento do Serviço Nacional de Educação Sanitária. - R.J. - I.M. - GRAF - SNES - 1000/a/1958.

O Decreto nº 914, de 18.4.62, publicado no Diário Oficial de 23.4.62, modificado pelo Decreto 53.251 do Diário Oficial de 8.6.64, dá outro regimento ao Serviço Nacional de Educação Sanitária. Esse regimento imprime ao Serviço um caráter técnico-normativo "que assessora o Ministro na definição e na fixação de objetivos de Educação Sanitária e que regulamenta, estimula e coordena o cumprimento daqueles objetivos, competindo-lhe:

- "a - estabelecer as diretrizes básicas do plano de Educação Sanitária, integrando-o no programa de saúde pública do Ministério;
- "b - estimular, no campo de suas especialidades, a ação educativa dos diversos órgãos do Ministério, assessorando-os no planejamento, desenvolvimento e avaliação de seus programas específicos;
- "c - investigar as necessidades relativas à Educação Sanitária em termos de programas e áreas geográficas do país;
- "d - sugerir normas técnicas para seleção de pessoal de Educação Sanitária para o Ministério;
- "e - assessorar os Estados, o Distrito Federal e Territórios na organização de Serviço de Educação Sanitária, podendo sugerir ao Ministro, através do Diretor-Geral do Departamento Nacional de Saúde, a assinatura de convênios que lhes proporcionarem recursos técnicos e materiais para ampliação de seus serviços" (4).

---

(4) - BRASIL - Ministério da Saúde - Depto Nacional de Saúde - S.N.E.S. - Regimento do Serviço Nacional de Educação Sanitária. 1962.

Pela primeira vez definitivamente foi abolida a propaganda da educação sanitária em nível de regimento de serviço. Aparece uma preocupação com plano, programa e pesquisa. A mudança da posição do S.N.E.S. na hierarquia do Ministério da Saúde é sugerida por Marcondes (1964), visto que *"para poder atuar com maior desembaraço e eficiência, deveria estar situado em plano hierárquico mais elevado dentro da estrutura administrativa do Ministério da Saúde"* (5).

Em 1970, através da Portaria nº 237, de 10.8, baixada pelo Ministério de Estado da Saúde, é aprovado um novo regimento. O Serviço Nacional de Educação Sanitária é transformado em Divisão Nacional de Educação Sanitária, daquele Ministério. Passa a integrar a estrutura do Departamento Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças, da Secretaria de Saúde Pública. Subordinada diretamente ao Diretor daquele órgão, tem por finalidade:

*"estabelecer as diretrizes básicas para os programas de educação sanitária, coordenando e orientando sua aplicação no Ministério da Saúde;*

*"a assessorar órgãos públicos e entidades privadas na organização e funcionamento de serviços e atividades de educação sanitária;*

*"estudar e pesquisar, bem como incentivar, promover e colaborar no treinamento profissional".*

A Divisão Nacional de Educação Sanitária do Ministério da Saúde, tem a seguinte estrutura:

---

(5) - MARCONDES, R.S. - Op. cit. (2), p. 123

"I - *Diretoria*

1. *Assessoria de Coordenação e Planejamento*
2. *Secretaria*

"II - *Serviço de Estudos e Meios de Comunicação*

1. *Seção de Estudos de Avaliação*
2. *Seção de Meios de Comunicação*

"III - *Serviço de Orientação Técnica e Treinamento*

1. *Seção de Coordenação e Orientação Técnica*
2. *Seção de Treinamento*

"IV - *Seção de Administração*

1. *Turma de Pessoal*
2. *Turma de Execução Orçamentária e Financeira*
3. *Turma de Material e Transporte*
4. *Turma de Comunicação".*

No Capítulo III, "Da Competência dos Órgãos",

temos:

"Art. 5º - Compete à Divisão Nacional de Educação Sanitária, através de:

"I - *Serviços de Estudos e Meios de Comunicação.*

"1 - *Seção de Estudos e Avaliação*

"a - estimular, participar, coordenar e realizar estudos e pesquisas no campo da educação sanitária e das ciências sociais correlatas;

"b - avaliar métodos, práticas e programas de educação sanitária;

"c - promover, coordenar e participar de projetos experimentais de educação sanitária;

"d - estudar as necessidades relativas à educação sanitária em relação a programas e áreas geográficas.

"2 - Seção de Meios de Comunicação

"a - preparar e testar modelos de cartazes, folhetos e demais meios de informação audio-visual;

"b - organizar e manter o arquivo do material produzido pela Divisão, bem como um serviço de tipografia.

"II - Serviço de Orientação Técnica e Treinamento

"1 - Seção de Coordenação e Orientação Técnica.

- "a - coordenar os programas de educação sanitária desenvolvidas pelos diferentes órgãos do Ministério;
- "b - estabelecer diretrizes gerais e colaborar na programação, organização e avaliação das atividades de educação sanitária desenvolvidas pelos órgãos técnicos do Ministério;
- "c - prestar assistência técnica e financeira a órgãos e entidades do setor público e privado, na organização sanitária, mediante convênios, ajustes, contratos ou acordos;
- "d - promover, colaborar e participar na organização e realização de reuniões técnicas.

"2 - Seção de Treinamento:

- "a - promover e participar das atividades de treinamento e o aperfeiçoamento de pessoal de saúde, especialmente de cursos destinados à formação de pessoal especializado em educação sanitária;

"b - colaborar com as instituições que desenvolvem cursos de formação de pessoal de saúde, visando a melhor adequação dos programas de ensino de educação sanitária;

"c - prestar assessoramento em educação sanitária, aos estabelecimentos de ensino destinados à preparação de professores;

"d - sugerir normas e critérios para seleção de educadores sanitários para o Ministério da Saúde" (6).

A institucionalização da educação sanitária no Estado de São Paulo, tem início em 1925, graças à reforma do Serviço Sanitário do Estado e à criação do curso de educadores sanitários. Esse período é referido por Mascarenhas (1949) como sendo o da educação sanitária, em lugar da polícia sanitária que caracterizava a saúde pública desde os fins do século passado. Para Ramos (1973), é o princípio do II Período, correspondendo à fase I da integração sanitária. Tem início em 1923 com a criação do primeiro centro de saúde e estende-se até os primeiros anos da década de 1940. Caracteriza-se pela grande ênfase na medicina preventiva e educação sanitária. O período anterior a 1923, caracteriza-se pela proliferação de serviços monovalentes, visando a enfrentar problemas específicos

---

(6) - BRASIL - Ministério da Saúde - Secretaria da Saúde Pública - Departamento Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças - D.N.E.S. - 1970.

ou, frequentemente, a atender interesses pessoais ou de grupos. O período de 1923 a 1942, tem início com a criação do primeiro centro de saúde da América Latina, junto ao Instituto de Higiene. Nesse mesmo ano (1923) era realizado o primeiro Congresso Brasileiro de Higiene.

A organização do Serviço Sanitário do Estado, através do Decreto 3.876, de 11.7.1925, aprovado com modificações pela Lei 2.121, de 30.12.1925, estabelece a criação da Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde, que tinha os seguintes dispositivos, entre outros:

*"IV - A educação sanitária se fará sempre com toda a generalidade possível e pelos processos mais práticos, de modo a impressionar e convencer os educandos e implantar hábitos de higiene".*

*"Será ministrada ao indivíduo isoladamente, ou em grupos, segundo convier, e professadas nos cursos de saúde, em visitas domiciliares ou aos estabelecimentos escolares, hospitais, comerciais, fabrís ou quaisquer outros lugares de reunião acessíveis, dispondo embora estes de instrução semelhante, à qual, neste caso, o serviço de educação sanitária auxiliará".*

*"O Serviço de Educação Sanitária visará de modo especial a higiene individual, pré-natal, a infantil e a da idade escolar, assim como o censo da idade escolar,*

*assim como o censo da morbidade em geral; aproveitará quanto possível a oportunidade que se manifesta na infância e na mocidade para imprimir ou desenvolver hábitos de higiene e sempre que operar o serviço fora do centro, fará propaganda intensiva das vantagens da população em frequentá-los".*

*"V - Disporá o Serviço de Educação Sanitária de uma biblioteca especial, fornecendo-lhe desde já a Diretoria-Geral todos os trabalhos do gênero que existam na respectiva biblioteca; haverá no mesmo serviço duas comissões especiais de educadores, designados pelo inspetor chefe: uma de redação e publicações, e a outra de conferências e exposições".*

*"VI - Os centros de saúde visarão atrair a população com os seguintes objetivos:*

*"E - de criar principalmente oportunidades para educação sanitária dos pacientes e das respectivas famílias;"*

*"F - de indicar o método prático a observar na educação de higiene em domicílio;"*

*"VIII - A educação popular e específica, será ministrada nos centros de saúde por médicos e educadores*

especializados, à medida do tratamento, e prosseguida em domicílio, como e quando convier".

"IX - Haverá nos centros cozinhas, lactários e outras instalações que convierem a fins educativos, e se fará distribuição de leite puro ou modificado, por preço de custo." (7)

Para Mascarenhas (1949), essa reforma apresentou grandes conquistas para a saúde pública:

"I - Introdução da educação sanitária intensiva no meio da população em geral: todos os países de grande desenvolvimento em saúde pública, compreenderam que, para o êxito dessas atividades, o povo não deve ser elemento passivo. É assim que segundo Sigerist, a União Soviética, nos primórdios da sua existência e quase na mesma época, fez da educação sanitária o alicerce de toda a sua campanha sanitária."

"II - Centro de Saúde, como eixo da campanha sanitária: como discorreremos mais adiante, a ação sanitária já descentralizada na unidade sanitária polivalente denominada centro de saúde. A organização do centro de saúde apresentou um poliformismo grande, variando de acordo

---

(7) - As idéias e citações que se seguem são assentadas em MASCARENHAS, R. dos S. - Contribuição para o Estudo da Administração Sanitária Estadual em São Paulo. São Paulo, 1949. Tese de Docência Livre apresentada à Fac de Hig. e S. Publ. da U. S. P.

com as condições sociais, econômicas, financeiras e sanitárias de cada região, mas obedecendo a princípios básicos, declarados na legislação em estudo. A reforma de 1925 deu início modesto aos centros de saúde, procurando criar apenas 5 dessas unidades na capital."

"III - Unidade Sanitária única em cada região: um dos princípios básicos dos centros de saúde foi também aplicado aos postos municipais. Os postos de tracoma, malária foram anexados aos postos municipais, ficando estes responsáveis por todas as atividades sanitárias dos municípios em que estão instaladas."

"IV - Unidade sanitária com visitantes: Uma unidade sanitária que não possui um corpo de técnicos encarregados de visitar em domicílios, quer de pessoas sãs, quer de doentes, torna-se estática só recebendo os que a procuram, geralmente pessoas doentes ou potencialmente doentes. Sem visita domiciliária não pode existir educação sanitária eficiente."

"V - Tempo integral: Foi esta uma das providências chamadas de "americanismo" e das mais combatidas, visto que tenha contra si, muitos

*interessados na conservação do tempo parcial. Saúde Pública sem tempo integral não permite uma especialização adequada, uma dedicação completa ao serviço. O profissional que se aplica parcialmente às atividades sanitárias tem sua atenção solicitada pelos seus interesses privados e pelos dos serviços públicos e, geralmente, os primeiros predominam sobre os segundos."*

A Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde foi transformada em Inspetoria de Higiene Escolar e Educação Sanitária pelo Decreto 4.891, de 13.2.1931, que reorganizou o Serviço Sanitário.

O Decreto 9.247, de 17.6.1938, cria uma Divisão Técnica compreendendo, entre outras, a Seção de Propaganda e Educação Sanitária. Mascarenhas (1949) considera que uma nova ênfase foi dada à educação sanitária, plasma da agora na ação do centro de saúde como órgão distrital.

O Serviço dos Centros de Saúde da Capital foi organizado pelo Decreto 9.273, de 28-6-1938. Atribuíam como finalidade principal dos centros de saúde, a educação sanitária, a imunização contra as moléstias transmissíveis, o tratamento dos focos susceptíveis de serem feitos em dispensários, a pesquisa destes e dos outros focos em geral, o exame médico periódico, a inculcação de hábitos sadios e a melhoria das condições sanitárias em geral. O centro de saúde visava atrair a população com os seguintes objetivos:

"I - de dispensar a doentes o tratamento medicamentoso, quando de finalidade sanitária, nos casos estritamente previstos no regimento interno do serviço, ou para encaminhá-los, por intermédio do Serviço de Assistência Hospitalar, a outras instituições que se indiquem na hipótese, sempre que aos Centros não incumbir o tratamento, ou for a assistência de caráter exclusivamente clínico;"

"V - de criar, principalmente oportunidade para a educação sanitária dos pacientes e das respectivas famílias;"

"J - Em cada Centro de Saúde haverá, em determinados horários e em dependências apropriadas, os seguintes serviços gratuitos, nos termos que forem previstos no Regimento Interno, franqueados ao público:

- I - Exames periódicos;
- II - Verminoses;
- III - Tracoma;
- IV - Sífilis e moléstias venéras;
- V - Tuberculose;
- VI - Higiene pré-natal;
- VII - Higiene infantil;
- VIII - Higiene pré-escolar;
- IX - Higiene escolar;
- X - Higiene buco-dentária;
- XI - Nutrição e dietética;

- XII - *Enfermagem de saúde pública;*  
 XIII - *Propaganda e educação sanitária;*  
 XIV - *outros que o Regimento interno especificar."*

"K - *O Centro de Saúde atenderá a todos que o procurarem, sem distinção de sexo, haveres ou outra qualquer condição social, e será o Centro de Saúde, o órgão diretor, no distrito respectivo, de todo o serviço de educação sanitária."*

"L - *A educação popular e específica será ministrada nos Centros de Saúde por médicos e educadores sanitários especializados, à medida do tratamento e prosseguida em domicílio, como e quando convier."*

Esse Decreto também atribuía aos Centros de Saúde: o policiamento domiciliário, que cabiam às extintas Delegacias de Saúde da Capital; o fornecimento de carteiras para admissão no trabalho em casas comerciais, fábricas, oficinas, etc.; a polícia sanitária com funções antes atribuídas à Inspetoria do Policiamento da Alimentação Pública.

O Decreto 9.341, de 20 de julho de 1938, organiza o Serviço do Interior do Estado, do Departamento de Saúde. Entre as finalidades dos Centros de Saúde na zona rural, temos:

"I - *Tudo o que diz respeito às questões de polícia sanitária das fazendas e suas dependências, habitações isoladas e estabelecimentos de qualquer natureza;*

"V - O tratamento de doentes de malária, tracoma, verminoses, leishmanioses e outras endemias."

A Seção de Propaganda e Educação Sanitária do Departamento de Saúde do Estado de São Paulo foi criada pelo Decreto 9.277, de 17.6.1938, tendo sido organizada pelo Decreto 9.322, de 14.7.1938, cujas finalidades são:

"I - Promover campanhas para divulgação dos princípios de higiene e das noções indispensáveis à defesa da sociedade contra as enfermidades. Para tanto:

"A - Fará realizar palestras e conferências em lugares previamente determinados, ou através do rádio;"

"B - Promoverá a confecção de filmes educativos ou incentivará a sua produção, ou os adquirirá, quando necessário, encarregando-se da sua difusão;"

"C - Publicará na imprensa, diária ou periódica, artigos, comunicados, entrevistas, desenhos e fotografias que possam oferecer vantagens para melhor conhecimento público das enfermidades, suas causas e profilaxia;"

"D - Publicar livros, revistas, folhetos, cartazes ou impressos que visem o maior conhecimento da higiene e defesa sanitária;"

- "E - Auxiliará e incentivará a literatura médica ou leiga, desde que seja veículo do ensino de higiene, organizando concursos, distribuindo prêmios, custeando obras ou artigo ou adquirindo direitos autorais de publicações úteis a essa finalidade;"
- "F - Promoverá nas escolas, públicas ou particulares, o ensino da higiene, por todos os meios reputados úteis;"
- "G - Manterá contacto com associações de classes recreativas, esportivas, etc., organizações industriais, comerciais, agrícolas, departamento de Estado e dos Municípios, para, através deles, difundir princípios de higiene e defesa sanitária;"
- "H - Cooperará com todas as seções do Departamento de Saúde e demais repartições públicas, oferecendo ou solicitando seu auxílio para melhor exercício das suas funções."
- "II - Organizar fichário dos médicos, parteiras, enfermeiros, hospitais públicos ou particulares, drogarias, farmácias e laboratórios, com

*eles mantendo relações para acautelar a coletividade contra a propagação de enfermidade ou para circunscrever epidemias."*

*"III - Organizar e manter uma biblioteca de publicações nacionais e estrangeiras ligadas à sua finalidade, assim como um arquivo de todos os seus trabalhos."*

O Decreto 9.322, acima citado, não traz qualquer organização para essa Seção. A Organização "de fato" é a seguinte: Diretoria, secretaria, desenho, fotografia e biblioteca.

Nos centros de saúde eram previstas uma educadora sanitária para cada 8.000 habitantes, para cuja admissão era necessário o diploma conferido pelo Instituto de Higiene ou estabelecimento federal equivalente. Eram os únicos profissionais a serem admitidos com base na formação (Mascarenhas, 1949).

## 2 - A Formação do Educador em Saúde

O ensino profissionalizante de educação em saúde, ocorre paralelamente à evolução da saúde pública. No período anterior a 1923, a educação em saúde inexistia como uma área específica. É a fase do saneamento do meio, controle de moléstias transmissíveis e da polícia sanitária no Brasil.

À medida que os países industrializados conseguiram controlar as doenças transmissíveis, os programas

de saúde pública passaram a dar ênfase à prevenção e controle de doenças crônicas e mentais (Mascarenhas & Ramos, 1966). Em relação aos Estados Unidos, uma décima parte do trabalho realizado pelos serviços de saúde pública está dedicado a tarefas tradicionais, tais como o controle de abastecimento de água e sistema de esgoto, quarentena e outras, sendo que nove décimos do trabalho consiste em novas tarefas que a medicina privada é incapaz de realizar.

É nesse contexto que o curso de educação sanitária é introduzido no Estado de São Paulo. Foi estabelecido pela Lei 2.121, de 30.12.1925, determinando que somente os classificados nesse curso poderiam ser admitidos para os cargos de educador sanitário. O Decreto 4.089, de 17.8.1926, estabeleceu o primeiro Regulamento para o Curso de Educador Sanitário. Segundo esse Decreto, *"visa rã o ensino de conhecimento teórico-prático de higiene a professores diplomados por escola normal do Estado, com o intuito:*

*"a - de disseminarem estes, no exercício do magistério, os conhecimentos, por todas as camadas sociais, concorrendo desse modo para a formação da consciência sanitária do povo e nas campanhas profiláticas, cooperando com os serviços de saúde pública;"*

*"b - de se habilitarem para exercer o cargo da nova organização sanitária, ocorrendo vaga e mediante escolha do Governo, dentro dos habilitados no curso ..."*

"Os Decretos 6.224, de 18.12.1933; 6.324, de 28.2.1934; 10.387, de 19.7.1939; 10.440, de 27.8.1939; e, 15.552, de 24.1.1946, que modificariam o regulamento do Curso de Educador Sanitário não se afastaram das linhas de finalidades expostas no Decreto que estabeleceu o primeiro Regulamento para o referido curso" (8).

Até 1940, o curso de educação sanitária não oferecia nenhuma aula específica naquela área. É somente em 1940, que aparece uma disciplina de educação sanitária. Naquele ano, foram ministradas quatro aulas:

"26.09.1940 - O que é educação sanitária. Vista geral do papel da educação sanitária. Aula teórica."

"28.11.1940 - De acordo com a média atual de conhecimentos populares, com as condições de vida das várias classes, onde deve iniciar, de preferência, a educação sanitária? Processos utilizados."

"30.11.1940 - Educadora em função das diversas entidades junto às quais estiver destacada. Papel da educadora, diante dos vários problemas de saúde pública."

---

(8) - MASCARENHAS, R. dos S. - Op. cit. (7), p. 376

"3.12.1940 - Palestras coletivas sobre higiene do sono, alimentação sadia, perigo dos resfriados. Cuidados às gestantes (aula prática)."

"9.12.1940 - Exame escrito" (9).

### 3 - Trabalhos publicados (\*)

No período anterior a 1923, a saúde pública se caracterizou por medidas de combate às grandes epidemias como a febre amarela, e algumas medidas de saneamento do meio. Somente no começo do século, e mais especificamente a partir de 1910, começaram a ser implantados serviços específicos para controle de determinadas doenças. A partir de 1910 a Rockefeller Foundation prestou auxílio técnico e financeiro para unidades permanentes, principalmente no controle de parasitoses intestinais, notadamente em São Paulo (Ramos, 1973).

Em 1923, realizou-se o I Congresso Brasileiro de Higiene, onde se destacam dois trabalhos apresentados. Um, de Paula Souza, "O Estado de São Paulo e alguns dos seus serviços de Saúde Pública". O autor, assim se refere à educação sanitária:

---

(9) - MASCARENHAS, R. dos S. & FREITAS, A.V. - "Contribuição ao Estudo da História do Ensino da Educação Sanitária na Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo" - Arq. de Hig. e S. Publ. da U.S.P. 13 (1), 1959

(\*) - Os trabalhos que serviram de apoio neste período, acham-se relacionados no final desta unidade.

"1 - Educação Sanitária - É fator de primeira importância na solução de problemas de saneamento. Por meio de conferências públicas e escolares, palestras particulares, demonstrações microscópicas, projeções fixas e animadas, afixamento de cartaz, distribuição de folhetos, publicações nos jornais, enfim, por todos os meios possíveis de propaganda, o "posto municipal permanente" procurará divulgar sistemática e ininterruptamente no seio da população os preceitos elementares de higiene. Esta propaganda intensa deverá visar especialmente as crianças, devendo ser organizadas em cada grupo ou escolas, verdadeiras aulas de higiene, de acordo com a mentalidade dos ouvintes e com um programa pré-estabelecido."

Paula Souza defendia duas idéias nesse trabalho. Uma, que o levou a abrir o curso de educadores sanitários, e que era a de preparar professoras primárias em saúde pública a fim de, em suas escolas, disseminarem os ensinamentos de higiene. Outra, a de defender a implantação de postos municipais permanentes, procurando uma forma de saneamento que suprisse a deficiência das campanhas ou comissões. O autor refere que o Estado de São Paulo contava, naquela época, com 26 postos entre intensivos e permanentes.

Outro, de J. H. Sinns e Oswaldo M. Resende, foi apresentado pela Associação Cristã de Moços. Refere-se à educação física e higiene. As conclusões dos autores são:

- "1a. - A educação física é um meio eficaz de propagar a higiene e alcançar a saúde. "
- "2a. - A educação física deve ter por escôpo desenvolver no indivíduo o "quantum" de vigor físico essencial ao equilíbrio da vida humana, à felicidade da alma, à preservação da pátria e à dignidade da espécie."
- "3a. - A educação física, ministrada de acordo com um programa científico bem organizado, é, para a maioria dos homens, uma necessidade vital, exigida pela vida artificial que caracteriza assim a cidade moderna, com os métodos pelos quais os homens de hoje ganham os meios de subsistência."
- "4a. - As aulas de ginásticas e os desportos promovem, assim, o que mais essencial para o bom êxito na vida - a saúde."
- "7a. - As conferências sobre higiene e educação física despertam grande interesse e são de grande valor no ensino da profilaxia individual e social, principalmente quando feitas com auxílio do cinematógrafo."

- "8a. - Os folhetos produzem resultados apreciáveis. Devem visar, especialmente a educação da vontade e não indicar os meios de se tratar a doença, serviço que deve ficar entregue aos médicos, hospitais, dispensários e ambulatórios."
- "9a. - A base da educação sexual é a continência. Combater o êrro dos que acreditaram ser perigosa a eficiência do indivíduo é assegurar-lhe à prática."
- "10a. - Em relação aos perigos individuais e sociais resultantes da mui vulgarizada crença de que a continência pode ser prejudicial à saúde, afirmamos não ter sido até agora provado que a conti-  
nência seja prejudicial à saúde ou à virilidade, e que a conti-  
nência oferece a única verdadei-  
ra garantia à saúde sexual, fora do matrimônio."

Essas foram as referências mais importantes sobre educação em saúde naquele Congresso. É interessante notar os métodos propostos para a educação em saúde e o caráter de propaganda. Na realidade a preocupação não era com a educação mas com a propaganda que se mostrava uma área nova e com grande eficiência, principalmente com o sucesso cada vez maior do "cinematógrafo". Conferências, cartazes, folhetos são outros exemplos de que os serviços queriam "vender" a idéia da prevenção e preceitos de higiene.

Um dos temas do III Congresso, em 1926, se referia à formação de hábitos sadios na criança. Foram apresentados 15 trabalhos, num total de 137 páginas dedicadas àquele tema. O relatório realizado pelo Dr. J.P. Fontenelle, resume esses trabalhos, os quais ressaltam a importância de inculcar na mãe, os preceitos de higiene e hábitos sadios e a necessidade de se criarem escolas maternais e Jardins de Infância para um trabalho mais efetivo. Compara o ensino da gramática com o ensino da higiene, mostrando as semelhanças. *"Para a saúde como para a linguagem, primeiramente o hábito depois a instrução"*. Dentre os conferencistas, havia um psicólogo que atentou para o fato de serem os hábitos vantajosos na esfera intelectual e na atividade; porém, na esfera afetiva, leva à *"diminuição dos sentimentos e emoções, o que pode influir até na esfera intelectual, tirando os prazeres de juízos e de raciocínios novos, pelo que acha que o hábito é as vezes abusivamente utilizado pela metodologia do ensino"*. O relator não concorda, pois acha a formação de hábitos benéfica à saúde *"suprimindo os inconvenientes de certas emoções"*. Finalizando, escreve que *"a escola tem de atuar de várias formas: pelo meio, como possibilidade de execução dos atos sadios (perfeito fornecimento de água, boas instalações de latrina, lavatórios convenientemente aparelhados, etc.); pelo exemplo da professora instruída em higiene e educada sanitariamente (como tão bem assinala o Dr. Colombo Spinola), pela organização dos trabalhos sem atentado aos dogmas da higiene; e muito particularmente, pelo esforço aí feito para inculcar bons hábitos de saúde, física e psíquica, entre os quais incluídos os exercícios físicos ao ar livre"*. A educação deve considerar os instintos e tendências, ser agradável, por meio de brinquedos, concurso, *"de que o pelotão de saúde é modalidade adotada esplendidamente"*. É necessário catequizar os responsáveis pelo ensino. Em 1923, o relator expôs a professores a reforma no ensino de higiene, onde

"está sendo substituído pela educação para a saúde, por várias formas, particularmente a de inculcar bons hábitos físicos e mentais". Acredita que a ação da escola vai contribuir para melhorar a nutrição do brasileiro, inclusive a conservação dos dentes para a qual a assistência dentária, que se estava iniciando, iria contribuir. Considera que a imprensa pode ser útil desde que perca seu caráter sensacionalístico e escandaloso.

Paula Souza, apresenta outro trabalho nesse congresso: "Os Centros de Saúde na Organização Sanitária do Estado de São Paulo". Refere o autor que a reforma sanitária evidencia seu objetivo fundamental - *"a formação da consciência sanitária das populações e, como finalidade correlata - os serviços de profilaxia, geral e específica ali igualmente definidos"*. A educação sanitária é colocada concomitantemente aos serviços de saúde. A filosofia da reforma foi a de integrar os diversos serviços sob um comando único, flexível, adaptável às necessidades de tempo e meio, com o intuito de obter o máximo de resultados. *"E se incompatibiliza com a burocratização aparatosa e inútil"*. Na falta de enfermeiros acorreram a professores públicos com curso especial de higiene. *"Corresponderam, estes, magnificamente, à expectativa, pelos conhecimentos especiais adquiridos, adicionados da prática do ensino público. São as pessoas mais qualificadas a transmitir aos outros as noções elementares de higiene"*. Coloca que o trabalho de higiene, é dependente do indivíduo, da sua compreensão, das obrigações à própria saúde, e a saúde de todos depende de cada um. Ao Estado caberia o saneamento e a solução de problemas da habitabilidade. A saúde pública depende da soma dos esforços de cada um. Aos problemas de administração pública deficiente, morosa, custosa, estão representados na ausência da nossa cultura sanitária popular. A falta de continuidade de apreço pela

questão de saúde pública, traduzida nos grandes problemas de São Paulo na época, que deixou de ser uma cidade que no começo do século, segundo Emílio Ribas, nada devia às européias, era atribuída a falta de educação sanitária. A saúde pública não acompanhou o progresso econômico de São Paulo. A educação sanitária é colocada também *"como mola que desperta a consciência do dever público e particular para com a saúde"*. Atribui a profilaxia geral como uma expressão prática de higiene individual. Esta, a má formação de bons hábitos, a incontinência da mocidade, excessos de alimentação são causas de grande maioria das moléstias transmissíveis, paralelamente ao acionamento do meio. Dessa forma, a educação é a base da administração sanitária. *"A educação satisfatória, a educação real, é feita pondo em contacto a demonstração do educador com o interesse do educando, em momento oportuno, em torno de um facto concreto, prontamente apreciável e lucidativo e principalmente através do período da vida em que o sistema nervoso é maleável às impressões e favorável à formação de bons hábitos, isto é, na infância, na meninice e secundariamente na mocidade. As teorias e as regras de higiene nada produzem sem isto, a memória pouco as retém e o hábito não se forma. Seis anos de estudos de gramática estrangeira muitas vezes não habilitam o homem a falar esse idioma, quando as crianças, no convívio das pessoas que falam tal língua, aprendem-na sem o perceber."*

O centro de saúde é, pois, através de oportunidades educativas, visitas domiciliares, controle de doenças transmissíveis pelo tratamento e educação - o aparelho de educação sanitária. Refere ainda, que deveria haver mais hospitais e que esses são uma oportunidade educativa *"pelo conhecimento da palavra conforto e da maneira pela qual se deve comportar em ambiente higienico e adequado."* A ênfase é dada na prevenção. A educação sanitária é irremediavelmente ligada à prevenção - *"mas sempre,*

prevenindo-a , pela educação sanitária, e aqui está o valor extraordinário do benefício promovido." A saúde pública e a justiça são atribuições que o Estado deve promover, mas num país como o nosso aquela precede a organização desta. *"Em maternidades ao alcance de todos, o parto seria assegurado, e apreenderiam as mães as vantagens de recorrerem aos competentes. Seria o tiro de morte ao criminoso e nefasto exercício ilegal da obstetrícia. Seria o fundamento mais seguro e indispensável para a socialização da medicina que tanto benefício traria à comunidade."*

O Dr. Humberto Pascale apresentou nesse mesmo Congresso, o trabalho "A Ação do Posto de Higiene em Educação Sanitária". Para o autor, a educação sanitária tem por finalidade, *"criar em cada indivíduo a consciência sanitária. Embora pareça paradoxal este conceito, supondo a criação de faculdade inata em cada um de nós, tal como a consciência, trata-se aqui apenas de se lhe ajustar um atributo novo, que, uma vez instalado, não mais se transviará"*. A educação é a consciência moral, voz interior que há que se ouvir e que indica o caminho do bem e do mal. Na formação de consciência sanitária, deve-se formar primeiramente no indivíduo *"a vontade de interrogá-la e sobretudo obedecê-la na prática de atos que a instrução sanitária lhe apontou como bons"*. A Propaganda Sanitária é tida como um dos meios de educação. Através da propaganda, a instrução sanitária com noções de higiene é divulgada e difundida na população. Acreditava-se que uma vez difundida uma noção de higiene, o resto seria fácil, pois *"todo o indivíduo tem sempre uma noção do valor das ciências embora não lhes conheça intimamente a essência."* Os métodos propostos são sempre a palavra falada, através de conferências públicas e palestras particulares. Pela palavra escrita, através de publicações de artigos, distribuição de panfletos, boletins, cartazes, cartões, etc.

Outro meio de divulgação é a exibição de filmes e diapositivos *"versando sobre assuntos palpitantes de higiene"*. As conferências públicas devem ser feitas em linguagem acessível e apontam sempre um caminho a seguir. As particulares, persuadem, despertam, *"ã força de se repetirem, novos pendoros"*. Assim o Centro de Saúde, através das atividades, funciona numa atmosfera permanente de educação.

O Policiamento sanitário, embora anacrônico, deve ser mantido. Chama atenção do público, ministra ensinamentos, mantém a repetição das informações. O indivíduo que compreender e respeitar religiosamente os ensinamentos e deliberações que deles provierem.

É dada ênfase na escola, onde o homem inicia sua formação. *"Da educação intelectual da criança, depende em grande parte o êxito do homem acabado"*. A criança é algo ainda não contaminado pelo meio. Assim, a criança dócil, maleável, não empedernida, recebe com afã os ensinamentos ministrados. É a ela que a educação sanitária pois deve se dirigir. É uma visão moralista entre o mal e o bem, onde a consciência é tida como uma voz interior que, deve ser ouvida sempre que estiver para praticar um mau ato de higiene. Conclui que:

*"1 - A educação sanitária, visando a compleição da consciência sanitária, torna-se o fator mais completo e eficiente da higienização dos costumes do povo."*

*"2 - O Posto de Higiene, para merecer a sanção da higiene moderna, não pode prescindir da colaboração direta, ativa e completa da educação sanitária."*

"3 - A educação sanitária deve ser um atributo imanante do Posto de Higiene."

Outro trabalho apresentado ao 3º Congresso Brasileiro de Higiene, em 1962, pelo Dr. Theophilo de Almeida, versou sobre "O Papel da Educação Sanitária na Profilaxia da Lepra". Para o autor, "a educação sanitária deve visar a questão da notificação, sendo que a propaganda junto ao grande público deve ser feita através de conferências públicas, cartazes, prospectos, folhetos, artigos, e outras inserções na imprensa diária ou periódica, em linguagem simples e convincente. Deve ser de qualquer modo incultidos na consciência sanitária do público em geral, os seguintes preceitos:

- "a - a lepra é uma doença contagiosa;
- "b - a lepra não se transmite hereditariamente;
- "c - a lei brasileira permite em certos casos, isolamento dos leprosos em domicílio;
- "d - a lepra tem tratamento de comprovada eficácia;
- "e - o charlatanismo de todos os órgãos constitui um sério embaraço para a ação sanitária; assim o povo deve ser suficientemente esclarecido acerca dos processos charlatanescos e das medicinas absurdas com relação à lepra."

Outro trabalho é o "Aspecto Educacional do Problema Venéreo em São Paulo". Foi um trabalho escolar do

5º ano do curso médico, apresentado à cadeira de Higiene, a cargo do Prof. Paula Souza. O autor fez um levantamento dos serviços anti-venéreos na Capital, entrevistando 50 pessoas sobre conhecimentos que tinham sobre sífilis e doenças venereas. A cada resposta foi atribuída uma nota. O grupo de entrevistados foi classificado em educados e não educados. Dos 50 entrevistados, 43 já tinham contraído moléstia venérea. O questionário iniciava com duas perguntas, uma, se já tinha recebido educação sanitária relativa a moléstias venéreas. Em seguida se já sofreu contágio venéreo excluindo o congênito. As perguntas eram todas diretas e indutivas. Por exemplo:

*"- Sabe que a sífilis pode causar graves complicações?"*

*"- Sabe que a sífilis é moléstia que se transmite à descendência?"*

Segundo o autor, todas as perguntas selecionadas encerravam noções bastante simples, sendo de desejar que o indivíduo, por mais baixo que seja, no assunto, o seu índice educacional, tenha conhecimento de todas elas. O autor conclui que a educação sanitária não foi ministrada convenientemente.

4 - Bibliografia levantada no período de 1923 - 1942

FONTENELLE, J. P. - Resumos dos Trabalhos do Tema: Formação de Hábitos Sadios na Criança. Anais do I Congresso Brasileiro de Higiene, 1923.

HOMEM DE MELLO, V. - Aspecto Educacional do Problema Venereo em São Paulo. Arquivos de Higiene e Saúde Pública. II (3). São Paulo, 1937.

PASCALE, HUMBERTO - A Ação do Posto de Higiene em Educação Sanitária. Anais do III Congresso Brasileiro de Higiene, 1926.

PAULA SOUZA, G. H. - O Estado de São Paulo e Alguns de seus Serviços de Saúde Pública. Anais do I Congresso Brasileiro de Higiene, 1923.

PAULA SOUZA, G. H. - Os Centros de Saúde na Organização Sanitária do Estado de São Paulo. Anais do III Congresso Brasileiro de Higiene, 1926.

SYNNS, G. H. & REZENDE, O. M. - Como Podem as Instituições Particulares Contribuir para a Educação Hygienica do Povo? Anais do I Congresso Brasileiro de Higiene, 1923.

## 5 - Discussão

A reforma sanitária de 1925 no Estado de São Paulo dicotomiza a prestação de serviços em preventivos e curativos. A saúde é um direito de todos e ao Estado compete garantir esse direito. A integração proposta por Paula Souza visava os serviços de prevenção e controle de doenças transmissíveis. Os doentes eram encaminhados para tratamento em serviços tais como hospitais e ambulatórios, em geral privados. Essa reforma sofreu várias oposições. De um lado, havia a oposição ao caráter essencialmente preventivo da reforma. Argumentam que as populações são carentes de atenção médica. Assim, dificilmente as pessoas procurariam um serviço *"para ouvir conselhos ou receber orientação, quando sua necessidade é curar-se"*. Por outro lado, havia a oposição representada pelo Deputado Gama Rodrigues. Sua argumentação não é clara. O motivo da oposição não é explicitado. No entanto, é de se supor que os Centros de Saúde eram vistos como uma ameaça à medicina privada.

Na década de 1920, a educação sanitária foi excessivamente enfatizada. Era o apanágio da saúde pública e instrumento que iria resolver todos os problemas de saúde, à medida que fosse formada *"a consciência sanitária nacional"*.

É provável que a divisão artificial dos serviços de saúde em medidas curativas e preventivas, tenha imposto à educação sanitária o caráter propagandista que assumiu. Por outro lado isso também pode ser devido à falta de metodologia própria para um tipo de trabalho educativo fora da escola. A educação vem sendo de longa data

analisada e concebida como um processo escolar. A educação é analisada na maioria das vezes, mesmo pelos cientistas sociais, como um fenômeno ligado à escola. A institucionalização escolar da educação distanciou os educadores de seu objeto: -o homem como um ser de relações no mundo e com o mundo numa sociedade determinada - e se reduziu a um simples fenômeno que ocorre nas salas de aula. A educação deixa de ser um fenômeno da vida para se reduzir a um fenômeno de ensino. Assim, é possível que os educadores e sanitaristas tenham escolhido o caminho mais fácil - a propaganda. Por outro lado, isso também se explica pela visão do homem e do mundo que os trabalhos evidenciam. A preocupação dos sanitaristas era a de inculcar na população os preceitos e dogmas da Higiene. Necessário se fazia "vender a idéia" de prevenção para uma população carente de atenção médica curativa e, portanto, desinteressada nas medidas de higiene individual e de prevenção de doenças das quais provavelmente eram portadoras.

A saúde e a doença são encaradas de maneira simplista. Existe uma população ignorante, com maus hábitos de higiene e, portanto, portadora de doenças transmissíveis podendo por em risco a saúde de toda a comunidade. É preciso pois, informá-la e inculcar os preceitos da Higiene para formar bons hábitos e assim, resolver os problemas de saúde. A propaganda intensiva, através de jornais, cartazes e folhetos, e de todos os meios possíveis, formaria a consciência sanitária nacional. A criança, matéria prima a ser moldada é o alvo principal da educação sanitária. Sua vida deve ser regrada desde antes de seu nascimento através do pré-natal. A criança ainda não é contaminada pelo meio e, assim, é mais fácil formar hábitos saudáveis. A escola, então, é o lugar ideal para a formação da criança. O curso de educação sanitária visava preparar o professor nos preceitos da higiene e educá-los sanitariamente, para poderem formar hábitos saudáveis nas crianças e inculcar noções de higiene. Grande ênfase foi dada

ã educação sanitária e principalmente à educação sanitária nas escolas.

A década de 1920 foi um período de grande efervescência política, social e econômica. Com o crescimento do setor industrial, eram necessárias reformas que garantissem seu desenvolvimento. As estruturas da República não permitiam seu crescimento. O grupo do setor agrário-comercial detinha o poder político que era essencialmente o mesmo do Brasil Império. Por outro lado, com o grande contingente de imigrantes, novas idéias eram trazidas da Europa e eram exigidas novas formas de relacionamento empregador-empregado. Crescia a classe dos trabalhadores urbanos. A classe média exigia maior participação no poder político. Esse período se caracteriza por um *"inusitado entusiasmo pela escolarização e de marcante otimismo pedagógico"* (10). Para as reformas exigidas pela industrialização é necessário reformar o homem. Para Nagle (1974), esse entusiasmo e otimismo se deveu a dois fatores: a crença de que através da escolarização era possível incorporar grandes camadas da população na senda do progresso nacional e na formação do novo homem brasileiro. Assim como aconteceu na educação, aconteceu na saúde. Monteiro Lobato expressa em seu livro "Mr. Slang, O Brasil e o Problema Vital", a situação vergonhosa do homem brasileiro no que se refere a doenças transmissíveis, como o impaludismo e a verminose, através de seu personagem "Jeca Tatu" e as condições de vida a que ele está sujeito.

É nesse contexto de transformações da sociedade brasileira que é introduzida a reforma e a educação sanitária. São Paulo foi o palco onde essas contradições

---

(10) - NAGLE, JORGE - Educação e Sociedade na Primeira República - Editora da U.S.P., São Paulo, 1974  
p. 99

se acirraram, assim como os estados do nordeste, com o aparecimento das usinas de açúcar.

Em 1929, o "crack" internacional produz uma crise do café, o que facilita a Revolução de 1930.

Em 1931, os centros de saúde de São Paulo são fechados e a Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde é transformada em Inspetoria de Higiene Escolar e Educação Sanitária. A educação sanitária se vinculava ao sistema de ensino e se desvinculava do sistema de saúde pública que, no dizer de Mascarenhas (1949), voltou ao regime de polícia sanitária. É somente em 1938 que os centros de saúde são reincorporados ao Estado e é criada a Seção de Propaganda e Educação Sanitária.

- Caracterização da educação sanitária

1 - O que é:

- é a mola que desperta a consciência do poder público e privado para a saúde.
- é a base da administração sanitária.
- é a consciência normal cuja voz interior chama e indica os caminhos do bem e do mal.
- é prevenção e único atributo do Posto de Saúde.

2 - Para que:

- solução de problemas de saneamento.

- divulgação sistemática e ininterrrupta dos preceitos de higiene para alcançar a saúde.
- equilíbrio da vida humana.
- felicidade da alma.
- preservação da Pátria.
- dignidade da espécie.
- ensinar profilaxia individual e social
- educar a vontade.
- garantia da saúde sexual fora do casamento.
- formação de hábitos sadios.
- suprimir os inconvenientes de certas emoções.
- melhoria da nutrição.
- formação da consciência sanitária, nela ajustando um atributo sanitário.
- indicação de um caminho a seguir.
- compreensão e respeito religioso aos ensinamentos da Polícia Sanitária.
- transmissão de noções de higiene.
- higienização dos costumes do povo.
- conhecimento do conforto e ambiente higiênico e adequado dos hospitais.

- profilaxia social através da extensão da prática individual.

3 - Como:

- através de: conferências, palestras, demonstrações, projeções, cartazes, folhetos, cartões, jornais e todos os meios possíveis de propaganda; inculcação, repetição, exemplo, assuntos palpantes, obediência à voz da consciência, ser agradável, brinquedos, visitas domiciliares, continência sexual; internação em hospitais, criação de maternidades, organização de trabalhos, exercício ao ar livre; professora instruída em higiene e educada sanitariamente; consideração aos instintos e tendências.

4 - Por que:

- a criança é pura, não contaminada pelo meio, maleável; da criança depende o homem acabado, é mais favorável à formação de bons hábitos.
- falta de educação sanitária popular.
- falta de pessoal de enfermagem.
- depende do esforço de cada um.
- combate ao exercício ilegal da medicina e, para a sua socialização.

e

- todos têm noção do valor da ciência embora não a conheçam na essência.
- uma vez instalada na consciência não mais se extraviará.
- combate à má formação dos hábitos, aos excessos da juventude e de alimentação.
- necessidade vital.
- saúde é um meio para o bom êxito na vida.
- os serviços devem ser entregues aos médicos, hospitais, ambulatórios e dispensários.
- a continência não é prejudicial, nem à saúde nem a virilidade.

#### 5 - Quem atingir:

- as crianças, de preferência, e, a população em geral.

#### 6 - Restrições:

- não ensinar como tratar.
- primeiro a formação de hábitos depois ministrar a instrução.
- sem atentar os dogmas de higiene.

A educação sanitária é assim o apanágio da saúde pública. O homem adulto é visto como um ser acabado. É na infância, pois, que se deve inculcar os preceitos da higiene. As escolas são os locais onde as crianças se

encontram para serem mais facilmente moldadas, longe da má influência do meio. A vida, que deve ser plena de êxito, felicidade da alma, sucesso, tem dois caminhos: o do bem e o do mal. Cabe ao indivíduo escolher o caminho do bem, ouvindo a voz interior de sua consciência. As crianças devem ser moldadas na escola, antes que o meio as corrompa. O mal e o bem em matéria de saúde são ditados pela Ciência, da qual o médico é o legítimo mediador, ditando as regras e as normas da boa vida, da vida sadia, e os preceitos de higiene.

A saúde-doença fica assim reduzida a uma série de regras que deverão ser inculcadas numa população incapaz e ignorante, mascarando a natureza das relações sociais que determinam as diferentes formas de sua manifestação.

É para essa tarefa, definida pela saúde pública, que a educação é solicitada - não para fazer projetos de vida através da saúde, mas para viver através de projetos de saúde.

CAPÍTULO III - PERÍODO DE 1942 - 1960

1 - Institucionalização da Educação Sanitária

Nesse período, não há transformações significativas nos Serviços de Educação Sanitária do Estado de São Paulo. A Constituição do Estado de São Paulo de 1947, no artigo 130, reza que:

*"incumbe ao Estado:*

*"a - a educação sanitária da população utilizando todos os meios de divulgação e propagandas."*

A esse respeito, Mascarenhas (1949), comenta que a educação sanitária, feita por meio da divulgação e propaganda, é a forma mais precária de ação nesse setor básico da saúde pública. A educação sanitária deve começar pelas entrevistas individuais realizadas nas unidades sanitárias, pela educação das famílias, através das visitas feitas por enfermeiros ou educadores sanitários, atingindo os grupos sociais especializados e, finalmente, a população em geral. *"É com imensa satisfação, todavia, que um sanitarista observa terem os legisladores que elaboraram a Constituição de São Paulo, colocado, como fundamento da campanha sanitária, a educação do povo em princípios de saúde pública. A reforma de Paula Souza plantou, em 1925, sementes que hoje dão os frutos alicerçando a educação sanitária como base de qualquer campanha de saúde pública em nosso Estado."* (1).

---

(1) - As idéias que se seguem estão assentadas em MASCARENHAS, R. dos S. - Contribuição para o Estudo da Administração Sanitária Estadual em São Paulo. Tese de Docência Livre. Fac. de Hig. e S. Publ. U.S.P., 1949, p. 235.

Com relação à carreira de técnico de educação sanitária, Mascarenhas se refere a um tipo de profissional formado nos Estados Unidos, o "public health educator", diferente dos formados no Brasil. Comparando os educadores sanitários, com os enfermeiros, Mascarenhas refere que aqueles *"falam sobre saúde pública a cada grupo social com os métodos mais variados: conferências, rádio, cinema, cartazes, mostruários, folhetos, panfletos, dramatização, etc."*. Em seguida, o autor afirma que os educadores sanitários tipo São Paulo, não estão capacitados pelo curso para *"fazer a educação sanitária ultra-especializada para a população em geral, grupos sociais mais complexos, tipo padrão norte-americano."* As tarefas que os educadores sanitários vêm desempenhando podem ser delegadas para a enfermagem. Sugere ainda, com base de um técnico de educação sanitária para 100.000 habitantes, a criação de 100 cargos, deixando 20 para os órgãos tipo "staff". Mais adiante propõe a extinção do Curso de Educadores Sanitários e a abertura de um curso para a formação do Técnico de Educação Sanitária padrão norte-americano.

No plano de reorganização da Secretaria da Saúde, proposto por Mascarenhas, entre vários Departamentos figura o de Medicina Preventiva. Este, seria constituído por diversos órgãos, entre os quais uma Divisão de Educação Sanitária e Enfermagem Sanitária, que serviria como órgão "staff". Seria formada por vários serviços, como:

*"a - Serviço de Educação Sanitária com uma Seção de Documentação e uma turma de administração;"*

*"b - Serviço de Enfermagem Sanitária, com uma Seção de Documentação e uma turma de administração;"*

"c - Serviço de Divulgação Sanitária, com uma Seção de Documentação e uma turma de administração;"

"d - Seção de Documentação;"

"e - Seção de Administração."

Entre as conclusões, são de interesse para este trabalho as seguintes:

39a.

"A situação da carreira de Educador Sanitário, do Curso de Educador Sanitário da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, assim como a possível criação de uma Carreira de Visitador Sanitário e de um Curso de Visitador Sanitário na referida Faculdade devem ser estudadas por uma comissão de técnicos."

58a.

"a - A educação sanitária deve ser a base de toda a ação dos serviços estaduais de Saúde Pública."

## 2 - A Formação do Educador em Saúde

Em 1946 foram ministradas 22 aulas de educação sanitária. O curso teve um total de 672 horas, das quais 51 eram da disciplina específica. O total de horas era de 1.324, sendo que 652 eram dedicadas a estagiários (Mascarenhas, 1949). Em 1947, Paula Souza solicitou, de educadores dos Parques Infantís da Prefeitura Municipal,

críticas e sugestões para a reorganização do curso. O programa do curso de educação sanitária, em 1948, era o seguinte:

*"Universidade de São Paulo  
Faculdade de Higiene e Saúde Pública*

*CURSO DE EDUCADORES SANITÁRIOS*

*Programa de Educação Sanitária*

*(1948)*

Nº DE AULAS: 51 horas

I - INTRODUÇÃO À MATÉRIA

*Explicação do programa traçado e dos meios que serão usados para sua realização: aulas teóricas e práticas, visitas às instituições educativas, médicas e sociais, trabalhos escritos e práticos.*

II - OBJETIVO DO CURSO:

*Preparo do educador sanitário.  
Suas atribuições, atividades e campos de ação.*

III - HISTÓRICO

*Origem e desenvolvimento da educação sanitária.*

*A profissão no Brasil. Desenvolvimento do serviço de educação sanitária em São Paulo e outros estados do país.*

IV - ÉTICA:

*Atitude. Disciplina. Relações profissionais.*

V - ORGANIZAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO SANITÁRIA:

*Princípios básicos. Tipos de organização*

VI - MÉTODOS DE EDUCAÇÃO SANITÁRIA:

*Princípios básicos para o uso dos meios visual auditivo na propaganda sanitária.*

VII - MÉTODOS DE EDUCAÇÃO SANITÁRIA: (cont.)

*a - palestras, individuais e coletivas. Princípios básicos. Sua aplicação prática.*

VIII - MÉTODOS DE EDUCAÇÃO SANITÁRIA:

*b - Demonstrações  
Princípios básicos. Sua aplicação prática.*

IX - MÉTODOS DE EDUCAÇÃO SANITÁRIA:

*c - Exposições.  
Princípios básicos. Sua aplicação prática.*

X - PROPAGANDA SANITÁRIA:

*Princípios básicos. Meios usados.*

XI - PROPAGANDA SANITÁRIA: (cont.)

*Material auxiliar:*

*a - Cartazes: Confeção, Uso.*

XII - PROPAGANDA SANITÁRIA: (cont.)

*Material auxiliar:*

*b - Moldes.*

XIII - PROPAGANDA SANITÁRIA: (cont.)

*Material auxiliar:*

*c - Literatura:*

*1 - artigos, colaboração* *Revistas*  
*Jornais*

XIV - PROPAGANDA SANITÁRIA: (cont.)

*Material auxiliar:*

*d - Literatura*

*2 - Livros*

XV - PROPAGANDA SANITÁRIA: (cont. )

*Material auxiliar:*

*d) - Literatura:*

*3 - Folhetos*

XIV - PROPAGANDA SANITÁRIA: (cont.)

*Material auxiliar:*

*d) - Literatura:*

*Principais fontes de literatura sobre o assunto, existentes no país e no estrangeiro.*

XVII - PROPAGANDA SANITÁRIA: (cont.)

*Cinema. Lanterna mágica.*

*Princípios básicos para sua utilização*

XVIII - PROPAGANDA SANITÁRIA: (cont.)

*Rádio. Discos.*

*Princípios básicos para sua utilização.*

XIX - PROPAGANDA SANITÁRIA: (cont.)

*Dados estatísticos. Relatórios. Fichas, fichários.*

*Sua importância na propaganda sanitária.*

XX - PLANEJAMENTO DE CAMPANHAS SANITÁRIAS:

*Estudos dos característicos gerais e sanitários da coletividade e dos caracteres sanitários da área distrital em vista.*

XXI - PRINCIPAIS CAMPOS DE EDUCAÇÃO SANITÁRIA:

*a - O Centro de Saúde*

*Tipo de organização*

XXII - PRINCIPAIS CAMPOS DE EDUCAÇÃO SANITÁRIA:

*a - O Centro de Saúde (cont.)*

*Elaboração de propaganda de educação sanitária.*

*Atribuições da educação nesses programas.*

XXIII - PRINCIPAIS CAMPOS DE EDUCAÇÃO SANITÁRIA:

*(cont.)*

*b - O lar. Visitas domiciliares (cont.)*

*Atribuições da educação sanitária*

XXIV - PRINCIPAIS CAMPOS DE EDUCAÇÃO SANITÁRIA:

*(cont.)*

*b - O lar. Visitas domiciliares (cont.)*

XXV - PRINCIPAIS CAMPOS DE EDUCAÇÃO SANITÁRIA:

*(cont.)*

XXVI - c - *A escola. Serviço de Saúde Escolar*  
*Objetivos. Programa*  
*Atribuições da educação sanitária.*

XXVII - PRINCIPAIS CAMPOS DE EDUCAÇÃO SANITÁRIA:  
 (cont.)

XXVIII - d - *A indústria.*  
*Objetivos. Programa.*  
*Atribuições da educadora sanitária.*

XXIX - PRINCIPAIS CAMPOS DE EDUCAÇÃO SANITÁRIA:  
 (cont.)

XXX - e - *Clínicas hospitalares e outras.*

XXXI - ESTUDOS DE CASO:

*Referente à educação sanitária realizada com a aplicação dos métodos e meios acima mencionados; estudar-se-á a família, de preferência uma que receba assistência sanitária do Centro de Saúde e que possa ter sido acompanhada pela aluna, durante um período de tempo razoável, para que se torne possível a verificação da eficiência dos métodos usados" (2).*

Em 1949, foram introduzidas noções de Sociologia. Em caráter experimental, foram ministradas aulas de Psicologia Social. A Associação dos Educadores Sanitários propõe, em 1950, as seguintes modificações no Regulamento do Curso de Educadores Sanitários:

---

(2) - MASCARENHAS, R. S. - Op. cit. (2), p. 415-417

- "a - As aulas de Educação Sanitária seriam obrigatoriamente ministradas por Educador Sanitário.
- "b - As aulas práticas de Educação Sanitária seriam ministradas durante todo o ano letivo;
- "c - Lã podeiram se increver para o exame de admissão, candidatos que fossem professores diplomados por escola normal, oficial ou equiparada, com ou sem exercício no magistério;
- "d - Nos exames de admissão constariam provas escritas de Psicologia, Pedagogia, Sociologia Aplicada e Biologia Educacional, bem como testes de inteligência, que não terão valor para reprovação, mas cujo resultado deverá ser do conhecimento do médico que proceder à inspeção de saúde;
- "e - Teriam preferência para inscrição, entre os aprovados nas respectivas provas de seleção, os professores primários com exercício no magistério" (3).

No ano de 1950, o SESP participou de uma série de reuniões sobre o ensino de educação sanitária na Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP. Em 1954, especialistas de educação em saúde pública, do "Bureau" de

---

(3) - MASCARENHAS, R. dos S. e FREITAS, A.V. - "Contribuição ao Estudo da História do Ensino de Educação Sanitária na Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de S. Paulo" - Arq. da Fac. de Hig. e S. Publ. da U.S.P. 13 (1). S. Paulo, 1959

de Educação Sanitária do "United States Services", do Ponto IV e da Repartição Sanitária Panamericana, visitaram a FHSP - USP. Discutiu-se a assessoria de um técnico naquela área, o qual veio por quatro anos, a partir de 1954. Nesse período, a disciplina de educação sanitária passou a ser obrigatória a todos os profissionais. Até o final da década de 1950 o SESP tem uma ação decisiva na transformação do curso de educadores sanitários. *"Desde 1955 os alunos têm sido orientados para, em treinamento dessa unidade sanitária, se utilizarem de algumas práticas de dinâmica de grupo, aplicáveis à educação. Falta ainda um trabalho mais relacionado à coletividade, com melhor aproveitamento das agências existentes na área dessa unidade sanitária, bem como uma atuação mais direta junto aos líderes de determinados grupos sociais, motivando-os a ações coletivas de interesse para a saúde dos habitantes"* (4).

### 3 - Trabalhos publicados (\*)

Nesse período, em relação ao anterior, encontramos um grande volume de trabalhos publicados na área da educação sanitária, principalmente a partir da segunda metade da década de 1940. Essa fato coincide com o período que separou a realização do V. Congresso Brasileiro de Higiene em 1929, do VI Congresso, que se realizou somente em 1947. Esse período coincide com a Revolução de 1930 e a queda do Estado Novo, em 1945. No entanto, não

---

(4) - MASCARENHAS, R. dos S. e FREITAS, A.V. - Op, cit. (3).

(\*) - Os trabalhos que serviram de apoio neste período, estão relacionados no item 4 deste Capítulo.

encontramos nenhuma referência a esse fato. Na abertura do VI Congresso, há uma referência ao longo período sem realizações.

Esse período será subdividido em duas décadas: a de 1940 e a de 1950.

#### A - Década de 1940

O primeiro trabalho de importância para a educação sanitária, é a publicação de Paula Souza - "Centro de Saúde - Eixo da Organização Sanitária". Nesse trabalho, quase vinte anos depois da reforma sanitária no Estado de São Paulo, o autor fez uma análise da situação dos centros de saúde e da educação sanitária. Defende ainda as idéias de saúde pública tendo o centro de saúde como seu eixo. A reforma sanitária visava a educação sanitária e a unificação dos serviços especializados dirigidos a patologias específicas. O centro de saúde seria um órgão integrado da ação sanitária baseado na educação. Apesar de concordar que a dicotomia medicina curativa - preventiva é artificial, de haver uma tendência unicista, o autor acha que se os centros de saúde prestarem atenção médica curativa, a ação sanitária ficará prejudicada. Defende a criação da carreira do sanitário com remuneração justa para manter o quadro em tempo integral, sem o que não é possível fazer saúde pública. No entanto, considera que em determinadas localidades sem recursos, deve haver atenção médica curativa, em caráter precário e regime de exceção. A ação sanitária não compete com a medicina privada, pelo contrário, a ação educativa fará com que a população procure mais assistência médica. Ao mesmo tempo, o centro de saúde é tido como a base para a socialização da medicina, a que ela não poderá escapar. Após

1931, pelo Decreto 2.121, com a extinção dos centros de saúde, a situação anterior foi restabelecida, isso é, criaram-se dispensários especializados, que se hipertrofiaram deixando de haver inclusive, às vezes, uma nítida separação entre um e outro, e que uma mesma família é objetivada por extensão de serviços vários, independentes, com baixa eficiência e orientação diversas, confundindo e desorientando as famílias. A educação sanitária ainda é vista como propaganda e divulgação dos preceitos de higiene, através de conferências, palestras, folhetos e cartazes. Em janeiro de 1946, MORENA proferia a aula inaugural do Curso de Saúde Escolar, promovido pelo serviço Médico-Escolar do Departamento de Educação do Estado de São Paulo. A educação em saúde é consequência da renovação que os problemas médicos-sociais sofreram após a I Guerra Mundial. A partir de então, a questão médico-social tomou novo incremento, constituindo o objeto de pesquisas de médicos, fisiologistas, sanitaristas e sociólogos, com o fim de promover e conservar a saúde individual e coletiva. Daí, a luta contra uma série de doenças infecto-contagiosas. Para conseguir esse objetivo, a ciência sanitária conta com um elemento, talvez o mais eficiente, a educação da saúde. Esta é vista como um bem, que depende da consciência sanitária do indivíduo, de seguir os preceitos da higiene, de uma vida regrada - uma maneira sadia de viver. *"A democracia surgida nos fins do século XVIII, preparou o caminho para um humanitarismo mais avançado e tornou o Estado mais cõnscio de suas responsabilidades para o bem estar do seu povo; todavia o trabalho em prol da saúde coletiva como o compreendemos hoje, começara verdadeiramente na metade do século XIX."* A higiene preserva e aprimora a saúde. Ela *"estabelece normas necessárias para garantir o perfeito desenvolvimento, conservação e funcionamento do organismo. Aplicáveis a todas as funções, tanto psíquicas como físicas, aplicáveis a todos*

os instantes da vida, estas normas conduzem à conquista da saúde, contribuindo para o aperfeiçoamento do indivíduo, bem como para se tornar cada vez mais útil à coletividade. Inspiradora dos preceitos que levam à conquista da saúde individual e coletiva, a higiene pode ser considerada uma verdadeira ciência da vida." O homem consegue modificar o meio em que vive, e adaptá-lo às suas necessidades, graças à higiene. A pedagogia cinetífica de hoje se inspira na higiene que traça as normas, fundamentadas na fisiologia. A educação em saúde é a aquisição de hábitos, ou a soma de experiências que influenciam favoravelmente os hábitos, ou a aquisição de um sistema de hábitos integrados na vida cotidiana. Uma vez adquiridos, passa para o automatismo e à realização prática dos seus deveres para consigo e para com a coletividade. A higiene e saúde não são privilégios de classes, mas são concedidos pela educação em saúde. Os fatores modificáveis pela educação e capazes de contribuir para uma saúde melhor, são "em primeiro lugar, os hábitos de vida higiênica referentes à alimentação, exercício físico, atividade mental, conduta moral e social, controle emotivo, asseio, vestuário, prevenção de doenças e acidentes. Depois, vêm os conhecimentos de fisiologia, higiene, primeiros socorros, enfermagem, facilidades de recorrer aos serviços de assistência pública. Em seguida, as condições ambientes, relativas à moradia salubre, fornecimentos de alimentos úteis, instalações sanitárias convenientes, ventilação e iluminação adequadas." Os ideais da educação em saúde são desejo de forte vitalidade, disposição para adquirir hábitos higiênicos, convicção de que mais vale prevenir do que remediar, confiança no serviço profissional científico e na vida saudável. O autor estabelece uma discussão em torno da possibilidade de dar informação do conhecimento médico para os leigos. Há uma preocupação com que as pessoas fiquem hipocondríacas ou com fobias a doenças como a

sífilis e o câncer. Esses fatores fazem com que alguns médicos sejam contrários à educação em saúde. Poderia levar o educando à auto-diagnose e auto-medicação. A educação oferece ampla oportunidade para aplicação dos progressos científicos. A propaganda possibilita a conquista de prosélitos no seio da população. O hábito, "é a tendência de repetir um ato, até a sua execução automática. É uma maneira de proceder, de pensar, ou de sentir, que, uma vez estabelecida, se segue com facilidade". O autor tece ainda considerações sobre os caminhos dados à reforma de 1925 e reivindica a carreira do sanitarista, o tempo integral e o restabelecimento dos centros de saúde com a integração dos serviços.

Nos anais do VI Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em 1947, no Rio de Janeiro, a seguinte moção foi aprovada por aclamação:

*"Anais do VI Congresso Brasileiro de Higiene,  
Rio de Janeiro, 19 a 25-10-1947*

*Moção aprovada por aclamação.*

*Considerando que a educação de saúde deve ser feita principalmente na escola primária; Considerando que para essa educação nenhuma autoridade se compara à da professora primária; Considerando, porém, que a professora precisa ser convenientemente preparada em escolas normais e curso de formação de professores (Instituto de Educação); Considerando que o preparo é dado na cadeira de higiene e puericultura; O VI Congresso Brasileiro de Higiene recomenda enca-*

*1º - que sejam escolhidos, de preferência, para professores de higiene nas escolas normais médicos sanitaristas;*

- 29 - *que se organizem cursos de aperfeiçoamento, de seis meses no mínimo, nas capitais dos Estados para os atuais professores de higiene e puericultura nas escolas normais.*"

Nesse mesmo Congresso apenas um trabalho de educação sanitária foi apresentado - "Missões Sanitárias Especiais a Serviço da Educação Higiênica Popular", por Silva Junior. Atribui à Igreja, à Farmácia e à Escola, um papel educativo nas campanhas. São ótimos locais para a propaganda e educação sanitária. Os sacerdotes, farmacêuticos e professores devem ser preparados já no seu curso de formação. Tece considerações sobre o uso do rádio e do cinema. Conclui:

- "1 - *Que sejam realizadas em favor da educação higiênica popular, no país, a Escola, a Farmácia e a Igreja, organizando-se para isso os necessários cursos de preparação técnica e promovendo-se a doação de "bolsas" de estudos aos respectivos candidatos, bem como criando-se a cadeira de Higiene nos seminários, com programa adre de elaborado, de comum acordo entre a autoridade sanitária e a eclesiástica, a ser regido por elementos especializados.*

- "2 - *Que a Comissão Nacional do Livro Didático seja integrada também, por médicos sanitaristas, especializados em educação sanitária, e*

se crie em lei obrigatoriedade da inclusão de um mínimo de sentenças de sentido higiênico em todos os textos destinados ao aprendizado da leitura, como condição de respectiva aprovação oficial.

- "3 - Que seja regulamentado o Decreto nº 20.377, de 8 de setembro de 1931, cujo art. 77 faculta ao farmacêutico registrado no D.N.S. a-brir laboratório de análises clínicas, condicionando de preferên-cia essa faculdade à apresentação de diploma do curso do Instituto Oswaldo Cruz, ou de certificado de especialização expedido pelas Faculdades de Farmácia das Univer-sidades oficiais, ou pela Saúde Pública Federal e dos Estados, isso antes da criação da cadeira de Patologia Clínica no currículo de farmácia.
- "4 - Que se promova estrita colabora-ção funcional entre o SNES e o INCE no sentido de preparo de "shorts" sobre educação sanitária, em desenho animado, a serem in-cluídos, obrigatoriamente, em to-dos os filmes projetados nos cinemas nacionais.
- "5 - Que a PRA-2 do MES seja equipada com u'a emissora de 50 Kilo-watts

*provida de antenas dirigidas de modo a abranger todo o território nacional, e, assim, mais largamente à educação sanitária do povo brasileiro."*

O VII Congresso Brasileiro de Higiene foi realizado em São Paulo, em 1948. Foram apresentadas 21 teses sobre educação sanitária que foram divididas pela Comissão, para facilidade de apreciação e conclusão, em 4 grupos:

- 1º - Processos de educação sanitária: 11 teses
- 2º - Pessoal de educação sanitária: 4 teses
- 3º - Finalidades da educação sanitária: 4 teses
- 4º - Programas locais de educação sanitária: 2 teses

As teses sobre o processo de educação sanitária versaram, em geral, sobre o uso da palestra, audiovisuais e propaganda. A maioria dos trabalhos enfatiza a educação sanitária e sua importância na solução de problemas de saúde pública. Persiste, porém, seu vínculo à prevenção, promoção e a propaganda.

Num dos trabalhos, a educação é vista como um processo que visa a formação de hábitos e consciências, pelo bem do indivíduo, da família e da coletividade. Saúde é a condição normal do indivíduo, em face a características físicas, mentais e sociais que harmoniosamente e em absoluta interdependência, integram o seu ser; ou: Saúde é a condição normal do indivíduo em seu ser total; ou ainda: Saúde é a conformidade da criatura humana com as leis de conservação e desenvolvimento individual e social.

Educação sanitária é o processo pelo qual, sob influências planejadas, se formam hábitos e consciências com o fim de obter, para os seres humanos, saúde ao nascer e condições propícias à sua defesa e ao seu aperfeiçoamento. É um fenômeno complexo. Importa em estímulos dirigidos reiteradamente a indivíduos selecionados - seres em formação - em uma vigilância constante com o fim de se obter reações que se transformem em hábitos e convicções. O trabalho de esclarecimento, de estímulo, de orientação, de profilaxia dirigido a adultos e a agrupamentos humanos, em geral, constitui propaganda sanitária e não educação sanitária. Ambas são importantes, mas diferentes. O educando, é a criança em todas as idades e o adolescente, dentro do período de desenvolvimento. O educando adulto - os pais, não estão preparados para essa missão de educar as crianças. Há uma tendência para educar o adulto - tarefa ingrata por ser quase impossível. Os pais jovens e futuros pais podem ser considerados excepcionalmente educandos ao lado dos verdadeiros educandos que são os filhos.

Os educadores são considerados três profissionais basicamente - o educador sanitário, o enfermeiro educador e o assistente social. Os pais, no lar, são incapazes de educar pela inconsciência e descuido. Àqueles profissionais cumpre a missão educativa de influir nos lares, auxiliando a família a corrigir as próprias deficiências e preparando a eficiência dos lares futuros. As oportunidades para a educação são os serviços de profilaxia e assistência, grupos homogêneos, reuniões, cursos, centros para mães, noivas e visitas domiciliares. As formas de educação, são:

- a - ensina, convence e orienta com palestras ilustradas, filmes exibidos, demonstrações práticas e especiais conselhos;

- b - pela força de influir pelo seu aspecto geral de ordem e asseio (ambiente frequentado pelo educando). Por cartazes, gráficos, mostruários, exposições, etc.;
- c - divulga conhecimentos através de palestras, cartazes, folhetos, cartilhas, livros, revistas e imprensa;
- d - interessa e estimula os educandos através de concursos, festas, representações teatrais.

Esse trabalho menciona o educador de saúde pública de nível universitário que os Estados Unidos estão formando recentemente, e mencionam que a enfermeira educadora não se justifica em nosso meio, por já contarmos com o educador sanitário e devermos continuar com a estratégia implantada por Paula Souza.

Em outro trabalho, Costa Sobrinho, conclui que:

*"I - Se, entre os seres humanos, não existe indivíduo sem educação e sim, indivíduos de hábitos e costumes diferentes uns dos outros, faz-se mister que recondicionemos esses indivíduos nos seus hábitos e costumes até atingir a desejada natureza humana, capaz de cuidar da própria saúde e apta a cooperar para a melhoria da sociedade.*

*"II - Só a educação integral, ou seja: da saúde, da inteligência e*

*do caráter, poderá criar condições propícias à solução do problema da saúde e mesmo da felicidade humana.*

*"III - A educação da saúde ou educação sanitária, deverá iniciar-se aos três anos de idade, no período pré-escolar ou seja nos cursos das escolas maternas, jardins de infância, parques infantis e onde for possível, abrangendo a infância, a meninice e complementarmente, a mocidade.*

*"IV - Se já existem organismos encarregados da educação da inteligência e do caráter, escolas primárias, secundárias e superiores, será acertado criar-se um organismo para cuidar exclusivamente da educação da saúde ou educação sanitária.*

*"V - Sem o recondicionamento de nossos hábitos e costumes, o que só seria possível aproveitando-se a plasticidade da natureza original da criança, nenhum problema social de importância poderá encontrar meios para a sua solução."*

Bannitz considera a propaganda um veículo da educação sanitária. Suas finalidades são:

"1 - Profilático, evitando o aparecimento e a difusão de moléstias mais generalizadas, como, ainda, a de males menos frequentes.

"2 - Terapêutico - facilitando e apressando a cura das moléstias. E, em muitos casos, sustando sua progressão para estágios em que se tornem menos curáveis ou mesmo fiquem incuráveis."

A propaganda dá realidade prática à educação para alcançar aquelas finalidades, de maneira contínua, ampla e precisa. Apresenta as seguintes conclusões, para a provação do Congresso:

"I - O VII Congresso Brasileiro de Higiene reconhece e recomenda que no âmbito da propaganda e da educação sanitária sejam adotadas as seguintes normas:

"a - todos os departamentos de saúde estaduais devem ser providos de seções ou serviços, de propaganda e educação sanitária, quando possíveis autônomos, mas sempre diretamente ligados com a direção superior de tais departamentos, de cujas atividades farão a necessária divulgação;

"b - do ponto de vista econômico, a mais eficiente atuação

das seções ou serviços de educação sanitária é por meio da palavra escrita, na forma de divulgação gratuita pela imprensa e pelo rádio;

"c - a propaganda por meio do cinema é especialmente eficaz, pois permite atingir e convencer centros populosos mais ou menos alfabetizados e, mesmo, influir no de maior índice de alfabetização;

"d - Os recursos orçamentários destinados à propaganda e educação sanitária são sempre mais do que recompensados, na forma de preparação do público para a solução dos mais prementes problemas profiláticos e terapêuticos, tanto do ponto de vista da higiene pública e particular, como do da preparação, para o futuro, das novas gerações, que terão base firme para mais se esclarecerem e melhor se orientarem."

Guarany demonstra a importância da educação sanitária na saúde pública. Apresenta um quadro de atividades da educação sanitária no Rio Grande do Sul, na capital e interior, durante dois anos:

"Atividades de educação sanitária na capital e no interior, nos anos de 1947 e 1948.

1 9 4 7	capital	interior
<i>Palestras proferidas</i>	405	3.528
<i>Folhetos e impressos distribuídos</i>	750	24.055
<i>Cartazes afixados</i>	694	3.288
<i>Demonstr. diet. infantil</i>	1.962	3.313
<i>Conselhos publicados</i>	-	6.595

1 9 4 8	capital	interior
<i>Livros distribuídos</i>	2.492	
<i>Palestras proferidas</i>	38	
<i>Impressos distribuídos</i>	66.099	
<i>Cartazes afixados</i>	13.639	
<i>Revistas Distribuídas</i>	5.400	
<i>Conselhos publicados</i>	202	
<i>Seções cinematográficas</i>	77	
<i>Espectadores das seções</i>	19.618	

Faillance e Mitchell propõem bases para uma campanha nacional de educação sanitária. Esta, é a mais poderosa arma de prevenção e aprimoramento da espécie. O cinema falado é um dos mais eficientes veículos: devem ser aproveitados os "complementos nacionais". Professores e sacerdotes devem colaborar pois exercem grande influência na criança.

A palestra foi um tema ressaltado. Ela se destaca pela simplicidade e flexibilidade. Deve ser feita pelo médico, devido a seu prestígio junto à população. Os grupos a quem se destina a palestra devem ser pequenos e homogêneos, completados com demonstrações práticas e auxílio audio-visual. Começa a aparecer a formação de grupos

como um método eficiente de educação. Surge a organização de clubes de saúde, onde *"além da instrução higiênica, transmitida por meio de palestras realizadas nas suas reuniões ordinárias, o método de projetos, incentivando a formação de hábitos e atitudes essenciais a uma vida sã, para executar tarefas da própria escolha do escolar, dá as mais amplas possibilidades à educação sanitária nas escolas."* Os audio-visuais - diafilmes sonorizados - são objeto de um trabalho porque despertam o interesse da população do Amazonas e Vale do Rio Doce. Podem servir de base às campanhas de educação sanitária e se prestam para divulgar conhecimentos, mais que qualquer outro método, inclusive o cinema. Pela primeira vez, aparece a preocupação com organização de comunidade e com a procura de sua participação na solução de problemas. É um trabalho sobre *"Organização da Comunidade em Saneamento, Abastecimento d'Água de Vila Lenira"*. Refere à necessidade de um estudo preliminar da comunidade, onde as ciências sociais podem oferecer grande ajuda. *"As forças vivas de comunidade devem ser reunidas para participar do desenvolvimento do programa que visa a solução de seus próprios problemas."* Essa participação pode se dar através de diversas formas: - quotas financeiras, material, mão de obra, mas o que interessa é a participação. Após terminado o exame das conclusões da última tese, foram discutidas e aprovadas as seguintes conclusões redigidas, discutidas e aprovadas pela Comissão:

*"1º - A Educação Sanitária é tarefa fundamental de saúde pública, devendo atingir os indivíduos em todas as idades.*

*"2º - Todos os grupos de população deverão ser trabalhados pelos métodos adequados de educação sanitária.*

"3º - Variando consoante as características geográficas e sociais, o cinema, o diafilme sonorizado, o cartaz, o folheto, as palestras, a organização de grupos, a educação individual, constituem os métodos básicos na tarefa de educação sanitária.

"4º - A formação do pessoal de saúde pública indispensável ao êxito do trabalho de educação sanitária deverá constituir atribuição exclusiva de organizações qualificadas para tal objetivo.

"5º - A educação sanitária das populações rurais, constituindo objeto de relevante importância no país, deve ser imperativo de toda atividade sanitária rural."

## B - Década de 1950

Em 1950, Brito Bastos, então aluno da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, apresenta um trabalho: "Educação Sanitária no Brasil (crítica)". O autor tem as seguintes considerações finais:

"A falta de êxito deixada pelas campanhas até o momento encetadas, a situação de desprezo em que continuam a viver os homens do Interior, as gentes

das zonas rurais, o analfabetismo que continua a dominar no seio da massa, tem servido de motivo para que se estabeleça uma crença desalentadora na alma de muitos brasileiros e para que os arianistas, com as suas trombetas de alarme, acusem o mestiço brasileiro carregando irremediavelmente os estigmas da degenerescência e que desse modo precisa ser substituído. De posse porém dos resultados das pesquisas que tem sido feitas nos vários pontos do país, e que cada vez mais vem atestando que no nosso mulato, no nosso negro ou no nosso branco, nenhum disformismo, nenhum alarme de degenerescência eles apresentam, ficamos com a antropologia que prova que o homem do Brasil não precisa ser substituído, mas sim, educado. É preciso que o homem brasileiro adquira uma compreensão clara, sincera do que seja Consciência Sanitária a fim de que possa usufruir das vantagens que lhe podem ser conferidas pelo regime político democrático e assim possa ele cooperar na formação dos alicerces da nação. Para atingir tal objetivo, é necessário que a Educação Sanitária chegue a todas as camadas sociais, a todas as instituições, pobres e ricos, pretos ou brancos, vá até o povo, até os residentes nos mais longínquos pontos do país. E com um plano coordenado entregue a pessoas realmente capacitadas para a sua execução,

*poderá então a Educação Sanitária realizar uma troca essencial e profunda e despertar no povo o conceito da saúde como norma de bem-estar e de solidariedade social.*"

E conclui:

"1 - A Educação Sanitária é a base fundamental da medicina preventiva e da saúde pública.

"2 - Para se conseguir êxito com a Educação Sanitária é necessário a coparticipação dos próprios beneficiados.

"3 - No Brasil, as campanhas de Educação Sanitária não tem dado resultado para o que tem concorrido vários fatores, entre os quais, a idéia de se querer traçar um plano geral de ação, com ensinamentos doutrinários e técnicas padronizadas e uniformizadas, sem serem levados em consideração as regiões geográficas do país, os grupos raciais que concorreram para a formação do homem brasileiro; o grau de analfabetismo especialmente do homem da zona rural; a psicologia do caboclo, dominado por crenças supersticiosas, preconceitos, tabus, etc., a sua precária situação econômico-social, etc.

- "4 - Tem também concorrido para a falta de êxito das campanhas lançadas até então, a escolha de métodos destinados ao preparo psicológico da massa.
- "5 - Quando a Educação Sanitária foi feita na Escola, é preciso que ela saia dos seus limites e vá até o lar dos pais, pois que do contrário os hábitos e conselhos adquiridos pelos escolares não encontrarão ressonância entre aqueles.
- "6 - O nosso professorado não se encontra em condições de executar um programa de Educação Sanitária, necessitando assim de uma melhor orientação para que realmente possa cumprir a sua nobre missão.
- "7 - Deverão ser instituídos cursos especiais para um melhor preparo do nosso professorado, à semelhança do que faz o Serviço Especial de Saúde Pública, nas áreas de sua responsabilidade.
- "8 - A Educação Sanitária, não deve formar uma disciplina à parte nas escolas primárias ou secundárias, mas sim integrar-se no curriculum escolar, sendo feita de acordo com a lição de Wood e a demonstração de Turner em Malden, adaptando-se às exigências e ao ambiente brasileiro.

"9 - É preciso que o homem brasileiro adquira uma compreensão clara e sincera do que seja *Consciência Sanitária* a fim de que possa usufruir das vantagens que lhe podem ser conferidas pelo regime político democrático e assim possa ele cooperar na formação dos alicerces da nação."

Em 1951, no IX Congresso Brasileiro de Higiene é apresentado um trabalho - "A Unidade Sanitária Precisa de Propaganda". Em 1952, no "Arquivos de Higiene e Saúde Pública", sai um artigo sobre a "Divulgação Sanitária na Profilaxia da Moléstia de Chagas no Estado de São Paulo". Em 1953, Pascale publica "Novos Rumos sobre a Recuperação do Homem Rural". A parte primeira é a "A Educação em função da Saúde Pública". O autor cita Fermoselle - Bacardi, para os quais os obstáculos que entravam a obra educacional são:

- "1 - Porcentagem apreciável de analfabetos;
- "2 - Indiferença em relação aos assuntos de saúde;
- "3 - Práticas nocivas à saúde, no lar;
- "4 - A preparação dos mestres;
- "5 - Barreiras psicológicas."

Em abono de tão graves constatações sobre as barreiras que impedem os povos de absorverem e integrarem melhores normas de bem viver, vem a propósito, esclarecer que, realmente, é excessivamente difícil:

- "1 - *instruir, ensinar, convencer e educar quem não sabe ler nem escrever;*
- "2 - *despertar o interesse pela saúde em quem não revela inclinação para ler, escutar ou prestar atenção aos assuntos de importância relativos às atividades da vida;*
- "3 - *Lutar contra a ditadura dos pais incultos no tocante às práticas nocivas à saúde que imperam nos lares mal preparados;*
- "4 - *encontrar uma forma para que os mestres tenham melhor preparação para o domínio da educação sanitária;*
- "5 - *destruir as barreiras psicológicas que impedem o povo de proteger ou de melhorar a sua saúde."*

Nessa luta, a escola e o centro de saúde são a pontados como duas alavancas de vencer aquela ignomínia.

Alvim publica dois trabalhos. Num, aborda a educação num sistema médico-sanitário integrado. É a filosofia do Serviço Especial de Saúde Pública, que defende as idéias de integração de serviços curativos com preventivos. O autor considera que a educação tem papel preponderante no moderno conceito de assistência social ao paciente. De acordo com Leavill, não há uma medicina preventiva e outra curativa. Existem níveis de prevenção. A saúde pública vem assumindo a promoção e proteção específica, sendo que os médicos particulares e hospitais

vêm assumindo o diagnóstico precoce, o tratamento e as limitações da doença e reabilitações das incapacidades. O trabalho educativo só pode ser realizado por uma equipe. Embora a orientação básica seja traçada pelo médico, a enfermeira se destaca porque é procurada com maior frequência para esclarecer dúvidas e prestar auxílio. A fase educativa mais importante é aquela que diz respeito a cada paciente - o tratamento recomendado pelo médico, resultados e efeitos do tratamento, limitações impostas pela doença, prevenção de recaídas e medidas de recuperação. As atividades integradas oferecem melhores recursos físicos e permitem um trabalho mais contínuo - o que é uma condição para a educação. Em outro trabalho, o autor considera que o grupo etário pré-escolar atravessa o período mais importante para a construção do alicerce da personalidade.

As reuniões de grupo com os pais, são necessárias pois a enfermeira pode esclarecer e sugerir métodos de conduta. Para tanto, deve manter uma atitude compreensiva e imparcial. O sócio-drama é citado como um método de trabalho de grupo, experiência que vem sendo desenvolvida em outros países.

Brito Bastos publica três trabalhos em co-autoria. Num deles, há uma preocupação em avaliar materiais de educação sanitária - grau de impacto e compreensão das pessoas em relação às mensagens transmitidas. Num outro, discute métodos e técnicas de educação sanitária do adulto. O trabalho educativo não deve ser isolado através da divulgação de informações; deve ser feito diretamente através dos órgãos de saúde, para que os indivíduos aceitem novas regras, novos conceitos sobre saúde e utilizem melhor os serviços de saúde de que dispõem. Não se deve trabalhar para, mas com os indivíduos, ajudando-os na solução de problemas e envolvendo-os no processo de solução

dos mesmos. Os métodos educativos podem ser individuais, de contato de grupo, organização da comunidade e "mass media". A utilização do método depende da cultura, tamanho do grupo, objetivo a ser atingido, assunto a ser estudado, sendo que, em geral, utiliza-se uma combinação deles. Em outro trabalho, o autor discute a dificuldade de conceituar a educação sanitária. Tradicionalmente vem significando dar conselhos e informações, produzir folhetos, cartazes e filmes. O conhecimento não assegura uma influência favorável no comportamento. Há necessidade de ação, participação ativa. Em 1955, o Comitê de Técnicos de Educação Sanitária do Público, conceituou a educação sanitária como sendo a ajuda aos indivíduos para alcançarem saúde por meio de seus próprios atos e esforços. Tem por objeto mudar noções, sentimentos e formas de comportamento do indivíduo em relação à saúde, estimulando-os a conhecer esses problemas, favorecendo informações e ajudando as pessoas a planejar a solução do problema e a maneira de levar esse plano a cabo. Deve desenvolver uma ação social visando a promoção da saúde e o bem-estar do povo. Todos são problemas de ordem individual e, para a solução, o indivíduo tem que assumir sua própria responsabilidade. Tem que ter apoio num processo educativo de longa duração. Os profissionais de saúde resistem à educação sanitária e às ciências sociais; outros chegam a considerá-las mais como um novo antibiótico contra as doenças, do que como um reforço para a equipe de saúde. No entanto, são inerentes às atividades de qualquer profissional.

Para Wislow, o educador em saúde aparece na equipe de saúde, quando se compreendeu que a legislação não podia ser imposta como simples decreto de uma vontade superior. Em 1956, no Seminário de Educação Sanitária, promovido pelo Serviço Especial de Saúde Pública, concluiu-se que a função do educador sanitário é a de contribuir

para o alcance dos objetivos visados pelos órgãos especializados de saúde pública.

A década de 1950 termina com dois trabalhos publicados em 1959: - "Contribuição ao Estudo da História do Ensino de Educação Sanitária na Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo", e "Função dos Educadores Sanitários de São Paulo". Neste último, as conclusões são:

"1 - *Há necessidade de dados mais objetivos para a Faculdade de Higiene poder compreender adequadamente os fins, o conteúdo e métodos dos programas de educação sanitária em São Paulo. Da mesma forma, há necessidade de que o pessoal do campo se mantenha ao corrente da modificação que se vêm processando no treinamento dos educadores sanitários na Faculdade de Higiene. Isto possibilitaria uma melhor compreensão entre ambos.*

"2 - *Uma série de perguntas básicas, que precisam ser exploradas mais profundamente, foram indicadas por este estudo, como por exemplo:*

"2.1 - *Quais os objetivos atuais que a Faculdade de Higiene determinou para o curso de educadores sanitários? Para que fins e para que níveis de responsabilidade está treinado ou acha que deveria treinar? Para nível executivo, polivalente?*

*Para níveis de supervisão e che  
fia?*

- "2.2 - *O tipo de treinamento que a Fa  
culdade de Higiene está ofere  
cendo é o que melhor atende às  
necessidades de saúde pública  
em São Paulo?*
- "3 - *O estudo também revelou que o con  
teúdo do curso e os métodos de se  
leção dos candidatos necessitam  
de revisão. Isto poderá ser fei  
to depois que as perguntas do i  
tem anterior sejam satisfatoria  
mente esclarecidas.*
- "4 - *Finalmente, o estudo levantou um  
problema importante, cuja solução  
nos parece tão vital quanto com -  
plexa: com o desenvolvimento, co -  
mo especialidades, da enfermagem  
de saúde pública, serviço social  
e educação sanitária, cada uma com  
suas contribuições específicas e  
importantes à saúde pública, o  
que acontecerá futuramente ao edu  
cador sanitário e à educação sani  
tária típicos de São Paulo?*

Esse trabalho, que investigou responsabilidade e função do educador sanitário em agências de saúde, con  
tatou que aquele profissional era polivalente; nem chegava a ser um enfermeiro ou assistente social, nem o educador sanitário como classificado pela Organização Mundial da Saúde.

Em 1961, após 36 anos, o curso de educadores e  
ra suspenso.

4 - Bibliografia levantada no Período de 1942 - 1960

- ALVIM, E. de F. - Considerações sobre o Trabalho Educativo num Sistema Médico-sanitário Integrado. Rev. do Serv. Esp. de S. Públ. VII (2): 621-30, 1955
- ALVIM, E. de F. - Reuniões de Grupo para Discussão dos Problemas da Criança Pré-Escolar - Rev. do Serv. Esp. de S. Públ. VII (1): 289-94. 1955.
- BANNITZ, J. N. - Propaganda e Educação Sanitária. Anais do VI Congresso Brasileiro de Higiene. p. 32-36. Rio de Janeiro, 1947
- BARBOSA LIMA, I. - Educação Sanitária através da Enfermeira de Saúde Pública. Anais do VII Congresso Brasileiro de Higiene, p. 97-103. São Paulo, 1948
- BRAGA, N. - A Unidade Sanitária Precisa de Propaganda. Anais do IX Congresso Brasileiro de Higiene. p. 106-108 Porto Alegre, 1951
- BRITO BASTOS, N. C. - Educação Sanitária no Brasil (crítica) - Arq. da Fac. de Hig. e S. Públ. da U.S.P. (2): 197-212, 1950
- BRITO BASTOS, N.C.; PINTO MACHADO, J; GONTIJO, J.M; MACIEL DA COSTA A.L. - Organização da Comunidade em Saneamento, Abastecimento d'Água de Vila Lenira. Rev. do Serv. Esp. de S. Públ. VIII (2): 599-610, Rio de Janeiro, 1956
- BRITO BASTOS, N.C.; GROSSMAN, J. & MEDINA, C.A. - Avaliação de Material de Educação Sanitária. Rev. do Serv. de S. Públ. X (1): 293-310, 1958
- BRITO BASTOS, N.C. & GROSSMAN, J. - Métodos, Técnicas e Meios na Educação Sanitária de Adultos. Rev. do Serv. de S. Públ. X (1): 314-24, 1958

- BRITO BASTOS, N.C. - A Educação Sanitária nos Programas de Saúde Pública. Rev. do Serv. Esp. de S. Públ. X (2): 633-54, 1959
- CATETE PINHEIRO, E. - Club de Saúde e Educação Sanitária Escolar. Rev. do Serv. Esp. de S. Públ. II (2): Rio de Janeiro, 1948
- CATETE PINHEIRO, E.; SILVA, O.J. & MORAES, N.L. de A. - Utilização do Diafilm Sonorizado como Meio de Educação Sanitária em Pequenas Localidades e Áreas Rurais do Brasil. II 917-34. Rio de Janeiro, 1949
- COSTA SOBRINHO, J. - Educação Sanitária. Anais do VII Congresso Brasileiro de Higiene p. 91-96, São Paulo, 1948
- FAILLACE, J.M. & MITCHELL, P. de M. - Bases e Sugestões Para a Campanha Nacional Sanitária. Anais do VII Congresso Brasileiro de Higiene. p. 46-50, São Paulo, 1948
- JUNQUEIRA; M. et al - Educação Sanitária. Anais do VII Congresso Brasileiro de Higiene. p. 117-25. São Paulo, 1948
- LEITE, L.M. - A Orientação Educativo-Sanitária dos Jovens em Relação ao Exame Médico Pré-Nupcial. Anais do VII Congresso Brasileiro de Higiene p. 71-79. São Paulo, 1948
- MANCEAU, J.N.; CATETE PINHEIRO, E.; SILVA, O.J.; MORAES, N.A. - A Palestra como Meio de Educação Sanitária nas Áreas Rurais da Amazônia. Rev. do Serv. Esp. de S. Públ. II (2). Rio de Janeiro, 1948
- MARCONDES, R.S. & RAHM, E. - Funções dos Educadores Sanitários de São Paulo. Arq. da Fac. de Hig. e S. Públ. da U.S.P. 13 (1). 1959

- MASCARENHAS, R. dos S. & FREITAS, A.V. - Contribuição ao Estudo da História do Ensino da Educação Sanitária na Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Arq. da Fac. de Hig. e S. Públ. da USP 13 (1). 1959
- MORAES, N. L. de A.; SILVA, O.J.; CAMARGO, J. de A; FREIRE, J.B. - O papel da Educação Sanitária na Profilaxia do Tracoma. Arq. da Fac. de Hig. e S. Públ. da U.S.P. 7 (2): 247-56. 1953
- MORENA, N. - Saúde e Educação. Arq. de Hig. e S. Públ. XI (29): 425-35. 1946
- OLIVEIRA, W. - Educação Sanitária na Cooperação Médico-Social. Anais do VII Congresso Brasileiro de Higiene p. 60-65. São Paulo, 1948
- OLIVEIRA, W. - Educação Sanitária através dos Centros de Saúde. Anais do VII Congresso Brasileiro de Higiene. p. 66-70. São Paulo, 1948
- OLIVEIRA W. - Plano Educativo para o Estado de São Paulo. Anais do VII Congresso Brasileiro de Higiene. p. 51-59 São Paulo, 1948
- PASCALE, H. - Novos Rumos sobre a Recuperação do Homem Rural - Arq. de Hig. e S. Públ. XVIII (55): 3-14, 1953
- PAULA SOUZA, G.H. & VIEIRA, F.B. - Centro de Saúde - Eixo da Organização Sanitária. Boletim nº 9. Imprensa Oficial do Estado de São Paulo. Reeditado em 1949
- PEREIRA, J. - Educação Sanitária e a Preservação dos Filhos de Tuberculosos. Anais do VII Congresso Brasileiro de Higiene p. 127- 32. São Paulo, 1948.

SILVA JÚNIOR, M - Missões Sanitárias Especiais a Serviço da Educação Higiênica Popular. Anais do VI Congresso Brasileiro de Higiene. p. 104-105. Rio de Janeiro, 1947

VELOSO, M.B. - Divulgação Sanitária na Profilaxia da Moléstia de Chagas no Estado de São Paulo. Arq. de Hig. e S. Públ. XVII (51). 1952

WERNECK - Papel das Forças Armadas na Educação Sanitária do Povo. Anais do VII Congresso Brasileiro de Higiene p.37-45. São Paulo, 1948

## 5 - Discussão

Nesse período, a saúde pública perde dois expressivos grupos da população, tanto do ponto de vista da saúde como dos aspectos sociais, políticos e econômicos - os trabalhadores e os escolares. Em 1946, a Higiene do Trabalho sai dos quadros da saúde pública. Tanto os aspectos preventivos quanto os curativos passam para a Secretaria do Trabalho. Segundo Mascarenhas (1949), já existia essa situação de fato. A partir de 1930, com o fechamento dos centros de saúde do Estado de São Paulo, são oferecidos serviços médicos curativos aos trabalhadores a través dos Institutos de Aposentadoria e Pensão. Em 1947 a Secretaria da Educação e Saúde Pública é desdobrada em Secretaria da Educação e Secretaria da Saúde e Assistência Social. A saúde escolar e do serviço dentário escolar permanecem na Secretaria da Educação. Com a criação do FUNRURAL - assistência médica ao trabalhador rural, dificulta cada vez mais a possibilidade de integração das áreas preventiva e curativa da medicina. À saúde pública restam as áreas economicamente inviáveis e sem retorno. Por outro lado, a população é dividida em setores: escolar, para a saúde do escolar, de competência da Secretaria da Educação; outra, de competência dos órgãos previdenciários; o saneamento aos órgãos de viação e obras públicas.

A educação sanitária conserva sua posição na estrutura da Secretaria da Saúde. A Constituição do Estado de São Paulo de 1947, faz constar incumbência sanitária da população do Estado.

O curso de educação sanitária passa por várias

transformações. São ministradas aulas específicas de educação sanitária. É introduzido um curso de ciências sociais e, em caráter experimental, são ministradas aulas de psicologia social. Em 1947, apesar de Paula Souza solicitar sugestões para o curso, a ênfase na propaganda permanece. Em 1949, Mascarenhas tece críticas ao curso e à formação do educador sanitário, propondo a criação do curso de educador em saúde padrão norte-americano e o encerramento do existente. As tarefas do educador sanitário podem ser delegadas ao pessoal de enfermagem.

Na década de 1940, a educação sanitária bem como a saúde pública "ressurgem" após um longo período. A educação sanitária nessa década mantém os mesmos moldes da década de 1920. Formação da consciência sanitária nacional, preocupação com os jovens. A educação sanitária é para a formação de hábitos sadios, da consciência sanitária na fase de desenvolvimento humano que dura do nascimento até o início da fase adulta. A natureza da propaganda é a mesma da educação. Não se distingue o que é educação do que é propaganda a não ser pela idade do educando que vai até o início da fase adulta. Com a abertura do curso de enfermagem em 1942, os educadores apresentam um trabalho defendendo a classe de uma possível ameaça dos enfermeiros educadores. Ressurge o entusiasmo pela educação sanitária no Congresso de 1948. Começa a haver uma preocupação com o desenvolvimento e organização da comunidade através a integração das instituições existentes, chamadas "forças vivas" da comunidade. A participação da população é colocada como uma necessidade que mais parece corresponder a um modismo que de uma preocupação teórica fundamentada na prática. Assim, o referencial de participação é dado pelos programas de saúde pública. A forma de participação não é questionada, nem seu conceito. O importante é a participação de qualquer maneira; ou seja através de quotas financeiras, mão-de-obra, ou material.

As atividades de educação sanitária apresentadas nos trabalhos evidenciam seu caráter de informação e propaganda com as mesmas técnicas preconizadas desde 1925. As ciências sociais são mencionadas como podendo contribuir para o conhecimento da comunidade e poder assim melhor prepará-la para receber o programa de saúde pública.

Um trabalho, entretanto, expressa uma nova preocupação. Isso é, retoma a preocupação dos sanitaristas da Bahia e Pernambuco, que defendiam a integração de serviços preventivos e curativos face às necessidades da população. O autor propõe que não basta educar para prevenir, mas que se deve curar educando. Através da prática da puericultura, o autor conclui que o pediatra é essencialmente um clínico e higienista. Existe um grande número de crianças doentes que necessitam de medicina curativa. Deve-se, pois, também educar através da cura, ou seja, do processo de tratamento. Embora essa colocação não tenha uma preocupação teórica, ela expressa uma posição que o autor assumiu a partir da prática de puericultura com a população. Aponta uma diretriz unicista de integração não só da medicina preventiva e curativa, mas da própria saúde pública com a educação.

No final da década de 1950, a educação é colocada não mais para uma faixa etária específica, mas devendo atingir os indivíduos em todas as idades. As campanhas são criticadas pela falta de êxito. O homem brasileiro, começa a ser visto menos como *"indolente ou com estigmas de degenerescência"*, mas necessitando ser educado. A necessidade de co-participação da população nos programas de saúde começa a ser levantada.

A integração dos serviços médico-sanitários é apontada como condição fundamental para a educação em

saúde. Um dos aspectos levantados é a continuidade do trabalho - a educação sanitária é vista como um processo e não mais um somatório de episódios. Surge a preocupação com o trabalho de equipe. No entanto, a orientação básica é traçada pelo médico, sendo que ao pessoal de enfermagem cabe a tarefa educativa. Os materiais de divulgação começam a ser testados. Há uma preocupação em adequar a mensagem ao tipo de público que se quer atingir. Há uma preocupação com os métodos educativos em si. Ao mesmo tempo que se coloca a necessidade de conhecer a cultura da população, de sua participação no planejamento e na maneira de levar esse plano a cabo, educação continua a ser a aquisição de conhecimentos e mudanças de comportamento na visão do técnico, mediador do conhecimento científico.

A década de 1950 se caracteriza por um movimento de inovação, tanto no curso de educação sanitária, como na conceituação dessa área. A educação é vista como um processo permanente. No Brasil, iniciam-se experiências de alfabetização de adultos em Angicos no Nordeste (Freire, 1975).

Apesar da introdução de novos conceitos na área da educação sanitária, a metodologia proposta é uma adoção acrítica da desenvolvida pelo serviço social. Não existe uma metodologia que integre a prática da saúde pública com a educação em saúde. Permanecem como duas áreas paralelas. A educação ainda é um instrumento para facilitar os programas de saúde a atingir seus objetivos. Educação e população são ainda função dos objetivos puramente técnicos dos programas de saúde. Aquela (educação) é um meio de fazer com que esta (população) adote novos conceitos e práticas de saúde. A preocupação é ainda de

estender, mecanicamente. o saber científico à população, que permanece como objeto dos programas (5).

Em 1954, o Serviço Especial de Saúde Pública a dota o educador sanitário padrão norte-americano. No final do período, alguns trabalhos questionam a necessidade do educador sanitário em nível local, considerando o desenvolvimento da enfermagem, e a introdução do assistente social nos quadros de pessoal das unidades sanitárias. O conflito que esses trabalhos traduzem evidenciam uma competição das três áreas, que reflete uma divisão de trabalho baseada no papel e função de cada profissional, segundo a área do conhecimento (6).

---

(5) - A esse respeito, ver FREIRE, P. - Extensão ou Comunicação. Ed. Paz e Terra, 1975, 2a. Edição

(6) - UNICAMP - Faculdade de Ciências Médicas - Departamento de Medicina Preventiva e Social - introdução à Crítica da Educação em Saúde. Documento Básico do Programa de Saúde da Comunidade. 1974.

---

CAPÍTULO IV - PERÍODO DE 1960 a 1975

1 - Institucionalização da Educação Sanitária

Em 1969, com a reforma administrativa da Secretaria da Saúde, a Seção de Propaganda e Educação Sanitária foi transformada em Serviço de Educação em Saúde Pública, localizado no Instituto de Saúde da Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados. Seus objetivos são:

- "1 - *Planejar os aspectos educativos dos programas da Secretaria de Saúde a serem desenvolvidos em nível estadual e colaborar no planejamento dos programas a serem desenvolvidos em nível regional, juntamente com os técnicos e autoridades sanitárias responsáveis.*
- "2 - *Supervisionar os aspectos educativos dos programas e campanhas da Secretaria de Saúde.*
- "3 - *Avaliar os aspectos educativos dos programas da Secretaria da Saúde, desenvolvidos em níveis estadual ou regional.*
- "4 - *Adestrar ou orientar pessoal técnico da Secretaria da Saúde em técnicas de educação para a saúde.*

- "5 - Promover o aperfeiçoamento técnico dos profissionais de Educação Sanitária da Secretaria da Saúde.
- "6 - Assessorar técnicos e responsáveis por órgãos da Secretaria da Saúde em educação sanitária e assessorar outras instituições oficiais, quando solicitado.
- "7 - Emitir pareceres técnicos especializados aos diversos órgãos da Secretaria da Saúde.
- "8 - Desenvolver estudos e pesquisas no campo da educação para a saúde.
- "9 - Proceder a ensaios operacionais em áreas do Estado, com a finalidade de aperfeiçoar técnicas educacionais em programas de saúde.
- "10 - Elaborar normas técnicas visando o bom desenvolvimento das atividades educativas da Secretaria da Saúde e a uniformização dos profissionais em educação sanitária.
- "11 - Prestar serviços a grupos da população em caráter provisório ou supletivo, quando julgado indispensável para o bom andamento de programas ou campanhas da Secretaria da Saúde.

"12 - *Planejar, elaborar, supervisionar e avaliar material audio-visual para os programas da Secretaria da Saúde, de acordo com as prioridades*" (1).

## 2 - Formação do Educador em Saúde

Em 1961, é encerrado o curso de Educador Sanitário. Até esta data, haviam sido formados 1.122 educadores sanitários. Em 1967, a Faculdade da Saúde Pública da U.S.P., através da então Disciplina Autônoma de Educação Sanitária, dá início ao curso de Educação em Saúde Pública. Até 1972 haviam sido graduados 111 educadores de saúde pública. O curso está orientado no sentido de levar o aluno a:

- "1 - *obter um claro conceito de saúde, saúde pública e educação em saúde;*
- "2 - *compreender o que é um programa de saúde e as funções dos membros da equipe de saúde pública;*
- "3 - *conhecer a comunidade e levá-la a participar dos programas de saúde;*
- "4 - *conhecer os princípios e a metodologia de educação em saúde e aplicá-los adequadamente;*

---

(1) - SÃO PAULO - Secretaria de Estado da Saúde - Serviço de Educação em Saúde Pública. Documento Básico (1971 - 1974).

"5 - compreender a complexidade do comportamento humano no contexto atual da realidade brasileira."

O curso visa preparar os educadores através de sólidos conhecimentos sobre:

"1.1 - Educação, especialmente os fatores determinantes do comportamento humano.

"1.2 - Ciências Sociais, para compreender as características sociais e culturais das populações.

"1.3 - Saúde Pública, incluindo princípios de administração sanitária, saneamento do meio, métodos de controle das doenças, interpretação da estatística, planejamento de programas.

"1.4 - Administração de serviços de educação em saúde pública e, ou de educação em saúde na escola.

"1.5 - Metodologia da educação em saúde pública.

"1.6 - Técnicas de investigação aplicadas à educação em saúde pública" (2).

---

(2) - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - Faculdade de Saúde Pública - Disciplina Educação em Saúde Pública - Recursos Humanos de Educação em Saúde Pública 1972 - relatório. p. 25-26

Um dos requisitos para o curso de Educação em Saúde Pública é o de portar diploma de nível superior, dando-se prioridade aos graduados em Educação e Ciências Sociais.

O curso visa a formação do educador de saúde pública principalmente para, em níveis distrital, regional e central, planejar, supervisionar e avaliar programas de educação em saúde pública.

A partir de 1971, foi introduzida a área específica de educação em saúde na escola, visando preparar educadores de saúde pública para trabalhar em órgãos de educação. O curso é dividido em quatro partes. Na primeira, são ministradas Disciplinas Básicas, em conjunto com os demais alunos. A segunda consta de Disciplina de Especialização Profissional, que abrange várias unidades de estudo:

Unidade I - 34 horas

Fatores Determinantes do Comportamento Humano

Unidade II - 56 horas

Educação e Educação em Saúde Pública

Unidade III - 48 horas

a - Planejamento em Educação em Saúde Pública

b - Publicação d' O Pioneiro

Unidade IV 64 horas

Educação em Saúde em Áreas Especiais.

A Terceira parte consta de disciplinas complementares para atender a necessidades específicas dos alunos. É ministrado ainda um curso de Organização da Comunidade para Educação em Saúde Pública.

Finalmente, a Quarta parte é o treinamento de campo (234 horas).

No correr do ano os alunos passam por um estágio de campo multiprofissional. A finalidade é de formar o espírito de trabalho de equipe de saúde.

### 3 - Trabalhos Publicados (\*)

O primeiro trabalho nesse período se refere ao seminário como um método de educação, cujo uso está firmando e ganhando popularidade. É um método que enfoca problemas, os quais são reconhecidos, selecionados, definidos e compreendidos, baseados nos interesses dos participantes. Os objetivos do grupo transcendem os do indivíduo. É um método essencialmente ativo e, o grupo assume responsabilidades nas decisões, melhorando a eficiência como pessoa e como líder profissional. Deve se processar num clima cordial, amigável e democrático, onde se trocam idéias, pontos de vista divergentes e auxilia a solução conjunta dos problemas, "*mas sempre sob a orientação técnica de consultores e outros peritos*". Seu sucesso depende do planejamento. É uma metodologia para cursos e pessoal de nível técnico.

---

(\*) - Os trabalhos que serviram de apoio, acham-se relacionados no item 4, desta unidade.

Outro trabalho se refere à avaliação de uma campanha de vacinação em Petrópolis, segunda cidade brasileira a realizar uma campanha de massas contra a poliomielite. Foi um teste preparatório para o lançamento de uma campanha de âmbito nacional. O objetivo da participação da educação sanitária foi o de interpretar à comunidade o trabalho a ser realizado e motivá-la a procurar os postos de vacinação, além de testar um plano de ação que pudesse servir de guia para todo o país. Os técnicos se reuniram com os grupos organizados da comunidade, religiosos, recreativos, sociais, buscando apoio e colaboração. Realizaram-se palestras, enviaram-se cartas circulares. As escolas também foram envolvidas. A imprensa falada e escrita deu ampla divulgação, além de cartazes e folhetos. A avaliação dos meios mais eficientes revelou que principalmente as escolas, rádio, vizinhos e amigos ou parentes foram os mais eficientes.

Nos anos 61/62, três trabalhos parecem preparar a abertura do curso de Educação em Saúde Pública: "O Programa Nacional de Educação Sanitária no Peru", descreve a formação, funções do educador de saúde pública tipo OMS, e o desenvolvimento do programa nacional de educação em saúde. "O Educador Sanitário, mais um Membro da Equipe de Saúde Pública", refere-se ao educador de saúde pública tipo OMS, profissional que o SESP vinha formando desde 1954; "Funções do Pessoal de Enfermagem e Educação Sanitária nos Serviços de Saúde Pública". As conclusões deste último, são:

*"1 - Os serviços de saúde pública do Estado de São Paulo devem empregar tanto a Enfermeira de Saúde Pública como o Educador de Saúde Pública.*

- "2 - A Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo precisa preparar-se para propiciar a formação, em cursos de pós-graduação, de Enfermeiros e Educadores de Saúde Pública.
- "3 - A Secretaria de Saúde Pública e da Assistência Social e a Faculdade de Higiene e Saúde Pública devem decidir, ante a realidade sócio-econômico-sanitária do Estado, sobre a qualificação técnica e profissional e exigir do pessoal auxiliar para o serviço de enfermagem de saúde pública.
- "4 - A atendente, quando devidamente selecionada, pode, nas unidades sanitárias, ser utilizada amplamente em atividades de enfermagem e administrativa que não exijam pessoal com formação técnica.
- "5 - O pessoal auxiliar de enfermagem, nos serviços de saúde pública, deve sempre trabalhar sob a supervisão de enfermeira de saúde pública."

Em 1964, Marcondes publica três artigos, um sobre a necessidade de teste prévio de impressos em educação sanitária, foi elaborado um "Folder" contendo informações sobre o tétano e vacinação contra esta doença. Apesar de todos os conceitos, termos e ilustração terem sido

corretamente compreendidos, fracassou no conceito da transmissão de informações sobre etiologia, contágio e tratamento do tétano; os outros dois são: "O Componente Educativo do Trabalho do Cirurgião Dentista" e "Saúde e Aprendizagem". Naquele, o autor reforça o papel educativo do profissional e de necessidade de estabelecer boas bases de comunicação, compreendendo o perfil psicológico do paciente e, demonstrando real interesse em seus problemas e como ele os vê; neste, ao considerar a psicologia da aprendizagem, os sanitaristas devem tomar por base os seguintes fatores:

- "1 - Todos os seres humanos podem aprender, independente de sexo, idade, raça, cultura, nível social ou econômico.
- "2 - A aprendizagem é um processo ativo e não de memorização. Aprende-se fazendo.
- "3 - As emoções têm papel importante na aprendizagem. O envolvimento emocional facilita o processo. Boas relações entre educandos e educadores são indispensáveis na situação ensino-aprendizagem.
- "4 - Para aprender, os indivíduos necessitam de motivos.
- "5 - Os métodos educativos são numerosos. O da discussão em grupo oferece oportunidades especiais para a aprendizagem."

No mesmo ano, Marcondes apresenta à Faculdade de Higiene e Saúde Pública uma tese para o título de doutorado, a primeira nessa especialidade no Brasil - "Educação Sanitária em Nível Nacional". É resultado de seu trabalho como Diretor do Serviço Nacional de Educação Sanitária.

Em 1967, o trabalho "Educação Sanitária, Saúde Pública e SNES" coloca a educação em saúde, como, obviamente aceita como essencial em Saúde Pública. *"E no entanto, pergunto eu e devem perguntar todos quantos se preocupam, mais detidamente, com esses assuntos, porque, sendo aparentemente de aceitação tão universal, é a Educação Sanitária, efetivamente, tão descuidada na prática quotidiana das atividades sanitárias, quer no que diz respeito ao plano educativo dos programas de saúde, quer no particular da estruturação e aparelhamento dos serviços responsáveis pela ação educativa no campo de saúde"*. O autor tece considerações sobre conceitos de educação sanitária, considerando mais claro o de G. LARIMORE: "Educação Sanitária é o processo de transmitir informações de tal maneira que aquele que as recebe seja levado a utilizá-las com a finalidade de proteger ou melhorar a sua própria saúde, e de sua família ou a de sua comunidade". Propõe a seguinte definição: "Educação Sanitária é a aplicação de diferentes técnicas educativas visando a prover os indivíduos, os grupos e as coletividades, de conhecimentos e experiências que provoquem neles, por seus próprios esforços e ações, a mudança de hábitos, atitudes e comportamentos, levando-os a alcançar e melhorar a saúde". Para Marcondes, "aprender não significa somente fixar na memória. Aprender importa sempre na modificação de conhecimentos, atitudes, crenças e comportamento. Só se aprende quando, não somente se pode fazer a coisa de outro modo, mas também se quer fazer a coisa de outro modo". Para o autor,

a comunidade também deve ser envolvida como um todo, *"de sorte a inculcar-lhe a idéia de responsabilidade pela solução de seus problemas de saúde, com a conseqüente participação ativa naquelas atividades destinadas a resolvê-los"*. Em relação ao Serviço Nacional de Educação Sanitária, conclui que esse órgão deve estar numa posição de âmbito ministerial, pois por ser um órgão normativo deve ter uma posição que possibilita a coordenação dos programas educativos.

Marcondes e Edmonds (1967), publicaram um estudo sobre conhecimento e práticas de prostitutas em relação a doenças venéreas, no Centro de Controle de Doenças Venéreas de Saigon, Vietnam, no sentido de orientar o planejamento de um programa educativo e preparo de recursos audio-visuais na prevenção daquelas doenças. A maioria das prostitutas tem alguma responsabilidade familiar. O ambiente é pobre e a maioria não sabe reconhecer os sintomas da sífilis e da gonorréia, nem como são transmitidas, embora sejam reconhecidas como problema pela maioria. A medida educativa proposta pelos autores foi um curso com os seguintes objetivos e conteúdos:

*"I - Objetivos*

- ajudar as mulheres a compreender seu papel na luta contra V.D.*
- da informação sobre V.D. e higiene pessoal*
- motivar as mulheres a usar os recursos da comunidade para assistência médica.*

*"III - Programa*

- "1Hr - Doenças transmissíveis (princípios básicos de transmissão e prevenção)*

"Ihr - Anatomia e fisiologia da mulher (menstruação). Higiene feminina e pessoal.

"IIHr - Doenças Venéreas  
Sífilis: etiologia, tratamento e prevenção  
Gonorréia: etiologia, tratamento e prevenção.

"Ihr - O papel da mulher na luta contra a V.D. A importância do exame médico periódico. Recursos da comunidade para assistência médica".

No V Congresso Internacional de Higiene e Medicina Preventiva, em Roma, 1968, foi apresentado um trabalho sobre "Educação Sanitária e Medicina Preventiva". Esse trabalho versou sobre educação alimentar, sendo suas conclusões:

"4.1 - Os planejamentos de atividades e de programas relacionados à saúde devem ser considerados como um processo técnico, contínuo e dinâmico.

"4.2 - Todas as regiões devem organizar uma equipe de trabalho constituída de membros residentes no local e interessados na solução dos problemas da comunidade.

"4.3 - Tal equipe deve constar de técnicos diversos, de acordo com o

programa a ser desenvolvido. Nos  
sa equipe é composta de diferen  
tes técnicos, segundo as neces  
sidades locais.

- "4.4 - Os programas devem ser adapta-  
dos às necessidades de região.  
À primeira vista, nossos cursos  
parecem atividades esparsas, quan-  
do, na verdade, são sempre ati-  
vidades enquadradas dentro do  
programa que se orienta pelo  
conceito atual da medicina inte-  
gral. Os cursos foram um dos  
meios que lançamos mão para se-  
mear, e colher, o fruto de uma  
orientação sanitária dirigida à  
população.
- "4.5 - Desde que consigamos motivar as  
entidades federais, estaduais e  
particulares, e a população em  
geral, teremos a continuidade  
de colaboração.
- "4.6 - Os êxitos alcançados devem-se à  
colaboração dos técnicos, dos  
setores administrativos federais,  
estaduais, municipais e particu-  
lares - e da própria comunidade  
trabalhada.
- "4.7 - A nossa hipótese geral de traba-  
lho foi confinada, e de maneira  
relevante, através do Curso de  
Mães".

No XVII Congresso Brasileiro de Higiene, 1968, foram apresentados 12 trabalhos de educação sanitária. Destacamos os da Holanda, H.H., que discute a necessidade de uma atitude inovadora, preocupada em criar oportunidades de participação nas decisões e no trabalho para as populações, como meio de experiência e comprometimento com os objetivos do programa. A motivação é consequência do engajamento e não na coisa a ser criada. Esse comprometimento cria uma motivação "*para reverter e mudar suas atitudes negativas e conformistas relacionadas com seu status marginal*". Em outro trabalho o autor "*focaliza o problema de seleção e organização de informações que forneça a percepção do papel causal das relações do indivíduo, com seu ambiente na existência da maioria dos problemas de saúde que o afetam*". Vasconcelos, L.P., diferencia os processos de informação, aprendizagem e educação que ocorrem nos serviços "*independente da consciência dessa realidade*". O pessoal de saúde é colocado na tarefa interferidora da mudança social. O autor apresenta um trabalho de combate à doença de chagas, com enfoque na participação das comunidades.

Em 1970, realizou-se a I Jornada Brasileira de Estudos de Educação em Saúde, onde se discutiu conceitos e necessidade de se definir uma estratégia de educação em saúde de âmbito nacional.

Krausz (1971) considera o acentuado processo de urbanização de São Paulo como desafios para a educação em saúde. "*Os níveis de saúde de qualquer aglomerado urbano estão em função dos padrões de comportamento de seus habitantes. Qualquer intervenção que vise uma mudança só terá sucesso na medida em que levar em consideração o comportamento humano do problema em causa*". Se a população não for preparada convenientemente, a oferta de serviços

meramente não vai assegurar melhores níveis de saúde. Considera que as populações periféricas de origem rural, somente quando forem integradas aos padrões culturais urbanos será alcançada aquela preparação necessária. É nessa perspectiva que a educação em saúde é colocada. Os objetivos da educação em saúde da forma como foram propostas pela OMS, *"ajuda as pessoas, individualmente ou em grupo, a desenvolver seu desejo de saúde, a conscientizar seus problemas de saúde pessoais, particulares, profissionais, e sociais, a absorver o conhecimento necessário, e através do aconselhamento e encorajamento necessários, aprender a forma de aplicar este conhecimento"*, ou mais resumidamente, *"ajudar as pessoas a conseguirem saúde através de sua própria ação e esforços"*, dificilmente serão atingidos na realidade urbano-industrial de São Paulo. A população não participa de atividades comunitárias. Não está inserida na cultura universal urbana. O quadro de referência tem sido o indivíduo em detrimento do grupo social, *"as condições da vida urbana apressou os canais de identificação entre o indivíduo e o grupo"*, acentuando o individualismo. *"Por isso deve esta (a educação em saúde) utilizar todos os canais de comunicação disponíveis para apressar a mudança de atitudes, conhecimentos e práticas de saúde"*. Atenta para a necessidade da oferta de serviços curativo-preventivos, e para o problema do imediatismo. Chama a atenção para os técnicos no sentido de aproveitarem a oportunidade educativa face a face. Considera necessária a integração de educação no planejamento, execução e avaliação dos programas de saúde.

Haddad e Nogueira (1973), consideram que *"algu*mas vezes, programas de saúde bem estruturados, não conseguem se desenvolver adequadamente por não haver, por parte da população beneficiada, um interesse maior por esses

*programas, apesar de todo o empenho da equipe de saúde".* Atribuem esse desinteresse a fatores sócio-culturais que não são considerados na elaboração do programa nem na execução. A educação sanitária teria objetivo de desencadear mudança cultural na comunidade para que esta possa incorporar os valores de saúde da equipe de saúde. Nesse sentido as Ciências Sociais, particularmente a Antropologia Cultural, indicam a maneira de induzir a mudança cultural *"na educação desejada por um programa comunitário"*. Esse programa visa substituir o caráter paternalista por uma participação efetiva da comunidade.

Dada a inexistência de qualquer órgão associativo, a equipe induz a formação de um órgão associativo, congregando os líderes naturais. Estes foram convocados a uma reunião para *"programar, com eles, a maneira de conduzir a formação de uma organização associativa"*. *"Dizíamos que o interesse do Centro era pelo setor saúde, porém esta dependia de uma série de fatores como condições de moradia, saneamento do meio, hábitos alimentares, educação, conceitos sócio-econômicos, meios de transporte, etc."* Os autores referem que a cada reunião eram dadas informações sobre saúde. Como iam só homens, criaram o Clube das Mães. O Município foi dividido em bairros que elegem seus representantes. Em seguida foi feita uma campanha de construção de focos. *"Os cursos de educação sanitária foram ministrados como se tivessem sido solicitados pelo Clube de Mães e não como se fosse nossa intenção"*. Os autores concluem que a criação de uma entidade associativa acarreta vantagens para o desenvolvimento de um programa de saúde, *"permitindo transformar uma assistência puramente paternalista em uma participação mais efetiva da comunidade na resolução de seus próprios problemas"*.

No início de 1973, foi elaborada uma "Avaliação da Educação em Saúde no Brasil", no sentido de indicar *"os fatores que vêm limitando ou promovendo o desenvolvimento da Educação em Saúde, assim como formular algumas diretrizes gerais e estratégias para o trabalho educativo em saúde no Brasil"*.

O grupo de trabalho conclui de maneira geral, que:

- 1 - Falta de recursos humanos, materiais e financeiros do DNES.
- 2 - Falta de planejamento, coordenação e integração dos programas de saúde.
- 3 - Órgãos técnicos de saúde tendem a desenvolver mais os aspectos assistenciais educativos que os preventivos. A tradição paternalista *"que não leva em conta a participação da população nos programas de saúde, torna difícil, senão impossível, o desenvolvimento de atividades da educação e saúde"*.
- 4 - Tendência a resultados imediatistas e quantificados dos órgãos de saúde, contrariando os *"objetivos da educação em saúde que são a longo prazo"*. Despreparo dos profissionais em saúde pública.
- 5 - Falta de pesquisas, para conhecer a população, indispensável para

fundamentar o planejamento de programas de saúde, o que não é considerado por grande parte dos profissionais de saúde. Inexistência de pesquisas aplicadas à educação em saúde.

O grupo recomenda: melhor localização do DNES na estrutura do Ministério da Saúde; criação de cargo e carreira para o Educador de Saúde Pública; que as unidades de planejamento de saúde devam ser multiprofissionais; a elaboração de um modelo metodológico que incorpore os variáveis sócio-culturais e educativa; no processo de planejamento em saúde.

A Disciplina Educação em Saúde Pública elabora um estudo sobre "Recursos Humanos para a Educação em Saúde no Brasil". São suas recomendações:

*"Para que os programas de saúde no Brasil possam se desenvolver de maneira satisfatória, duas medidas parecem merecer prioridade, ou seja, a formação mais acelerada de especialistas em educação em saúde e o treinamento em educação em saúde do pessoal engajado naqueles programas.*

*É indispensável, portanto, que se obtenham recursos, a fim de dotar a Faculdade de Saúde Pública dos meios necessários para permitir a ampliação do número de vagas no Curso, garantindo ao mesmo tempo uma preparação de alto nível.*

*O treinamento em serviço do pessoal engajado nos programas de saúde, na área da educação em saúde pública, merece também prioridade e só poderá ser atacado intensivamente quando se puder contar com pessoal profissional em número adequado, tanto para prestar serviços em órgãos de saúde, educação e afins, como para exercer atividades de docência em institutos de ensino superior."*

Krausz (1974) estuda o educador de saúde pública, delineando o perfil de uma nova categoria profissional, do ponto de vista da Sociologia das Ocupações e das Profissões. Enfoca uma série de problemas inibidores da atuação do profissional que seriam incentivadores de mudanças comportamentais, não só dos consumidores dos serviços de saúde. Considera necessária a intensificação do seu preparo na área das relações interpessoais no seu processo de socialização profissional.

Em 1974, Brito Bastos focaliza a importância da educação sanitária nos programas de controle das doenças transmissíveis, responsáveis por aproximadamente 40% do total dos óbitos no Brasil. A educação exerce influência na reestruturação da mentalidade e, conseqüentemente, das atitudes, fazendo os indivíduos participarem conscientemente dos programas de controle dessas doenças. Propõe uma forma de trabalho coletivo, em que os serviços de assistência médica contem com a colaboração das famílias, da Igreja e órgãos educacionais.

Em 1975, Sossai publica um Trabalho sobre "Planejamento em Educação em Saúde Pública - Determinação de

de Objetivos". O autor parte das seguintes considerações preliminares:

*"O avanço tecnológico que caracteriza a época presente, exige do homem precisão e eficiência tendo em vista maior produtividade com um mínimo de esforço. A eficiência em qualquer campo de atividade está condicionada à utilização de procedimentos racionais.*

*"No setor industrial e comercial, Técnicas avançadas de planejamento tem permitido um aumento progressivo de rendimento na execução das mais variadas tarefas. Nesses campos, onde o rendimento econômico é a meta final de todas as atividades, há grande preocupação em se definir metas com clareza e exatidão, possibilitando assim um controle efetivo da produção.*

*"Usar linguagem semelhante no campo da Educação pode significar para muitos uma grave heresia. Muitos consideram a educação algo romântico e folclórico, campo que não se enquadra nos padrões da tecnologia moderna.*

*"Outra maneira de ver a educação é considerá-la à luz dos avanços das ciências do comportamento, graças aos quais foi possível o que se denomina "engenharia comportamental". Esta concepção deriva de uma visão científica do comportamento. Isto significa que o*

*comportamento é um fenômeno natural, determinado por leis constantes e não um fenômeno que depende do acaso.*

*"Como consequência desta visão do comportamento, diversos princípios e técnicas de modificação de comportamento foram desenvolvidos, tendo em vista obter maior eficiência no processo educativo. Esse processo nada mais é do que a modificação sistemática e planejada do comportamento dos indivíduos, tendo como objetivo seu ajustamento consigo mesmo e com o meio em que vivem.*

*"Uma das fases essenciais para se iniciar qualquer processo de modificação de comportamento é definir com precisão quais comportamentos esperamos modificar ou implantar. Para facilitar essa tarefa oferecemos o presente trabalho, que pretende ser um instrumento prático para os que trabalham na área da educação em saúde e para todos aqueles que se dedicam à tarefa de modificar comportamentos de indivíduos ou grupos".*

A mesma revista publica em seu número 7, "Conceitos modernos sobre Planificação Participante". Esse documento, traduzido da OPS/OMS, apresenta uma metodologia de trabalho em que a população e técnicos de saúde participam conjuntamente da elaboração, execução e avaliação de programas de saúde em nível local. Essa metodologia

se faz coerente com as diretrizes da XXIII Assembléia Mundial de Saúde e XII Reunião do Conselho Diretivo da Organização Panamericana de Saúde (resolução nº 22). Ambas recomendam com prioridade a participação efetiva da comunidade nos programas cujo objetivo seja o bem estar da população. O planejamento participante é colocado como complemento do macro planejamento. Isto é, o macro planejamento, realizado em nível local e uma corrente ascendente, de baixo para cima, *"cuja ação deve se orientar e servir de sustento às ações regionais e nacionais"*.

4 - Trabalhos Levantados no Período 1960-1975

BRITO BASTOS, N.C. - A Educação nos Programas de Controle das Doenças Transmissíveis. Rev.Fund. SESP XIX (1): 101-107. Rio de Janeiro, 1974

DIAS, J.C.P. - Análise das Perspectivas Atuais de Combate à Doença de Chagas com Especial Enfoque à Participação das Comunidades. Anais do XVII Congresso Brasileiro de Higiene, 1968.

DISCIPLINA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA - Faculdade de Saúde Pública - U.S.P. - Recursos Humanos para Educação em Saúde no Brasil, 1973 (mimeografado).

FREITAS, A.V. - A Educação Sanitária e os Programas de Saúde de no Estado de São Paulo. Anais do XVII Congresso Brasileiro de Higiene, 1968.

FREITAS FILHO, L. - Considerações em Torno da Posição da Educação Sanitária nos Programas de Saúde. Anais do XVII Congresso Brasileiro de Higiene, 1968

FREITAS FILHO, L. - Educação Sanitária, Saúde Pública e Serviço Nacional de Educação Sanitária. Arquivos de Higiene 23 (1): 3-19, 1967.

HADDAD, N. & NOGUEIRA, J.L. - O Envolvimento da Comunidade Rural de Cássia dos Coqueiros (São Paulo, Brasil) em Programas de Saúde. Rev. Saúde Públ., São Paulo 7(2): 115-22, 1973.

HOLLANDA, H.H. - Controle da Esquistossomose: Alguns Problemas e Estratégia de Mudança de Comportamento da População. Anais do XVII Congresso Brasileiro de Higiene. 1968.

- HOLLANDA, H.H. - O Problema da Seleção e Organização da Informação em Saúde para o Público. Anais do XVII Congresso Brasileiro de Higiene, 1968.
- KRAUSZ, R.R. - Estudo de um Novo Grupo Profissional: O Educador de Saúde Pública. São Paulo, 1974 (mimeografado).
- KRAUSZ; R.R. - Os desafios da Urbanização para a Educação em Saúde. Rev. Saúde Pública, São Paulo 5: 285-9, 1971
- LAMARDO, M.A. - Educação Sanitária, um Aspecto da Educação Integral. Anais do XVII Congresso Brasileiro de Higiene, 1968.
- LUCCHESI, B.M. et. al. - Educação Sanitária e Medicina Preventiva. Rev. Saúde Pública S. Paulo. 3 (1) 83.91
- MARCONDES, R.S. - Educação Sanitária em Nível Nacional - São Paulo, 1964 (mimeografado).
- MARCONDES, R.S. & EDMONDS, S.W. - Health Knowledge of Prostitutes in Saigon, Vietnam. Rev. Saúde Públ. São Paulo 1 (1): 18-23, 1967.
- MARCONDES, R.S. - O Componente Educativo do Trabalho do Cirurgião Dentista. Arq. Hig. e Saúde Publ. 29 (102): 181-83, 1964
- MARCONDES, R.S. - O Educador Sanitário mais um Membro da Equipe de Saúde Pública. Arq. Hig. Saúde Publ. XXVI (90): 313-314, 1961.
- MARCONDES, R.S. - Que é um Seminário de Educação Sanitária? Arq. Fac. Hig. Saúde Públ. - U.S.P. 15/16 1961-1962
- MARCONDES, R.S. - Saúde e Aprendizagem. Arq. Hig. Saúde Públ. 29 (100): 79-81, 1964

- MARCONDES, R.S. - Teste Prévio em Educação Sanitária. Arq. Fac. Hig. Saúde Públ. U.S.P. 18 (1/2), 1964
- MARCONDES, R.S. - Vacinação Contra a Poliomielite em Petrópolis. Arq. Fac. Hig. Saúde Públ. U.S.P. 15/16:29-33, 1961/1962.
- MASCARENHAS, R. dos S.; TEIXEIRA, M.S. & MARCONDES, R.S.- Funções do Pessoal de Enfermagem e Educação Sanitária nos Serviços de Saúde Pública. Arq. Hig. Saúde Públ. XXVII (93): 192-204, 1962
- MELLO, A.L. - Importância da Educação Sanitária nos Programas de Saúde. Anais do XVII Congresso Brasileiro de Higiene, 1968
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - Fundação Serviços de Saúde Pública. 30 anos de Atividades em Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1972.
- OPS/OMS - Conceitos Modernos sobre Planejamento Participante. Serviço de Educação em Saúde Pública n° 7, São Paulo, 1975.
- RAMOS, J. A. et. al. - O Fundo de Educação Sanitária e Imunização em Massas: FESIMA e os Programas Prioritários da Secretaria de Saúde Pública do Estado de São Paulo. Anais do XVII Congresso Brasileiro de Higiene 1968.
- RELATÓRIO DO GRUPO TÉCNICO DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, U.S.P. 1973 (mimeografado).
- SANDIA, G. et. al. - Educação Sanitária Aplicada ao Controle da Esquistossomose só pela Terapêutica em Município com 80% da População em Área Rural. Anais do XVII Congresso Brasileiro de Higiene, 1968

SÃO PAULO - Secretaria de Estado da Saúde. Serviço de Educação em Saúde Pública. Documento Básico - 1971/1974 1971.

SOSSAI, J. - Planejamento em Educação em Saúde Pública. Serviço de Educação em Saúde Pública. nº 5. São Paulo, 1975

VALLE, S.P. & ORNELLAS, C.P. - A Ação Educativa como Fator na Solução de Problemas de Saúde. Anais do XVII Congresso Brasileiro de Higiene, 1968

VALLE, S.P. & ORNELLAS, C.P. - Planejamento em Educação Sanitária. Anais do XVII Congresso Brasileiro de Higiene, 1968.

VALLEJO, N. - O Programa Nacional de Educação Sanitária No Perú. Arq. Hig. Saúde Públ. XXVI (88): 101-108. 1961

VASCONCELOS, L.P. - Educação ou Informação Sanitária. Anais do XVII Congresso Brasileiro de Higiene, 1968

5 - Discussão

Neste período, identificamos uma tendência para a integração da educação com a saúde. Coincide com a tendência unicista identificada por RAMOS (1973), em relação aos serviços de saúde. A reforma da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, foi uma medida integradora dos serviços sanitários, apesar de *"nas últimas décadas, sofrendo forte influência européia, vários países latino-americanos - inclusive o Brasil - vêm adotando extensos programas de previdência social, cujos serviços médicos, tal como ocorre na Europa, são totalmente separados dos ministérios da saúde"* (3).

A transformação conceitual e operacional da saúde pública faz-se refletir na educação em saúde. Essas transformações coincidem com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública em 1942. Em 1954, o SESP cria cargos de educação sanitária para pessoal de nível superior que adquiriu sua formação no exterior. A tese de Mascarenhas (1949) de que o educador de saúde pública deve ser um profissional de nível superior para planejamento de programas de educação em saúde, é implantada em 1967, com a criação do curso de formação do educador de saúde pública, com novas funções. A Educação em saúde é função de toda a equipe de saúde pública e, não mais de um profissional formado especificamente para essa tarefa em nível local. A educação em saúde desde 1925, vem assumindo um papel paralelo à prestação de serviços de saúde, com um profissional específico para desenvolver as tarefas educativas.

---

(3) - RAMOS, R. - Integração dos Serviços Sanitários. Doutrina e Prática. Rev. Fund. SESP XVIII (2). 1973 p. 165.

Nos anos 60, o curso de saúde pública é ampliado para uma série de profissionais. É a filosofia da equipe multiprofissional de saúde pública. A educação é assim, tida como função de toda a equipe de saúde pública e não mais um profissional específico para essas atividades. Em 1966, é realizado o primeiro estágio multiprofissional, no curso de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, cujo objetivo era integrar médicos e engenheiros num trabalho de campo. Em 1967, o estágio, de duração de uma semana, é aberto para todos os profissionais dos cursos de saúde pública. O trabalho da equipe multiprofissional consistia no levantamento de uma carta sanitária - levantamento de dados de saúde de determinados municípios. Cada equipe era encarregada de determinado município. O somatório desses dados (cada profissional levantava os dados de sua especialidade), representava o quadro de saúde dos municípios. Em 1968 e 1969, uma equipe tentou introduzir modificações no estágio. Era necessário definir o objeto e a metodologia do trabalho. A integração multiprofissional se daria através da definição de um objeto comum à equipe. Em 1970, a experiência é generalizada. O estágio passa a ter a duração de um ano letivo - a duração do curso de saúde pública. É dividido em fase de planejamento de pesquisa, coleta de dados, tabulação, análise, conclusões e sugestões operacionais para o município. Essa evolução do estágio multiprofissional levou a pensar o ensino integrado de saúde pública, não mais para cada profissional, mas para equipes multiprofissionais. Em 1970, foi apresentado um projeto experimental de ensino de saúde pública para alunos que se dispusessem a testar essa experiência (Pilon, A.F. e Cardoso de Melo, J.A.), com a preocupação de integrar o ensino de saúde pública, a partir da definição de um objeto de estudo - o homem em relação com

seu meio e o fenômeno saúde-doença como consequência dessa relação.

A partir de 1970, os trabalhos de campo multiprofissional retomam as características iniciais de levantamento de Carta Sanitária. Em 1975, há um novo esforço de integração.

Nos últimos sete anos, vem havendo um esforço teórico e prático de integração da educação com a prática da saúde pública. A população começa a ser uma fonte de preocupação dos educadores em saúde e de outros profissionais ligados à saúde. Esse é um fenômeno universal. A participação da população passa a ser uma preocupação dos técnicos da saúde. Várias experiências são realizadas em vários países do mundo. A OMS publica, em 1975, um livro que relata experiências de participação da população em vários países do mundo (OMS-1975, La salud por el pueblo).

No Brasil, esforços de experiências de programas de saúde com participação comunitária são feitos no plano teórico e prático. Em 1974 é realizado o I Encontro Nacional de Programas de Saúde com Participação Comunitária em Brasília, patrocinado pela OPS/OMS e DNES-MS. São escolhidos cinco centros experimentais de participação da população em programas de saúde no Brasil:

- 1 - CAGEPA - Companhia de Água e Esgotos da Paraíba - Programa de Ação Comunitária no Campo de Saneamento
- 2 - Vale do Jequitinhonha - Secretaria de Saúde - Minas Gerais
- 3 - Programa de Saúde da Comunidade da Unicamp - Paulínia - São Paulo

- 4 - Ensino de 1º Grau - Secretaria de Saúde / Secretaria da Educação - Goiás.
- 5 - Centro de Saúde de Murialdo - Secretaria de Saúde - Rio Grande do Sul.

Em setembro daquele ano, representantes dos cinco centros se encontraram em Diamantina (MG). Algumas experiências não têm continuidade.

Existem basicamente duas correntes de participação da população em programas de saúde. Embora partam do mesmo ponto - utilização do planejamento como meio de participação da população, divergem na conceituação de participação.

HOCHBAUM (1968) tece algumas considerações sobre a participação do consumidor no planejamento de saúde. Alguns setores da sociedade, como a população pobre, negros e outras minorias, até recentemente desempenhavam um papel passivo. Atualmente passam a exigir um papel mais ativo e acesso a serviços que até então não contavam. Não é porém um problema de simples acesso, mas necessidade de viver, de servir e ser tratado como qualquer outro indivíduo. São exigências de melhores moradias, empregos e educação. De participação no processo decisório, mais que de serem ouvidos e depois atendidos. Os profissionais de saúde não abdicam a autoridade de tomarem as decisões finais. Os consumidores *"podem exigir tomar decisões que escapam à sua competência. Por exemplo, num desses encontros, o representante dos consumidores insistiu em que determinado tipo de médico deveria estar disponível para cuidar de problemas médicos específicos, proposta*

esta rejeitada pelos profissionais de saúde. Argumentaram estes que a incidência de tais problemas específicos era relativamente rara e que, mesmo que ocorressem, poderiam ser resolvidos mais adequadamente em outras instituições. Apesar da óbvia solidez dos argumentos, estas considerações não foram acatadas pelos representantes dos consumidores, levando ambas as partes a uma situação de hostilidade. Ficaram os profissionais de saúde perplexos e encolerizados pela aparente falta de lógica e pela teimosia dos consumidores. Estes, por sua vez, valeram-se deste episódio para argumentar que a participação dos consumidores não passava de um disfarce para a contínua recusa de oferecer a mesma qualidade de serviços de saúde à comunidade preta" (4). No caso, o fator mais importante não era uma necessidade de serviço de saúde, mas sim desses serviços representarem símbolos de igualdade em relação à sociedade branca mais endinheirada. O autor considera a reivindicação dos pretos uma proposta honesta, mas errônea. A participação do consumidor pode levar à maior percepção do assunto de saúde por parte da população e motivação ampliada em relação à importância da saúde. Até o momento não se evidenciou que a participação do consumidor tenha resultados melhores e mais eficazes do que quando planejados por profissionais que realmente compreendem e avaliam as características e as necessidades do público a ser atendido.

Esse texto evidencia uma relação de competição não só entre os grupos pretos com os brancos, mas principalmente, entre os profissionais de saúde com os pretos. Embora o autor não se refira, é muito provável que os provedores de saúde tenham sido brancos. Não teriam a

---

(4) - HOCHBAUM, G.N. - A Participação do Consumidor no Planejamento de Saúde - Algumas Considerações Teóricas. Apresentado em Genebra - OMS. Trad. Nelly M.F. Candeias - DESP-FSP - USP (mimeo.) p. 3.

habilidade técnica de transformar uma relação de competição em uma relação de cooperação, de diálogo em que a reivindicação pudesse passar ao nível de consciência ingênua - se igualar ao branco, para um nível de consciência crítica - a situação do negro na sociedade americana.

Em outro trabalho, Boyd Palmet (1972) retorna a discussão de Hochbaum. A participação total seria anarquia. É discutida parcialmente, enquanto se dá a nível de execução dos programas já elaborados previamente. A participação não se dá a nível de decisão, mas de uma determinação do que a população deve fazer. O conceito de saúde depreendido do texto, é dado pela manifestação da doença. Basta, pois, prevenir e curar a doença, seguir as regras da higiene para que a saúde seja estabelecida. A participação da população é vista como ajuda ao programa para que possa atingir seus objetivos - aqueles dos técnicos. Deve-se atacar a doença ou os vetores. O problema de saúde está dado pela doença em si e pelas medidas de prevenção da doença. Logo, prevenir a doença ou curá-la, é ter saúde. Os comportamentos são classificados em desejáveis e indesejáveis. A tarefa educativa é a transformação destes, naqueles. O conflito entre crença (comportamentos indesejáveis) e ciência (comportamentos desejáveis) é a tônica dos textos. O conflito entre os grupos sociais se evidenciam pelo conflito entre crença e ciência. A crença, conhecimento da população, é vista como maus hábitos de higiene, ignorância, e se expressa em comportamentos indesejáveis. A ciência, conhecimento do técnico, é vista como a verdade, saber, e dita os bons hábitos de higiene que se expressam em comportamentos desejáveis.

São dicotomias que são apresentadas como oposições:

Crença	-	Ciência
Indesejável	-	Desejável
Doença	-	Saúde
Desequilíbrio	-	Equilíbrio
Apatia	-	Participação

Num polo se situa a população e em outro, os técnicos.

Nessa visão de mundo se situa a corrente participatória que percebe a população como ignorante e incapaz de decidir e fazer seus projetos de saúde e de vida. Nessa perspectiva, a educação assume um caráter de imposição de um saber, sobre e, no lugar de outro. A outra corrente parte do pressuposto contrário. É possível à população com os técnicos, chegarem à síntese das oposições. Tal síntese se dá através do processo participatório da população-técnico frente a uma realidade que deve ser transformada através de um trabalho de saúde comum. Nesse processo a população se capacita a regravar ela mesma sua vida e a aprender a apreender a realidade sobre a qual é capaz de interferir para adquirir melhor saúde. Saúde-doença nesse sentido são vistas como fenômenos decorrentes do viver e das diferentes maneiras desse viver que são ditadas pelas diferentes maneiras possíveis de relacionamento com o meio. Novos conceitos de saúde-doença são formulados como consequência dos novos modos de relacionamento com o meio. Técnico-população são sujeitos cognoscentes frente ao objeto cognoscível, definindo juntos quais respostas são mais adequadas para determinadas situações desafiantes. É a única maneira possível, no momento, de resgatar ao trabalho de saúde pública; seu conteúdo social. É a única situação de síntese possível

entre a informação e a ação. Até o momento verifica-se a dicotomia da ação-informação. Àquela cabia o trabalho técnico assistencial de saúde pública. A esta, a educação. Ora, o aprendizado não se realiza fora de uma prática, desvinculado do trabalho-ação.

Na avaliação da educação em saúde pública no Brasil (1973), os educadores definem a saúde-doença como um fenômeno decorrente das relações do homem com seu meio. A educação em saúde é definida como o processo de seleção, organização e aplicação de conhecimentos e métodos das ciências bio-médicas e psico-sociais, visando o desenvolvimento nos indivíduos e nas sociedades de sistemas conceituais e de valores que estimulam padrões de vida saudável. A saúde assim, decorre do processo de vida. A educação é colocada como algo fora da vida. É algo ainda imposto pelo saber científico, que é selecionado, organizado e aplicado no indivíduo.

A saúde-doença são vistos como fenômenos decorrentes das relações homem-meio; do vivido, do trabalho, do aprendizado que decorre dessas relações e transformações através do trabalho do homem nesse meio. A educação é nessa visão algo imposto, que é dado. Os educadores assumem o equívoco no qual a educação em saúde permanece como algo que se dá fora das relações de vida do homem com seu meio, através de uma prática transformadora da realidade, através da qual (prática) essa realidade é aprendida e apreendida (Freire - 1975). Nesse equívoco, é impossível resolver o impasse em que a saúde pública e educação em saúde se colocam - aquela com uma prática vazia do conteúdo social, essencialmente técnica, que não tem conseguido resultados satisfatórios; esta, sem uma prática através da qual, técnicos e população possam, juntos, numa postura

de comunicação horizontal, aprender e apreender a realidade e transformá-la, resultando em melhor saúde. Essa situação é a única possibilidade de realização da educação e da conquista de melhor saúde e de competência da população, em que haveria maior possibilidade de resolver o conflito decorrente da oposição crença-ciência. O planejamento participante é um método que possibilita o encontro técnico-população, crença-ciência. É um método também que pode servir tanto para a formação da hegemonia nacional, como para acirrar as contradições da sociedade.

## CAPÍTULO V - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação em saúde pública no Brasil vem evoluindo lentamente nos seus 50 anos de existência. Há uma tendência cada vez maior para a adoção de modelos cada vez mais tecnicistas (Piovesan, 1966), baseados no planejamento econômico. O rigor científico de uma lógica formal mascara a doença como fenômeno do viver. Nesse contexto, a educação está fadada a permanecer fora da prática da saúde pública, mantendo uma relação de subordinação àquela. Tal situação leva a educação a buscar saúde adotando modelos da educação institucionalizada. É outro equívoco em que a educação em saúde pública incorre. A saúde-doença são fenômenos do viver que decorrem das situações de vida, das relações que os grupos sociais mantêm, com seu meio e com outros grupos sociais. A educação institucionalizada ocorre numa prática formal de ensino. É na prática, a partir da realidade onde se dão as relações homem-meio, que a educação pode se realizar. Ambas, saúde pública e educação em saúde pública se reduzem. Aquela, a simples oferta de serviços como se fossem mercadorias; esta como decorrência daquela situação, reduz-se à propaganda e informação, para vender mais a mercadoria oferecida pelo serviço. É essa relação que determina a subordinação da educação em saúde pública à saúde, situação em que ela própria se nega. Consequentemente, pelo fato de ser uma atividade paralela à prática da saúde pública, ela é reduzida à propaganda e informação de preceitos de higiene. É a educação que se pretende fazer num vazio, sem uma prática, somente através da qual, seria possível a realização da educação. Por outro lado, os serviços de saúde têm uma prática tecnicista. Isso é,

uma preocupação excessivamente técnica, sem tentar estabelecer as relações da prática da saúde pública com o contexto **de vida da população**.

A subordinação da educação em saúde à saúde pública é decorrente de uma específica visão de homem e de mundo, da saúde e da educação. As ações de saúde, traduzidas como prestação de serviços preventivos de um lado e curativos de outro, reduzem o conceito de saúde-doença, dicotomizando a população em sadios e doentes. A medicina curativa é área do setor privado de produção de serviços de saúde. A prestação de serviços preventivos é para o grupo da população de mais baixo nível sócio-econômico. A prevenção é competência do governo e oferecida gratuitamente à população. Essa situação pode ser considerada como um dos fatores que favoreceram a saída da assistência previdenciária dos órgãos de saúde pública, contribuindo para o caráter privatizante que a assistência médica previdenciária vem assumindo (\*).

A saúde pública reproduz a prática ditada pelas escolas médicas. A visão da doença e não do indivíduo, é reproduzida, na saúde pública, pela visão da doença coletiva e não da população. As pesquisas de saúde pública, de maneira geral, não consideram o social. A realidade é apreendida na perspectiva de diferentes áreas da especialização. Como o social não é considerado na prática da saúde pública, senão em uma perspectiva restrita, a educação passa a ser uma atividade paralela, tendo como finalidade auxiliar na efetivação dos objetivos eminentemente técnicos dos programas de saúde pública. A educação

---

(\*) - Para maior explicitação da intervenção estadual privilegiando o produtor privado dos serviços de saúde, veja-se DONNANGELO, M.C.F. - Medicina e Sociedade, São Paulo, Livraria Editora Pioneira, 1975 (Espec. Cap. I e III).

se nega ao assumir esse papel. A prática da saúde pública se reduz à pura prestação de assistência à população, que permanece como um agente passivo e cada vez mais dependente da instituição, incapaz de auto-cuidado da saúde e de reger sua própria vida (Illich, 1975). A saúde pública se distancia cada vez mais da realidade concreta das relações homem-meio.

A educação em saúde fica à margem da relação concreta técnico-população frente à realidade onde se dão as relações com o meio. Dessa maneira, é reduzida a simples agente de informação ou de propaganda, distribuindo noções de higiene e regrando a vida da população. Boldanski (1969) analisa a divisão da população em trabalhadoras "domésticas" e "selvagens". Aquelas, conhecedoras das boas regras de higiene e possuidoras dos comportamentos desejáveis de puericultura, tentam transformar as "selvagens" em "domesticadas". Era, no começo do século, um trabalho de cruzada, regrando inclusive os horários para distribuir afeto. Além dessa tarefa de transmissão de conhecimentos "científicos", o domicílio passou a ser invadido através das visitas domiciliares. A pesquisa empírica demonstrou no entanto, que a população tem um conhecimento que se aproxima do científico de 50 anos atrás. Esse conhecimento é reinterpretado de acordo com o conhecimento "popular", que faz parte da ideologia dessa população. O conhecimento científico é absorvido rapidamente pelos grupos sociais que ocupam uma posição mais privilegiada na escala social, devido ao fato de que esses conhecimentos são produzidos pelos intelectuais orgânicos dessa sociedade, para os grupos de melhor nível sócio-econômico. Têm assim a mesma ideologia. Quando chegam à população, são reinterpretados segundo seus valores e dentro de sua visão de mundo.

Essa situação tem suas raízes históricas na revolução industrial, a partir do século XVIII. Até a primeira metade do século XIX, a medicina era considerada como uma área das Ciências Sociais. Os problemas de saúde-doença foram correlacionados com o modo de viver das populações e condição de pobreza. Foi um período em que floresceu o liberalismo e apareceram os reformadores sociais. A medicina é vista dentro das exigências da reforma social. A reforma sanitária de 1848, reduziu e deixou muito a desejar das aspirações dos responsáveis pela saúde da época. Com o desenvolvimento da bacteriologia, as doenças podiam ser "cientificamente explicadas", sem ter que recorrer à política e questões sociais.

A natureza do homem se manifesta na sua vivência, através da prática que desenvolve no relacionamento com o seu meio e com os outros homens. Os fenômenos decorrentes dessa prática, através das diversas relações que o homem mantém com seu meio, nem sempre são considerados na sua essência, sendo explicados, em geral, na sua aparência. Dessa maneira, a saúde-doença são fenômenos decorrentes do vivido dos indivíduos: das práticas que se dão no relacionar-se com seu meio. A saúde-doença como fenômeno apreendido na aparência, se deve ao fato desse conhecimento estar desvinculado da prática que o homem desenvolve no seu cotidiano, e de seu relacionamento com o meio; é o mundo da pseudo-concreticidade. Os fenômenos são apreendidos em sua essência, quando podem ser compreendidos na totalidade da qual emerge - a prática de vida, através do relacionamento do homem com seu meio, no mundo da concreticidade. A prática "*utilitária imediata e o senso comum a ela correspondente colocam o homem em condições de orientar-se no mundo, de familiarizar-se com as coisas e manejá-las, mas não proporcionam a compreensão*

*das coisas e da realidade" (1).* Ao mundo da pseudo - concreticidade pertencem os fenômenos externos, da manipulação, as representações comuns e objetos fixados que dão a impressão de serem naturais e não reconhecidos como resultados da atividade social dos homens. A esquistossomose, por exemplo, pode ser apreendida como um fenômeno natural. Essa concepção determina a prática da saúde pública e a educação, a manipularem os fenômenos como condição natural - basta curar, tratar a água matando o caramujo, inculcar noções de higiene e prevenção e criar hábitos desejáveis na população. Essa é a situação em que ambas, saúde pública e educação em saúde - vêm se colocando, equivocadamente, através de suas práticas. Atuam na aparência dos fenômenos saúde-doença, ignorando serem fenômenos decorrentes das atitudes sociais do homem. A saúde pública vem sendo, na prática, uma extensão da medicina. Sua preocupação é o diagnóstico das patologias coletivas e a prevenção. Permanece na aparência da saúde-doença, não atingindo sua essência. A não compreensão da saúde-doença como fenômenos decorrentes das atividades sociais do homem, impossibilita a realização da saúde pública e da educação em saúde, permanecendo ambas, distanciadas do viver. Aquela se reduz à medicina estendida à população e, esta, permanece fonte de informação e propaganda. A preocupação dos sanitaristas com a integração dos serviços é legítima. É uma condição necessária mas não suficiente. A integração não se dá a nível dos serviços, mas a nível das relações que esses serviços estabelecem com a população no desenvolvimento de uma prática comum. Se essa integração não se der a esse nível, os serviços não se integram, apenas se somam, como demonstra a prática de campo multiprofissional desenvolvida pela Faculdade de Saúde

---

(1) - KOSIK, KAREL - Dialética do Concreto. Editora Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1969, p. 10.

Pública da U.S.P., a nível teórico, ou as tentativas de integração da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, com o I.N.P.S., através do Centro de Integração de Atenção Médica, em que os serviços de saúde pública e da atenção médica previdenciários se somam a nível dos centros de saúde. A condição necessária e suficiente dessa integração só será dada na prática com população considerando seus modos de vida. Essa integração para ser efetiva implica na adoção de nova metodologia de trabalho da saúde pública, que possibilite a compreensão dos fenômenos saúde-doença na sua essência pelos técnicos e população; implica, ainda, na busca comum de novos modos de viver, relacionar-se com o meio. Implica, também, em possibilitar que as pessoas possam aprender a reger suas próprias vidas e projetá-las para os valores que elas definam como positivos.

## BIBLIOGRAFIA

- BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE - Regimento do Serviço Nacional de Educação Sanitária, 1958.
- BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE - DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE. Regimento do Serviço Nacional de Educação Sanitária, 1962.
- BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE - SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA - Regimento da Divisão Nacional de Educação Sanitária, 1970.
- BOLTANSKI, LUC. - PRIME ÉDUCATION ET MORALE DE CLASSE Mouton, Paris, 1969.
- DONNANGELO, M. C. F. - Medicina e Sociedade. Livraria Pioneira Editora. S. Paulo, 1975.
- FREIRE, P. - Educação como Prática da Liberdade - 5ª Ed.. Editora Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1975.
- FREIRE, P. - Extensão ou Comunicação? 2ª Ed. Editora Paz e Terra. Rio de Janeiro, 1975.
- HEALTH CARE FOR COMMUNITY - Selected Papers of Dr. John B. Grant. Ed. Courad Sipp. The American Journal of Hygiene. Monographic Series. nº 21. 1963. 2ª Ed.
- IANNI, O. - O Colapso do Populismo no Brasil. Ed. Civilização Brasileira. S. Paulo, 1971.
- ILLICH, I. - A expropriação da Saúde. Editora Nova fronteira. Rio de Janeiro, 1975.

- KOSIK, K. - Dialética do Concreto. Editora Paz e Terra. Rio de Janeiro, 1969.
- MASCARENHAS, R. S. - Contribuição para o Estudo da Administração Sanitária Estadual em São Paulo. (Tese de Docência Livre apresentada à Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP). S. Paulo, 1949.
- MASCARENHAS, R. S. & FREITAS, A. V. - Contribuição ao Estudo da História da Educação Sanitária na Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Arq. da Fac. de Hig. e Saúde Pública da USP. 13 (1). S. Paulo, 1966.
- MASCARENHAS, R. S. & RAMOS, R. - Evolução História da Saúde Pública. Rev. do Serv. Esp. de Saúde Pública. 12 (2). S. Paulo, 1966.
- MASCARENHAS, R. S. - História da Saúde Pública no Estado de S. Paulo. Rev. Saúde Pública, S. Paulo. 7:433-46, 1973.
- NAGLE, J. - Educação e Sociedade na Primeira República. Editora da USP. S. Paulo, 1974.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. La Salud por el Pueblo, 1975.
- PINOTTI, J. A. et. al. - Facultates de Medicina Tradicionales y Inovadas: Tentativa de Analisis Tipologico. Rev. Educacion Medica y Salud. 8 (1):106-120, 1974.
- PIOVESAN, ARMANDO - Una Nova Filosofia para a Saúde Pública. Arq. Hig. Saúde Públ. 28 (95): 7-13. São Paulo, 1963.
- RAMOS, R. - A Integração Sanitária: Doutrina e Prática. Rev. Fund. Serv. S. Públ. XVIII. (1/2) Rio de Janeiro, 1973.

RELATÓRIO DA I JORNADA BRASILEIRA DE ESTUDOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE. Serviço de Educação em Saúde Pública. São Paulo , 1973.

ROSEN, G. - The Evolution of Social Medicine. In FREEMANN , H. E. et al. Handbook of Medical Sociology. Prentice Hall, Inc. N. J. 1963 P. 18-21.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - Faculdade de Ciências ' Médicas. Deptº de Medicina Preventiva e Social. Documento Básico do Programa de Saúde da Comunidade. Campinas, 1974. (mimeo.).