

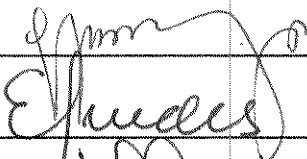
Tese apresentada como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Educação (Área de Concentração Metodologia do Ensino) à Comissão Julgadora da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, sob orientação da Profª Drª Gilberta Sampaio De Martino Jannuzzi.

Jannuzzi, Gilberta (Gilberta Sampaio de Martino)

ORIENTADORA:

Profª Drª Gilberta Sampaio De Martino Jannuzzi

COMISSAO JULGADORA:



Eudes

Dulce Maria

Antonio Carlos

SUMARIO

RESUMO	i
APRESENTAÇÃO	1
CAPITULO I: O BIOLÓGICO E O SOCIAL DA DEFICIENCIA VISUAL	10
1) Considerações iniciais	10
2) O processo saúde-doença:	17
3) A trajetória da Prevenção da Cegueira	28
CAPITULO II: ESTADO, EDUCAÇÃO E SAUDE DO PRÉ-ESCOLAR	48
1) O Escolar da Pré-Escola	58
2) A saúde ocular do escolar da pré-escola	86
CAPITULO III: QUERELAS DA ENFERMAGEM - SUBSERVIEN- CIA, TRADIÇÃO, INOVAÇÃO	138
CONSIDERAÇÕES FINAIS	161
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	175

RESUMO

O presente trabalho constitui um estudo sobre as múltiplas determinações da deficiência visual em escolares da pré-escola no Estado de São Paulo, empreendido principalmente através do exame de iniciativas oficiais, como o Plano de Oftalmologia Sanitária - POSE - e o Decreto 30.514/89, que enfocou o período compreendido entre 1973 e 1989. Trata-se de um estudo que busca compreender a trajetória da prevenção da cegueira, das medidas adotadas pelos órgãos públicos para intervir na saúde ocular do pré-escolar, da inserção do enfermeiro neste processo, bem como a caracterização do pré-escolar em nossa realidade. Para tal utiliza como fontes de pesquisa a produção teórica publicada sobre o assunto, as Constituições brasileiras, Leis, Decretos, Portarias, Projetos, Planos, entrevistas, consultas a documentos, etc. e uma revisita à prática de enfermagem, procurando sempre contextualizar os diversos momentos históricos brasileiros, nos quais estão inseridas a saúde e a educação.

APRESENTAÇÃO

Dentre os diversos direitos propalados pelo Estado aos cidadãos brasileiros está o direito à saúde e que, certamente, é um dos principais que deveria ser colocado em prática, uma vez que a saúde pode ser tomada, em nossa realidade, como uma das sínteses do processo de desenvolvimento humano, pois sem ela torna-se difícil ao indivíduo tomar parte no contexto histórico e principalmente reivindicar e conquistar os demais direitos e avançar em direção a condições salutaras de vida. Trata-se de um direito abrangente que pode ser analisado sob muitos aspectos, inclusive enquanto ligado à educação, como se pretende neste trabalho.

A educação - uma prática social - caracteriza-se como um processo amplo, que se realiza em todas as esferas da vida humana. A compreensão da natureza da educação relaciona-se com a produção da existência do homem na sociedade, o qual necessita extrair da natureza os meios de sua subsistência material. Para isto concorrem muitas representações mentais, que se antecipam ao trabalho material e abrem perspectiva para a categoria de trabalho não-material, que se refere à produção de conhecimentos, idéias, conceitos, valores, símbolos, atitudes, habilidades, etc. Sendo assim, a educação é um processo de trabalho, que se situa como não-material, no qual se distinguem o produto (o ensino) e o produtor (o conhecimento - livros, objetos artísticos, etc.-), que formam um conjunto onde o ato de produção e o ato de consumo se imbricam. Isto significa que a educação inclui o ensino, o qual participa do fenômeno

educativo e representa um aspecto da educação (SAVIANI, 1984:1-6). Tomada como um processo social amplo que se realiza por meio das práticas que compõem a vida social, a educação se institucionaliza através da escola e passa a ser entendida como educação escolarizada ou prática educativa. Enquanto fenômeno social global, a educação pode ser concebida como "uma prática social contraditória que se define no interior das relações sociais de produção da existência, que se estabelecem entre as classes sociais, numa determinada formação social" (FRIGOTTO, 1984:33). Para dar conta do seu caráter específico, a educação ocorre na escola, que "é uma instituição cujo papel consiste na socialização do saber sistematizado (...). A escola existe para propiciar a aquisição dos instrumentos que possibilitam o acesso ao saber elaborado (ciência), bem como o próprio acesso aos rudimentos desse saber" (SAVIANI, 1984:2 e 3), no que diz respeito ao conhecimento elaborado, ao saber sistematizado e à cultura erudita, que são transformados em "saber escolar" para efeitos do processo de transmissão - assimilação no espaço e tempos escolares. A operacionalização desse processo ocorre também através da atuação do professor, que deverá dominar o saber articulado, próprio de sua área de atuação, e tem, portanto, um dos papéis fundamentais de difusão de conhecimentos elaborados cientificamente (SAVIANI, 1985:28).

Apesar da certeza de ser esta uma questão polêmica, complexa e controvertida, pretende-se, neste trabalho, nortear as análises de acordo com estes entendimentos de educação e escola. Desta forma, a educação será associada à escola, conforme ocorre em nossa realidade,

passando a ser indicada como "educação escolar" (sem que isto signifique reduzi-la ao espaço físico da escola). Quanto à escola, pretende-se compreendê-la de acordo com sua especificidade precípua, que é a de difundir o saber sistematizado, cuja atribuição compete aos profissionais ligados à educação.

Ocorre, no entanto, que a escola tem sido permeada de atividades acessórias, a exemplo da prática de medidas tipicamente da área da saúde, como as tentativas de intervenção em problemas oftalmológicos de escolares. Considerada como local para implantação de programas de saúde ocular, especialmente pela faixa etária de seus frequentadores, a escola tem representado um importante veículo para o desenvolvimento integral da criança, bem como tem contribuído para impedir, mesmo que parcialmente, que muitas crianças fiquem à margem do processo social, não podendo participar e nele atuar satisfatoriamente, por enxergar com deficiência.

De fato, o sentido da visão consiste numa importante parte do corpo, que pode contribuir para garantir uma boa qualidade de vida à pessoa, se estiver em condições de funcionar perfeitamente. A idade do pré-escolar†, que se estende até 6 anos, constitui-se num importante período para a detecção e intervenção dos problemas que afetam a capacidade de enxergar, pois é nessa faixa etária que a visão se desenvolve.

Muitos são os problemas que podem afetar a visão da criança da pré-escola, como é o caso da ambliopia

† pré-escolar será entendido, neste trabalho, como a criança menor de 7 anos, que frequenta uma instituição de educação infantil, que pode ser a pré-escola ou creche.

funcional, que consiste "na falta de desenvolvimento da acuidade visual de um ou ambos olhos, sem que seja detectada nenhuma alteração anatômica" (KARA JOSÉ, 1993). Assim, por não ser originada por fatores patológicos e permitir fácil intervenção em seu processo de instalação, que é lento e gradual até aproximadamente 6 anos, esta ambliopia representa, por um lado, um importante e grave problema, que pode transformar uma criança com visão normal em um portador de baixa acuidade visual mono ou binocular e, por outro lado, de fácil e simples resolução, permitindo à criança um desenvolvimento melhor de sua capacidade de enxergar. Neste período, sua abordagem (teste de acuidade visual) e tratamento (oclusão do olho bom, uso de correção ótica e remoção dos fatores) são simples, o que não acontece após os 6 anos, quando seu tratamento é mais demorado (BRIK, 1971:155-157). Trata-se, portanto, de um problema da saúde infantil, que como muitos outros, podem ser evitados com medidas de intervenção nas suas origens biológicas, que basicamente dependem de decisões políticas ligadas ao sistema de saúde vigente em nosso país.

O Estado, através de Constituições, Leis, Decretos, Portarias, etc. promete garantias para que a educação e a saúde sejam empreendidas. De forma ampla sabe-se que a saúde das crianças que frequentam escolas públicas têm sido objeto de preocupação das autoridades estaduais. No que se refere à saúde ocular, estas preocupações têm se evidenciado principalmente através da escola, que tem procurado dar atenção à capacidade visual de suas crianças ou com aquele que poderá vir a ser, uma pessoa

com baixa acuidade visual e um deficiente visual*, caso seu problema não seja resolvido em tempo.

No presente trabalho, pretendemos analisar como vem se processando, na realidade do Estado de São Paulo, a relação entre educação institucionalizada e a saúde visual dos escolares da pré-escola, focalizando, sobretudo, a atenção em tentativas que mostraram ser possível a intervenção em problemas oftalmológicos de escolares, como o Plano de Oftalmologia Sanitária - POSE -, implantado em 1973 pela Secretaria da Educação e da Saúde do Estado de São Paulo e o Decreto Estadual 30.514/89 (SAO PAULO, 1989-b), ambos visando basicamente contribuir para a prevenção e diminuição de problemas oftalmológicos de escolares. Assim, procuramos centrar a análise no período que se inicia em 1973 (início da implantação do POSE), com extensão até 1989 (Decreto 30.514/89), procurando compreender e interpretar as implicações das determinações históricas da prevenção da cegueira na saúde e na educação do escolar da pré-escola e como vem sendo processada dentro do contexto considerado próprio da saúde e suas relações com a educação. Desta forma, partindo do pressuposto que a sociedade brasileira tem relação importante na instalação da deficiência visual em crianças, tentamos evidenciar como ocorre este processo, para, ao final, tentar reconstituir os conhecimentos que servirão de subsídios para novas discussões e para indagações sobre saúde e educação em nossa realidade, que poderão contribuir para a busca de soluções.

*Deficiência visual será entendida como a diminuição da acuidade visual (0,3 - Tabela de Snellen, com melhor correção ótica) para atividades corriqueiras (KARA JOSÉ, 1993)

Trata-se, então, do estudo de propostas e programas de saúde ocular infantil, representadas basicamente pelo POSE (1973) e pelo Decreto Estadual 30.514/89 (SAO PAULO, 1989-b), que procura analisar as relações entre a educação institucionalizada e a saúde visual dos escolares da pré-escola do Estado de São Paulo, no período compreendido entre 1973 e 1989.

Delimitamos um período cronológico, com a intenção de aprofundar a análise, sem, no entanto, perder de vista a trajetória histórica de momentos anteriores, procurando principalmente identificar se a deficiência visual, enquanto fenômeno social, tem caráter recorrente, isto é, se persiste através dos anos, a despeito da consciência social, aparentemente crescente e do estatuto jurídico constitucional garantir o direito à saúde.

A pretensão de investigar as múltiplas determinações da deficiência visual em escolares da pré-escola do Estado de São Paulo, tem sido, para nós, um desafio. O tema pode ser situado como basicamente da área da saúde, mas é na educação escolar que tem sido concretamente trabalhado e é nas políticas sociais e econômicas que será melhor compreendido. Nossa formação acadêmica principal encontra-se na Enfermagem brasileira cujas raízes são historicamente conservadoras, além do que nossa prática no ensino superior, por imposições circunstanciais vem se dando na área hospitalar, que, por características próprias, fundamenta-se quase que exclusivamente nos aspectos biológicos das doenças.

Apesar disso (ou por esse motivo), nossa trajetória intelectual tem se desenvolvido no sentido de procurar compreender o fenômeno saúde-doença como um processo amplo e pleno de múltiplas determinações e por entendermos que a ação educativa permeia a prática de enfermagem, enquanto profissão da área da saúde, que lida com questões interligadas por diversas áreas do conhecimento. Além disso, nossa carreira profissional tem sido pautada na área educacional. No início, como professora das primeiras séries do 1º grau, e há 13 anos, no ensino universitário de enfermagem. Sabemos que há uma lacuna no ensino de enfermagem no Brasil, no que se refere à Oftalmologia de uma forma ampla* e, em particular, à prevenção da cegueira de pré-escolares, uma vez que constatamos em pesquisa bibliográfica por nós realizada** que a produção científica sobre o tema aqui em pauta é escassa, já que nenhum trabalho semelhante ao que apresentamos foi encontrado no período estudado, nas fontes pesquisadas.

Desta forma, tudo está a indicar que o presente trabalho apresenta relevância, na medida em que procura evidenciar questões importantes, como é caso da deficiência visual por problemas preveníveis e que, por outro lado, constituem perigo se não forem interrompidos a tempo. Trata-

* Em 1987 realizamos um levantamento do ensino de Oftalmologia que é oferecido aos estudantes de enfermagem no Brasil e evidenciamos que as escolas de enfermagem não estão preparando seus futuros profissionais para atuarem nesta área. CINTRA, F.A., NORONHA, R., PEREIRA, V.L. e KARA JOSÉ, M. Ensino de Oftalmologia na graduação em Enfermagem - levantamento da situação no Brasil - 1987 Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo 23(3): 243-256, dez. 1989.

** Foram pesquisados: Arquivos de dissertações e teses da Faculdade de Educação e Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, da Faculdade de Saúde Pública da USP e as dissertações e teses na área de enfermagem de 1963 a 1991, publicadas nos "Informações sobre pesquisas e pesquisadores em Enfermagem", do Centro de Estudos e pesquisas em Enfermagem (CEPEn), da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), nos volumes de I a IX.

RACHEL NORONHA

Este exemplar corresponde à redação final da tese defendida por Rachel Noronha e aprovada pela comissão julgadora em 26/05/93

Ass.:



AS MULTIPLAS DETERMINAÇÕES DA DEFICIÊNCIA VISUAL EM ESCOLARES DA PRÉ-ESCOLA NO ESTADO DE SÃO PAULO

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

1993



925/634

se também de um trabalho que procura desvelar como a sociedade vem lidando com a prevenção da cegueira, enquanto fenômeno social imbricado na saúde e na educação.

A realização deste trabalho utiliza como fontes primárias de pesquisa os documentos referentes ao POSE e ao Decreto Estadual 30.514/89. Contou também com a produção teórica, notadamente no período em apreço, outros documentos oficiais, como as Constituições Brasileiras, Congressos, Seminários, etc., Revistas, Planos, Relatórios, Projetos, bem como entrevistas e consultas aos arquivos do DAE (Centro de Apoio ao Desenvolvimento da Saúde Escolar) e ERSA (Escritório Regional de Saúde) - Campinas.

O Capítulo I está dividido em três partes e propõe-se a fundamentar e compreender os aspectos biológicos e sociais da eficiência visual. Na primeira parte, procura evidenciar os determinantes biológicos principais de problemas visuais que afetam as crianças menores de 7 anos. Na segunda procura embasar teoricamente conceitos fundamentais presentes no fenômeno saúde-doença e na terceira, procura destacar os fatos relevantes da história da prevenção da cegueira no Brasil, através das principais publicações em Oftalmologia.

No segundo capítulo procuramos delinear como vem se desenrolando a educação do escolar da pré-escola e a inserção da saúde no seu contexto, assim como tecer uma descrição sumária de como o pré-escolar tem sido concebido socialmente. Buscamos também analisar como a questão da saúde ocular do pré-escolar vem sendo processada, pelo

Estado, através principalmente da representação de documentos oficiais.

O terceiro capítulo procura caracterizar o enfermeiro na realidade brasileira e identificar sua inserção nas questões ligadas à saúde visual do escolar da pré-escola e o texto conclusivo busca sintetizar os pontos fundamentais discutidos e analisados neste trabalho e levantar indagações que poderão servir de subsídios para alterações da realidade no que se refere à saúde das crianças menores de 7 anos.

CAPITULO I

O BIOLÓGICO E O SOCIAL DA DEFICIENCIA VISUAL

1) Considerações iniciais

O processo de comunicação do ser humano com o mundo acontece a todo instante, de diversas maneiras e em todas as idades. Os órgãos dos sentidos são os responsáveis principais por este processo e permitem que a pessoa tome atitudes de manifestação de decisões internas ou de aquisição de informações. O sentido da visão é considerado um dos mais importantes. É de sua responsabilidade grande parte da decodificação de conhecimentos pelo cérebro, através da intermediação do olho.

Enxergar constitui-se numa função requintada e nada simples (como falsamente dá a impressão) e qualquer alteração nas suas estruturas pode comprometer o processo da visão, impedindo o desenvolvimento das aptidões intelectuais e psicomotoras do indivíduo, alterando, portanto, o desenrolar harmônico de sua vida.

O desenvolvimento da visão processa-se gradativamente, assim como acontece com outras funções do corpo. O recém-nascido quase não enxerga, mas já possui todo o potencial de visão, que será desenvolvido a cada dia, de acordo com os estímulos recebidos. Ele "aprende a ver", assim como faz com outras atividades, sendo que a partir dos 3 meses, com a maturação da mácula, já estaria em condições,

quanto ao globo ocular, de ter uma formação de imagem nítida (KARA JOSÉ, 1993.)

Durante os três primeiros meses de vida acontecem as principais modificações anatomofisiológicas e aos seis meses a criança já tem as primeiras definições dos reflexos binoculares, podendo ser percebidos, a partir de então, os desvios do olho. Dos 5 aos 6 anos se dá o processo de maturação visual e ela atinge um nível normal de visão, como a do adulto (VAUGHAN e ASBURY, 1977:277), apesar das estruturas anatômicas oculares não terem chegado, no entanto, a seu pleno desenvolvimento.

Assim sendo, a faixa etária de 0 a 3 anos de idade (KARA JOSÉ, 1993), representa o período mais importante da visão de uma pessoa, visto que é neste período que a criança aprende a enxergar e que podem ser corrigidas as anormalidades e deficiências funcionais existentes, a exemplo do estrabismo e da ambliopia, que serão discutidos adiante.

No homem os olhos estão colocados frontalmente e seus eixos paralelos lhe permitem enxergar aproximadamente 180 graus do campo visual, ao contrário de muitos animais (como as aves) que abrangem 360 graus. Esta restrição traz contudo, uma grande compensação, permitindo-lhe o máximo de requinte visual: enxergar simultaneamente pelos dois olhos (visão binocular ou estereoscópica - de 120 graus), sob ângulos diferentes (usando visão monocular - 30 graus) e com riqueza de detalhes (FUNDAÇÃO, 1987:26 e 27).

Os olhos necessitam de fácil, sinérgica e harmônica motilidade para que, a qualquer instante e em

qualquer direção, possam voltar-se com precisão para o objeto que focaliza. Para isto é necessário o concurso de um conjunto de circunstâncias motoras e sensoriais, que permitirão ao cérebro fundir as imagens, processando-se então a visão binocular. Os responsáveis por este ajuste e pela garantia da sinergia dos movimentos e da posição paralela dos olhos são seis músculos extrínsecos que cada olho possui (FUNDAÇÃO, 1987:27).

Se a motilidade extrínseca ocular se desgoverna por algum motivo, a harmonia dos dois olhos se desfaz, perde-se o paralelismo e pode aparecer a visão dupla (diplopia) e estaremos diante de um quadro de estrabismo, que basicamente pode apresentar-se como convergente (desvio para dentro) ou divergente (desvio para fora). Teoricamente, todo estrábico deveria apresentar diplopia. Porém, a natureza, como forma de defesa, anula a falsa imagem, criada pelo olho desviado, supressão esta que progride de tal forma que produz deficiência de visão desse olho, chegando-se ao fenômeno da ambliopia, a qual implica na perda da visão binocular e, portanto, da estereopsia (FUNDAÇÃO, 1987:30). A ambliopia nem sempre aparece associada ao estrabismo e pode ser causada também pela anisometropia, que consiste na diferença de erros de refração entre os dois olhos (VAUGHAN E ASBURY, 1977:277).

Estrabismo e ambliopia funcional são, portanto, dois problemas visuais dos mais comuns e importantes da infância, pois são responsáveis pela diminuição da visão, impedindo assim um desenvolvimento normal da criança. A idéia de que o estrabismo pode ser superado com o tempo é

errônea e perigosa. A negligência no seu tratamento pode levar a defeitos estéticos e à perda da visão.

Cerca de 3% das crianças têm ambliopia e 4% são estrábicas (VAUGHAN e ASBURY, 1977:170). Várias pesquisas* regionais foram desenvolvidas, indicando índices diferentes e enfatizando que a chance de prevenção da perda visual precisa se dar compulsoriamente para todas as crianças com menos de 6 anos, sendo 3 anos (BICAS e Cols., 1987:6) considerada a melhor idade, porém a maioria das crianças se apresenta para tratamento quando, por ocasião do ingresso obrigatório na primeira série do 1º grau ou mesmo muitos anos mais tarde (BRIK, 1971: 208). O teste da acuidade visual pode ser feito em crianças de 3 anos e até de 2 anos (BICAS e cols. 1987-a:16), sendo, portanto, os inquéritos visuais em pré-escolares os únicos recursos disponíveis, precisos e seguros para a detecção de anormalidades da acuidade visual (BRIK, 1987:209 e KARA JOSÉ e cols., 1984-a:34). Para reforçar sua importância, vale lembrar que a ambliopia funcional pode se manifestar sem estrabismo (64,1%) (KARA JOSÉ e cols., 1984-a:33), o que torna o diagnóstico e tratamento mais difíceis. Além disso, KARA JOSÉ e Cols. (1984-a:34), destacaram, em pesquisa realizada, que a ambliopia refracional representou a causa mais comum (49%) de deficiência visual na faixa etária de 4 a 6 anos. Portanto, os casos que se apresentam associados a estrabismo têm cinco vezes mais chances de serem detectados e tratados (KARA JOSÉ e cols., 1984-b:406 a 408).

*KARA JOSÉ e TAIAR, 1975:319-24; MACCHIAVERNI Fd. e cols, 1979:289-94; COSTA e cols. 1979:249-52; KARA JOSÉ e cols. 1984-a:34; KARA JOSÉ e cols., 1984-b:405-13)

Na ênfase de BICAS e Col. (1987-b:6) a ambliopia após diagnosticada precisa ser encarada como "urgência" pois além das limitações que advém como seqüela, há o risco de perda da visão no olho bom por qualquer outro motivo, o que pode ser interpretado como cegueira.

Feitas estas considerações sobre deficiência visual funcional, necessário se faz acrescentar as questões referentes a outras causas também relevantes. A Organização Mundial de Saúde (OMS) (KARA JOSÉ e cols., 1986:122) considera, sem discriminar faixa etária, que as principais causas da cegueira nas regiões subdesenvolvidas são o tracoma (conjuntivite infecciosa séria), a oncocercose (lesões oculares provocadas por verme), a xeroftalmia (conjuntiva seca e atrófica, devido à hipovitaminose A), a catarata (opacificação do cristalino) e os traumatismos. Para as regiões em fase de desenvolvimento a OMS considera que são os traumatismos, o glaucoma (aumento anormal da pressão intra-ocular), o tracoma, a oncocercose, a xeroftalmia e a catarata. E para as regiões em fase adiantada de desenvolvimento o glaucoma, a retinopatia diabética e a degeneração macular senil.

Estes dados são porém extrapolados de outras regiões para o Brasil e, certamente, não representam a realidade de fato aqui existente. Em outro estudo (FUNDAÇÃO, 1987:65) a cegueira infantil se deve provavelmente (não há inquérito nacional) às anomalias do desenvolvimento, às infecções transplacentárias e neonatais, aos erros inatos do metabolismo, às distrofias, aos traumas e aos tumores e, em levantamento nacional apresentado no VII Congresso Brasileiro de Prevenção da Cegueira (LAVINSKY e

cols., 1986:87), não se encontrou referência à cegueira ocasionada por tracoma, hipovitaminose A ou oncocercose.

Na faixa de até 3 anos, KARA JOSÉ e Cols. (1984-b:410) encontraram a catarata congênita como sendo a causa principal de deficiência visual, ficando o glaucoma congênito como a segunda causa, na faixa de 0 a 1 ano. Os traumatismos, são também grandes responsáveis, principalmente acima dos 4 anos (KARA JOSÉ e cols., 1984-b:408), podendo causar, muitas vezes, complicações como prolapsos de úvea, de vítreo e catarata traumática, dentre outras (KARA JOSÉ e cols., 1981:250).

No interior do olho há uma lente biconvexa ou cristalino, que é responsável pela focalização dos raios luminosos, permitindo a formação de uma imagem nítida na retina. Qualquer opacificação nesta lente recebe o nome de catarata, que pode às vezes, ser identificada a olho nú (leucocoria ou pupila branca). No recém-nascido a catarata congênita ou de desenvolvimento tem como causas, as determinações genéticas, as anomalias do desenvolvimento, as embriopatias infecciosas, como a rubéola, a toxoplasmose e a sífilis maternas e as embriopatias parasitárias, tóxicas ou por irradiação (BARBOSA e KARA JOSÉ, 1980-a:23 e VAUGHAN e ASBURY, 1977:119). Também pode ser provavelmente causada por desnutrição materna e/ou infantil (BELLETATO, 1979:46). Na criança maior, os traumatismos são os grandes responsáveis. O tratamento é preventivo, visando a saúde da gestante e evitar acidentes na infância. Para o recém-nascido ou a criança com comprometimento já instalado o tratamento é cirúrgico e deve ser realizado o mais precocemente possível.

O glaucoma é uma síndrome multiforme caracterizada por várias alterações oculares conseqüentes a um aumento da pressão intra-ocular, podendo ser classificado, basicamente em primário, secundário e congênito (FUNDAÇÃO, 1987:107) os quais apresentam-se em quadros clínicos diversos e todos concorrem, se não tratados precocemente, para perda total da acuidade visual.

O glaucoma congênito tem sido responsável por 10% das cegueiras na infância (BARBOSA e KARA JOSÉ, 1980-b:22). Tem como provável etiologia um componente genético. Pode manifestar-se nos primeiros dias de vida ou após vários meses. A criança apresenta lacrimejamento, fotofobia, edema e turvação e aumento da córnea (BARBOSA e KARA JOSÉ, 1980-b:22 e FUNDAÇÃO, 1987:114). O tratamento é cirúrgico e precisa ser o mais precoce possível, pois o prognóstico está na dependência do grau de comprometimento já estabelecido (BARBOSA E KARA JOSÉ, 1980-b:22 e REHDER, 1985:16)

Os traumatismos oculares na infância são comuns e responsáveis significativos de deficiência visual e cegueira. KARA JOSÉ e Cols. (1984-a:408) encontraram 3,7% deles na faixa de 4 a 6 anos. Seus determinantes podem ser mecânicos (contusões, concussões, feridas penetrantes), físicos (calor, frio, radiações) e químicos (FUNDAÇÃO, 1987:95), sendo as causas mais comuns os objetos pontiagudos, como faca e tesoura, os ferimentos por contusão ou sobre madeira, metal, pedra, por queda ou agressão e os objetos volantes, como fragmento de vidro, metal e lata (KARA JOSÉ e cols., 1981:246).

A criança pequena, apesar de não estar exposta a acidentes de trabalho é bastante vulnerável a acontecimentos traumáticos, podendo em sua mãos objetos aparentemente inofensivos transformarem-se em armas perigosas. Além disso, o prognóstico visual está na dependência da gravidade do ferimento, do tempo decorrido entre o acontecimento e a assistência oftalmológica e das condutas tomadas. A queimadura por produtos de limpeza, como a soda cáustica, por exemplo, se não receber uma lavagem copiosa com água corrente por vinte minutos, poderá gerar lesões e seqüelas irreversíveis (KARA JOSÉ e cols. 1984-a:409).

Desta forma, todos os problemas que afetam a visão são passíveis de serem evitados se medidas preventivas forem adotadas, facilitando aos problemas já instalados de serem detectados e tratados.

Acontece que embora a deficiência visual e a cegueira se manifestem ao nível do biológico, na incapacidade de enxergar o que se passa no meio ambiente, é na verdade a manifestação última de uma carência prévia que levou o cérebro a não conseguir interpretar as imagens. Muitas das explicações dos fatos terão lugar na realidade exterior ao indivíduo, na realidade social e merecem uma análise mais ampla.

2) O processo saúde-doença:

Na sociedade, desde os tempos mais remotos, os homens sempre estiveram preocupados com as causas das doenças e com a manutenção da vida, elaborando as mais diversas explicações, a partir de interpretações mágicas,

religiosas e científicas, dentro dos limites compatíveis com a forma dominante de organização existente entre eles.

Atualmente as questões ligadas à saúde têm sido, de forma geral, interpretadas fragmentadamente e com ênfase na sua explicação biológica. Acontece que nem sempre foi assim e para compreender os conceitos contidos no processo saúde-doença é preciso transcender o âmbito da chamada "ciência médica" e partir para uma busca epistemológica.

No século XIX, até o advento da bacteriologia, a causação das doenças era explicada principalmente através da teoria miasmática, pela qual as doenças provinham das emanções resultantes do acúmulo de dejetos. Nesta época a formação da sociedade urbano-industrial traz como consequência grandes populações convivendo em ambientes pútridos e insalubres, com altas taxas de mortalidade. Surge a necessidade de preservar a vida como valor econômico e o Estado torna-se cada vez mais forte, ampliando sua atuação na vida das pessoas. Constitui-se um momento de grande crise e os movimentos sociais e revolucionários buscam soluções (BARRETO, 1990:20). Em análise detalhada BARRETO (1990:26) enfatiza que é neste período que se estabelecem estudos que buscam demonstrar como as condições de saúde eram determinadas pelas condições de vida das populações.

Foram estabelecidas as bases para a interpretação da sociedade, em seus processos estruturais e superestruturais e aparecem os primeiros trabalhos de Medicina Social (BREILH e GRANDA, 1986:9)

É o momento da Teoria Unicausal da Doença, modelo que reconhece uma causa única e fundamental para a produção da doença, que está colocada fora do organismo agredido. Desde o início das civilizações, a doença era considerada como elemento externo, que entrava e saía do corpo incontrolavelmente (BREILH e GRANDA, 1986:19).

Porém a descoberta do micróbio e a propagação acelerada e profusa do pensamento positivista no âmbito das instituições de saúde, em harmonia com as necessidades de reprodução do capitalismo monopolista, faz com que a interpretação do processo saúde-doença se concentre nos aspectos biológicos. A teoria Unicausal cai em descrédito, ao se revelar inconsistente para explicar os fenômenos. Havia necessidade, dentre inúmeras outras razões, de descobrir fatores causais e medidas (coletivas) de atacar e controlar a produção dos problemas. Consolida-se, então a Teoria Multicausal da doença, a qual propõe que a patogenia tem uma multiplicidade de causas coexistentes.

Esta teoria coloca que a causa da doença não é única, mas coexiste com várias outras causas (BREILH e GRANDA, 1986:20). Procura prevenir a doença, mas não permite buscar as verdadeiras causas do problema; visa dar uma resposta prática, cortando a cadeia causal mediante a supressão ou modificação de uma das variáveis intervenientes, sem tocar nas causas estruturais (BREILH e GRANDA, 1986:21).

A partir deste modelo surge a Triade Ecológica de Leavell e Clarck, (1977) que tem como característica a História Natural da Doença, que é resultado da combinação

dos processos do período pré-patogênico (no meio ambiente) e patogênico (no homem), com finalidades preventivas e em interação dinâmica. Estes autores propõem um escalonamento das ações de saúde em níveis (LEAVELL e CLARK, 1977:17).

O primeiro deles é a prevenção primária, que é feita no período de pré-patogênese, cujas ações não são propriamente de saúde, mas sim de higiene ambiental, educação, lazer, etc. e visam a promoção da saúde e a proteção específica (imunizações).

No segundo nível, tão logo a doença seja detectável, deve-se fazer a prevenção secundária, por meio de diagnóstico e tratamentos precoces a fim de se evitar seqüelas e limitar a invalidez.

Mais tarde, quando o efeito e a invalidez se tiverem fixado, pode-se conseguir a reabilitação, que representa o terceiro nível.

Qualquer apreciação que se possa fazer dos modelos de interpretação do processo saúde-doença da década de 60 é preciso que se considere que a concepção positivista da ciência era predominante. O positivismo interpreta os fenômenos sociais negando a existência de leis gerais objetivas do desenvolvimento social e reduzindo a ciência da sociedade à descrição de acontecimentos determinados (GARCIA, 1983:104). As práticas em saúde se orientam para superar a doença, isto é, as ações em saúde visam prevenir, curar ou reabilitar, impossibilitando de se perceber outras determinações procedentes da totalidade social. Ignora-se a categoria social do homem, o qual é transformado em fator biológico, o mesmo acontecendo com os outros fatores, agente

e meio, permitindo, desta forma adoção de medidas apenas no âmbito biológico-ecológico, sem buscar transformações estruturais que atentem contra o equilíbrio do sistema (BREILH e GRANDA, 1986:21).

Ainda sob a ótica do positivismo destaca-se o Modelo Tradicional de interpretação do fenômeno saúde-doença. Seu ponto de partida são abstrações denominadas fatores que de forma isolada se supõe intervir com maior ou menor força no aparecimento do problema isolado (BREILH e GRANDA, 1986:18). A sociedade é interpretada como homogênea, fazendo com que desapareça a determinação econômico-social dos fenômenos a ela ligados. Impera o princípio da objetividade e do rigor através da análise quantitativa absolutizada produzida pela estatística, com abstrações unilaterais das relações externas dos fenômenos, que aparecem como esquemas formais de associação empírica de variáveis (BREILH e GRANDA, 1985:10). Tornam-se irrelevantes os aspectos qualitativos, históricos e estruturais das sociedades, que são interpretados fragmentadamente como fatores de risco.

O uso do conhecimento produzido por este modelo serviu e serve para sustentar o projeto de dominação política das classes dominantes, com vistas a obscurecer o desenvolvimento de alternativas de transformação em questões de saúde (BREILH e GRANDA, 1986:19).

Neste contexto revelado pelos modelos de interpretação do processo saúde-doença, destacam-se conceitos por demais retóricos, que expressam fragmentação, adinamização e ênfase no biologismo, com ocultação dos

conflitos existentes na sociedade e sua formação em classes sociais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de afecção ou doença". Esta definição revela-se como predominante na produção científica na área da saúde e sua adoção como modelo tem sido aceita de forma indiscriminada e linear. No entanto, trata-se de um conceito subjetivo e teleológico, isto é, tomado pela sua finalidade de prevenir e curar a doença, ocultando assim outros fatores determinantes do processo como uma totalidade.

Com efeito, enuncia-se saúde pelo que ela não é, ou seja, pela ausência de doença, já que "estado de bem-estar" é por demais amplo e de pouca ou nenhuma operacionalização. O pleno bem-estar certamente não é restringido apenas pelas doenças e enfermidades, mas também por circunstâncias econômicas, sociais e políticas (SINGER e cols., 1981:68), aparecendo, porém, esses fatores todos num mesmo plano de determinação.

De acordo com estas considerações está o conceito de "prática médica" de PARSONS (em GARCIA, 1983:106), o qual orienta-se para superar as alterações da saúde do indivíduo, ou seja, da doença, que é definida como um estado de perturbação no funcionamento normal do indivíduo humano total, compreendendo-se o estado do organismo como sistema biológico e o estado de seus ajustamentos pessoal e social. Compreende-se que a doença é entendida biológica e socialmente e a função de curar e prevenir possibilitam

evitar conflitos sociais, preservando, portanto, os interesses dos grupos detentores do poder econômico (GARCIA, 1983:107). Assim, por exemplo, a medicina dirigida aos operários, em uma sociedade capitalista, objetiva manter e recuperar a força de trabalho, ao passo que quando se destina à mão de obra marginal, interessa-lhe o consumo médico (GARCIA, 1983:107).

Os modelos epidemiológicos comentados até agora têm sido responsáveis por valiosas contribuições ao processo de construção do conhecimento científico na área da saúde, apesar de trazer no seu bojo distorções de ordem teórica e metodológica.

Contrapondo-se a estas formulações funcionalistas de entendimento do fenômeno saúde-doença, sem, no entanto, desprezar sua contribuição instrumental, surgem, no Brasil, na década de 70, discussões e propostas que tentam apreender este fenômeno como resultante de um complexo processo de múltiplas determinações. Nesta linha destacam-se BREILH (1979) e LAURELL (1983), dentre outros. Trata-se da epidemiologia científica ou social, pela qual analisa-se as relações entre o social e o biológico, a partir do macroestrutural (modo de produção) até os grupos específicos (classes sociais).

Por esta ótica, o processo saúde-doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza, em dado momento, apropriação que se realiza por meio do processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção (LAURELL, 1983:157). A problemática da saúde-doença, tanto

coletiva como individual, é tomada como fato social, faz parte do todo social e os elementos epidemiológicos a ela ligados são dimensões de uma realidade concreta, com história e futuro (BREILH, 1989:8).

Nesta linha, a doença é produto direto ou indireto das condições gerais em que se desenvolve a sociedade e das condições particulares em que se desenvolve uma determinada classe social (BREILH e GRANDA, 1986:14). Como metodologia envolve três momentos: o da análise da dimensão estrutural, formada pelos processos de desenvolvimento da capacidade produtiva e das relações sociais que operam no contexto onde aparece um determinado problema; o da análise da dimensão particular ou processos chamados de reprodução social, ou seja, a forma específica de produzir e de consumir de cada grupo sócio-econômico (classe social); e o da análise formada pelos processos que levam à morte ou doença (contra-valores) ou sustentam a normalidade somática e psíquica (valores) (BREILH e GRANDA, 1986:14).

Desta forma, a interpretação do processo saúde-doença sofre um avanço, passando a ter como eixo o seu caráter social. O conceito negativo de saúde, revisto anteriormente, cuja medida embasa-se na "má saúde" ou na quantificação da doença, através da mortalidade e morbidade, passa a ter uma interpretação mais ampla, conforme destacamos da definição de saúde da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) (CONFERENCIA, 1986:75) como "a resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de

saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida". O conceito de saúde, portanto, remete diretamente às condições globais de vida, de existência e não apenas à recuperação das doenças.

Para entender o fenômeno saúde-doença é necessário, portanto, tomá-lo como uma unidade indivisível permeada por opostos e contradições, que se manifesta nos indivíduos, cuja dimensão biológica e social é determinada pelas próprias condições de existência do ser humano na sociedade.

Trata-se desta forma de apreender o processo saúde-doença também como fenômeno coletivo e social, no qual o indivíduo (ser humano) deixa de ser uma concepção abstrata e biologizada, cujo ponto de partida são condições de risco associadas a patologias específicas. O indivíduo passa a ser sujeito dentro de uma totalidade complexa e multifacetada.

Na Constituição de 1988 (Art. 196) "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Este conceito aparece ligado ao direito de cidadania, demonstrando avanços, já que em Constituições anteriores, a saúde aparece em conjunto com a educação, em forma de planos e sob responsabilidade da família. Acompanhando esta percepção mais objetiva e abrangente do conceito de saúde encontram-se as garantias que o Estado

oferece no sentido de financiar o setor (Art. 195 da Constituição de 1988 e Art.55 das Disposições Transitórias).

Sabemos porém, que apesar dos avanços e da intencionalidade de garantia financeira por parte do Governo, cada direito necessita de uma ação que o assegure, isto é, não há direito sem a respectiva ação. E em nossa realidade podemos observar que o Governo não tem assegurado o referido direito à saúde. Ao contrário, a privatização no setor parece tender a aumentar no momento atual, diminuindo, portanto, as possibilidades de garantias.

Apesar dos progressos em direção ao componente social da saúde, que foram obtidos a partir da década de 70, o conhecimento dominante, no presente, parece sofrer um enfraquecimento, com um recrudescimento do biologismo, ficando a unidade conceitual por conta exclusivamente da patologia. Renovam-se os ideais funcionalistas e pragmáticos, agora avivados pelo abalo sofrido pelo socialismo no Leste Europeu, inclusive com a rejeição do que há bem pouco tempo servia como embasamento teórico do conhecimento e da produção científica em diversas áreas (PEREIRA, 1991:21).

Tudo isto está a indicar que a compreensão do fenômeno saúde-doença é por sua própria natureza um processo múltiplo e conflituoso. Apreendê-lo pelo seu aspecto social gera fragilidade metodológica e pelo seu lado bio-patológico, pressupõe legitimar apenas sua competência técnica.

Necessário se faz superar esta bipartição antagônica e tentar compreendê-lo como uma totalidade

multifacetada. O viver, o adoecer e o morrer fazem parte do dinamismo da vida. É preciso lidar com cada um deles e com eles em conjunto, apesar da certeza de saber se tratar de tarefa problemática.

Deste binômio destacamos, por interesse elucidativo de discussões que virão a seguir, os conceitos de prevenção.

Da Medicina Preventiva, representativa da década de 50 nas figuras de LEAVELL e CLARCK (1977:17) destacamos o conceito oriundo do Latim de que prevenir quer dizer vir antes, preceder, antecipar, tornar impossível por meio de uma providência precoce. Para eles, tal providência exige uma ação antecipada, a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença e pratica a medicina preventiva todo aquele que utiliza o conhecimento moderno, na medida de sua capacidade, para desenvolver a saúde, evitar a doença e a invalidez e prolongar a vida dos indivíduos, famílias e comunidades.

Trata-se de um movimento de reforma médica paralelo ao da Medicina Integral (década de 40). Ambos pretendiam recuperar o caráter global do ato médico, orientando-se pela concepção do indivíduo enquanto ser bio-psico-social em conjunto com fatores ambientais, biológicos, econômicos e sociais do processo saúde-doença (multicausalidade das doenças). Esta visão mascara o fato de que a saúde das pessoas é produto das suas próprias condições de vida e que estas são determinadas pela posição que ocupam enquanto grupo em determinada sociedade.

Desta forma, trata-se sobretudo de entender e trabalhar o conceito de prevenção para além do funcionamento linear de se evitar danos ou seqüelas, dentro de uma estrutura restrita à biologia e de interpretá-lo dentro de um mundo antagônico, no qual a propriedade sobre os grandes meios de produção determinam a acumulação de bens e poder nas mãos dos poderosos e excluem desses bens as massas despossuídas de quaisquer recursos. Necessário seria recuperar um conceito bem mais amplo de prevenção como um conceito revolucionário de transformação social para a saúde.

3) A trajetória da Prevenção da Cegueira

A produção científica publicada em forma de periódicos sobre Oftalmologia* no Brasil teve início no final do século XIX, com a publicação da Revista Brasiliense de Oftalmologia, editada no Rio de Janeiro (KARA JOSÉ, 1993). Contudo, é na década de 30, em meio à epidemia de tracoma que se alastrava no país, que destacam-se diversos trabalhos, como o de BURNIER (1932), que após descrição da origem e situação da doença na região de Campinas, salienta que "devemos nos unir para a cruzada internacional do tracoma". A tentativa de trabalhar a prevenção da cegueira era basicamente a de atravessar o ciclo da doença já instalada, impedindo que seqüelas irreversíveis fossem instaladas.

Estávamos já no final da Primeira República e início do Estado Novo, mas ainda pairavam as preocupações

* Pesquisamos desde o primeiro número publicado até 1990 as Revistas "Arquivos do Instituto Penido Burnier", "Arquivos Brasileiros de oftalmologia", "Revista Brasileira de Oftalmologia", Clínica Pediátrica e também os Anais dos Congressos de Prevenção da Cegueira, 1980 e 1986 (únicos disponíveis)

higienistas. Surgiam, no entanto, demandas de criar cidadãos aptos para o trabalho, uma vez que a urbanização e a penetração da indústria se faziam gradativamente (o grande surto se dá na 2ª República) e a preocupação com a agricultura era dominante, através da política de proteção e valorização do café (FURTADO, 1967:189). O tracoma era uma preocupação importante, na medida em que se alastrava com muita facilidade e tornava o indivíduo incapaz de trabalhar. Consiste numa doença infecciosa crônica da conjuntiva, de fácil disseminação e responsável importante pela perda da visão. Sua transmissão se dá por contato direto ou indireto (mãos, roupas, objetos, etc.) entre pessoas e está diretamente ligada às condições básicas de saneamento e higiene. Esta temática aparece enfaticamente nas publicações em Oftalmologia até o ano de 1955, com "A profilaxia do tracoma no Estado de São Paulo (SANTOS E UCHOA, 1955:52), na qual os autores relatam campanhas experimentais em Campinas e Piracicaba, onde "...instalavam-se dispensários, postos e sub-postos móveis, nos quais um grupo de médicos e enfermeiros práticos ia fazendo larga distribuição de sulfas que já então substituíam as clássicas e traumatizantes massagens, bem como fazendo a correção cirúrgica do entrópio-triquíase"*

Relatam também que no Congresso Pan-Americano de Oftalmologia (1954) foi destacado que o "problema sanitário do tracoma, pelo menos como problema sanitário, não constitui mais preocupação para os poderes públicos". Destaca-se também, no período, a utilização da escola como meio de se combater a doença através da abordagem do assunto

*Pálpebras e cílios voltam-se para dentro do olho irritando sua superfície externa.

em salas de aulas nos cursos primários e nos cursos normais, a fundação do Comitê Nacional de Prevenção da Cegueira em São Paulo (1931), que conseguiu a obrigatoriedade do uso do método de Crede' * (FARIAS, 1980:38), bem como a criação do Departamento de Saúde do Estado de São Paulo, juntamente com o Serviço e o Instituto do Tracoma (1939).

Estas duas décadas (20 e 30) foram importantes para a prevenção da cegueira no Brasil, com destaque para o ano de 1935, com a aprovação do uso obrigatório do Método de Crede' em todo território nacional e a realização do I Congresso Brasileiro de Oftalmologia, no qual foram apresentados trabalhos sobre prevenção e foram pleiteados uma classe para amblíopes nas escolas oficiais e maior atenção aos programas de esclarecimento sobre acidentes oculares na indústria, comércio, escolas e autoridades públicas (FARIAS, 1980:38 e NETTO e cols. 1980:38). Além disso em 1939, foi fundado o Departamento Regional da Liga Nacional de Prevenção da Cegueira, em São Paulo, que tinha por finalidade desenvolver estudos e combater a cegueira (ESTATUTOS, 1939:209).

Observa-se neste período de grande incidência do tracoma, que as condições de vida eram precárias e as autoridades sanitárias atacavam o problema já adiantado, tentando evitar a cegueira já iminente, sem agir nas causas básicas que estavam ligadas à falta de saneamento e à ignorância. Prevalecia, portanto, o conceito de prevenir seqüelas e não aquele ligado às necessidades de se evitar a doença por meio do fornecimento de condições básicas de

* Nitrato de Prata para evitar conjutivite purulenta em recém-nascido

vida saudável e de conhecimentos sobre a instalação, evolução e tratamento dos males. Imperavam as campanhas visando o controle das epidemias urbanas, que ameaçavam o precário equilíbrio da sociedade.

Houve, comprovadamente (FREITAS, 1976:4) um decréscimo dos casos de tracoma no Estado de São Paulo e, em 1967, a doença foi considerada praticamente erradicada. De fato, com o enfraquecimento do modelo agrário-exportador e desenvolvimento do setor urbano-industrial no país e as conquistas dos trabalhadores, por melhores salários e condições mais saudáveis de trabalho, aliadas aos interesses na sua capacidade enquanto produtores da economia, acabam por culminar em melhorias na situação de vida e trabalho de parte da população.

As mudanças importantes ocorridas na saúde pública tiveram início na década de 20. A ação desloca-se da "polícia médica" para a educação sanitária, que ganha impulso pelo desenvolvimento do movimento da Escola Nova, pelo qual há uma reformulação dos currículos, nos quais são inseridos disciplinas de Higiene e Puericultura. Nota-se grande influência do modelo norte-americano, já que os governos dos estados passaram a manter convênios com a Fundação Rockefeller. Além da incursão nas escolas, em 1925 foi reorganizado o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo e criado o primeiro curso de formação de educadores sanitários (LIMA, 1985:122, 123). Expande-se a preocupação, por parte do governo, com a saúde e a educação, refletida pela criação do Ministério da Educação e Saúde (1930).

Com a chegada da República Nova (1930-1937) predomina um clima de turbulência política, com reflexos na área da saúde, que só encontrará estabilidade no Estado Novo. Há expansão do modelo de medicina social, sob a forma de medicina previdenciária, com importante retração da Saúde Pública, que serão mais marcantes nas décadas subseqüentes (GONÇALVES, 1991:99). Entre 1930-37 efetiva-se a centralização da política pelo Estado Nacional, acompanhada de um relativo avanço da atenção à saúde para o interior do país, relacionado certamente com os fluxos migratórios de mão-de-obra para o espaço da industrialização (BRAGA e PAULA, 1981:54).

Vimos anteriormente, que em 1935, foram feitas reivindicações para criação de classes para amblíopes nas escolas, porém somente no ano de 1941 (PRADO, 1941:146) encontramos trabalho que conceitua ambliopia e sugere a criação das tais classes, partindo-se do pressuposto que essas crianças têm baixo aprendizado. Destacamos que o entendimento de prevenção da cegueira do autor, em apenas discriminar a criança com deficiência visual e confiná-la a uma classe especial, parece ser a tônica predominante na produção teórica pesquisada até aqui, ou seja, prevenir não significa impedir a instalação da doença, com exceção ao uso do Método de Crede' e em menor escala ao tracoma, pois, neste caso, procuravam também destruir os focos domiciliares, fazer inspeção sistemática dos locais que agrupavam pessoas e divulgar os meios de propagação da doença.

Esta tônica continua prevalecendo. Em 1950 (RELATÓRIO, 1950:27-36) encontramos a "Legislação referente

à prevenção da cegueira", que dentre outros assuntos, aborda a prevenção apenas pelo exame de vista e regula questões sobre a prescrição de lentes, proibindo os leigos de assinarem receitas de óculos. A partir de 1953 começam a surgir as primeiras publicações sobre prevenção de cegueira no trabalho, enfocando problemas de iluminação, acidentes e legislação referente aos casos em que ocorrem perda da visão.

Neste período de pós-guerra parece haver um salto qualitativo da medicina. Os serviços de saúde passam a dispor de métodos, técnicas, instrumentos e matérias-primas que permitiram o controle de diversas doenças até então impossíveis de tratamento. E é também desde então que a atenção médica passa a ser ordenada pela lógica do lucro e sua expansão se processa de forma vertiginosa nas décadas seguintes. A indústria farmacêutica e de equipamentos e materiais é a principal influenciadora deste processo, que acaba por colocar o hospital como centro da atenção à saúde (BRAGA e PAULA, 1981, 150 e 157).

De 1930 a 1960 cresce o atendimento curativo individualizado, em detrimento das práticas sanitárias, que apesar de continuarem existindo, vão cedendo espaço aos hospitais privados, com uma atenção médica cada vez mais especializada e instrumentalizada. Neste período destaca-se o Governo de Juscelino Kubitschek (1956-61), com a ideologia do desenvolvimentismo, pela qual a preocupação com o social era incipiente. Havia uma certa euforia e um aumento na oferta de empregos e a atividade médica se prendia às metas desenvolvimentistas, sintetizadas na construção de Brasília. Assim, não aconteceram transformações relevantes capazes de

alterar a política de saúde dos governos anteriores (VIEIRA, 1985-a:81-128).

Em 1959 (GEHRMANN, 1959-a e b:5-32 e 33-37) encontramos dois trabalhos que procuram divulgar novidades sobre o estrabismo e ambliopia. Ambos vão em direção ao tratamento cirúrgico e não abordam aspectos preventivos, indo de encontro à expansão vertiginosa da tecnologia na medicina. Esse enfoque retórico aparece na introdução de FARIAS, (1969:4) a uma avaliação da situação no Brasil: "a prevenção da cegueira entre nós vem sendo feita como deve ser feita: a ação direta da classe médica e indireta das autoridades sanitárias..." O saber e a ação ficam centrados nas mãos dos médicos oftalmologistas e das autoridades, sem a participação dos demais segmentos da sociedade e de outros profissionais, da saúde ou não.

Os efeitos do populismo se fazem presentes nestas publicações, pelo qual apesar da presença do poder de Estado continuar concentrando decisões, o setor de atenção médica, como modelo de intervenção curativa e individual beneficia apenas camadas da população urbana e a oftalmologia, por ser uma especialidade, certamente não consegue se expandir de forma acentuada para atuar em grandes campanhas e trabalhos de saúde pública, apesar de uma intensa mobilização das classes subalternas em reivindicar o tão reclamado processo reformista (1961-1964). Trata-se de um importante período de crise no sistema nacional de saúde, que se tornava incapaz de responder aos anseios de ampliação e melhoria dos serviços de saúde, devido principalmente à estreiteza financeira do Estado, que passou a lidar com uma assistência cada vez mais dispendiosa (BRAGA e PAULA, 1981:87). De 1960

a 64 não se definiu o esperado Plano Nacional de Saúde, nem planos regionais; só existia o Programa Integrado de Saúde, de inspiração internacional, dirigido ao Nordeste. Porém, pela primeira vez, na III Conferência Nacional de Saúde (1963), as propostas de campanhas de saúde pública tiveram pouca aprovação, sendo superadas pelas propostas de serviços permanentes, que antes mesmo do golpe militar já esbarravam em intenções contrárias (privatistas) da Associação Médica Brasileira - AMB (VIEIRA, 1985-a:175-176). Apesar dos anseios reformistas da população, este período não alterou a essência da política social. Essas mudanças vão ocorrer, após o golpe de 64, porém em direção aos interesses da classe dominante e passam a ser geridas pelos tecnocratas do poder, visando cumprir determinações do capitalismo nacional e internacional.

Sendo assim, após 64 assistiu-se à efetivação do processo de transformação da medicina em atividade capitalista no Brasil. A política de saúde passa a ter como característica a predominância da assistência previdenciária administrada pelo Governo, essencialmente voltada para a privatização da atenção médica e para o desenvolvimento do complexo médico-industrial. O ano de 1967 representa o marco principal dessa transformação na área da saúde, com a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), que faz a medicina capitalizar-se através do dinheiro do trabalhador, repassado pelo Estado. A população assalariada doente ou adoecível torna-se o grande mercado do complexo médico-industrial a ser conquistado e explorado (duplamente - como força de trabalho e como objeto consumidor) (FIORI, 1984:22-24). Essa consolidação da lógica privatista, no

interior do modelo previdenciário, permitiu a ampliação da cobertura médica, inclusive para os trabalhadores rurais e empregados domésticos, ficando excluída a clientela composta pelas populações periféricas ou marginais ao mercado formal de trabalho e aos serviços médicos previdenciários, que são atendidas pelos serviços públicos e básicos de saúde (BODSTEIN e FONSECA, 1989:75).

Em 1969, aparece um novo entendimento para a prevenção da cegueira (ROCHA, 1969:12), através da educação do povo e do saneamento do país, ou seja, para prevenir a cegueira é preciso "alfabetizar o povo, alimentá-lo, instruí-lo, erradicar as endemias, oferecer-lhe médicos e medicamentos(...) remodelar a assistência médica da Previdência Social. O esforço no combate ao mal e, principalmente a sua prevenção, é multifário e os médicos jamais poderão trabalhar isolados". Porém, se fazem nítidos os reflexos da ditadura militar através do desânimo do mesmo autor, que vê os cursos de medicina em ameaça de redução de carga-horária e qualidade de ensino, porém com esperanças no futuro: "(...) estamos anestesiados, mas não estamos mortos" (Rocha, 1969:14).

Mais adiante em um Editorial, MAGALHAES (1973:33) destaca que a Reforma do Ensino Superior* (criação de inúmeras escolas de medicina com currículos reduzidos) "lança a oftalmologia brasileira em graves problemas para um futuro bem próximo".

De fato, a formação de recursos humanos não escapa à lógica da determinação e contradições do sistema

*Em 1975, as escolas de medicina somaram no Brasil um número de 73, contra 40, no ano de 1960 (SINGER e cols. 1981:136).

capitalista brasileiro. Há explosão do número de escolas médicas privadas, que muitas vezes, funcionam precariamente. A oferta de vagas nas faculdades de medicina no país eleva-se 165% entre 1964 e 1974 (BRAGA e PAULA, 1981:114). Essa expansão acompanha o novo mercado de trabalho (não mais o trabalho artesanal do médico de família) do setor saúde, imposto pelo complexo médico - industrial, no qual o modelo hospitalar (público ou privado) se destaca, promovendo a especialização e o assalariamento dos profissionais.

A reforma do Ensino Superior (1968) integra esse processo e veio com finalidades de conter as manifestações de descontentamento (verbas insuficientes, grande número de excedentes nos vestibulares, etc.) das camadas médias que buscam o ensino superior como requisito de ascensão nas burocracias ocupacionais, através do diploma. Para isto, cresceu o número de vagas e de novas faculdades e cursos, o que acabou por resultar em desvalorização social do nível de graduação e fossem criados os cursos de pós-graduação (aqui se inclui a residência médica), acessível apenas a uma pequena parcela dos graduados (CUNHA, 1988:240 e 285).

Estruturando-se em departamentos, a universidade instituiu o regime de créditos e do ciclo básico e profissionalizante. Esse sistema acabou por fragmentar o ensino, desarticular as "turmas" de alunos, pulverizar o conhecimento em forma de pesquisas, muitas vezes com pouco significado e impossibilitar a formação dos estudantes como profissionais e cidadãos com projetos de vida articulados e inseridos na sociedade como um todo. O objetivo principal da graduação tende a ser formar o maior número possível de

indivíduos a custo reduzido e que possa competir com rapidez no mercado de trabalho.

No que se refere à oftalmologia apenas um pequeno número de médicos recém-formados têm acesso a seu conteúdo de forma abrangente e sistemática no curso de "residência" (especialização), já que na graduação sua carga-horária é insignificante*.

Os cursos de graduação em Enfermagem, por outro lado, não oferecem quase nada e quando o fazem é em forma de cursos extra-curriculares e palestras, num esforço quase isolado, conforme constatado por CINTRA e cols. (1989).

Tudo isto tem levado à formação de profissionais, que embora com alguma competência técnica, têm dificuldade para compreender a realidade enquanto produção histórica e são pouco capazes de lidar com questões globais de vida e saúde da população.

Em 1971 encontramos a tese de Doutorado de BRIK (1971:155-218), que estuda ampla e profundamente a profilaxia da ambliopia. O autor enfatiza que a ambliopia, para ser evitada, precisa ser detectada precocemente antes dos 6 anos e que o tratamento ideal é a profilaxia. Três anos depois, realiza-se em São Paulo, o I Congresso Brasileiro de Prevenção da Cegueira, que procura abranger os conceitos de cegueira e sua prevenção em diversas idades, incluindo os acidentes do trabalho e de tráfego. No mesmo ano, FIGUEIREDO (1974:854-858), relata a alta incidência de

*O curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP oferece apenas uma disciplina - MD-893 - Oftalmologia, com 60 horas, em um único semestre, com abordagem "essencialmente prática, com vistas à formação do clínico com noções gerais de oftalmologia e noções particulares sobre moléstias e doenças que têm implicações oftalmológicas", Catálogo dos Cursos de Graduação da UNICAMP, 1992, pág. 369.

ambliopia na população em geral, chamando a atenção das autoridades brasileiras para os problemas sociais dela derivados, bem como do descaso com que o problema é tratado no Brasil. Apresenta soluções para os oftalmologistas e sugere ao governo o exame oftalmológico obrigatório em pré-escolares.

Até 1976 encontramos mais algumas publicações com referência à prevenção da cegueira apenas no título, pois o conteúdo apresenta abordagem ampla e incipiente.

Nesta altura da análise, podemos identificar que dentre os diversos entraves à efetiva prevenção da cegueira, sem focalizar a questão central das políticas de saúde que até a década de 60 eram favoráveis às campanhas, identificamos um entrave interno à oftalmologia brasileira que procurava restringir a si mesma, com a complementação do governo, o controle da cegueira no país. Desta forma, apesar dos oftalmologistas se considerarem em número pequeno para atender a toda a população, não investem na formação de seus profissionais visando a prevenção e nem na abertura de cursos a outros profissionais e à população. Enfatizam que a prevenção da cegueira só se efetivaria através do policiamento e fiscalização de órgãos credenciados pela Oftalmologia (OSÓRIO, 1969: 53) e que a prevenção da cegueira deve ficar à cargo exclusivamente da classe médica (FARIAS, 1975: 19), sem acreditarem que o esclarecimento da população pudesse, ao menos, colaborar. Esta postura parece bem coerente com a conduta autocrática imposta pelos governos militares pós-64, pela qual os problemas de saúde, especialmente os de saúde pública, seriam resolvidos pelos tecnocratas, num sistema privatizado de serviços de saúde.

A década de 70, após a instalação do capital na medicina, representa um período de grande expansão da assistência médica, com concentração de atividades ligadas ao hospital, aumentando assim o atendimento ambulatorial, numa tentativa de baratear um pouco os elevados custos hospitalares. Acontece que o modelo de atuação médica adotado pela Previdência Social já enfrentava sérios problemas financeiros, em consonância com a crise econômica e política que acometia o país.

A partir de 1974 o governo passa a atribuir maior prioridade à questão social, com a finalidade de conter as manifestações de insatisfação da população. Várias causas contribuíram para se chegar a esta crise, que está vinculada a fatores estruturais do próprio sistema político-econômico vigente. Destacamos como fundamental a deterioração da distribuição de renda como a grande responsável pela piora nos níveis de vida e aumento da mortalidade infantil (BRAGA e FAULA, 1981:123). No que se refere à saúde, são altos os seus custos, com duplicação de atividades e conseqüente divisão técnica do trabalho, gerando a necessidade de vários profissionais para a mesma ação. O atendimento se dirige a grupos sociais e não à população toda (MISHIMA e cols. 1988:24). Tudo isso desperta grande insatisfação nos profissionais ligados ao setor e da população enquanto grupos organizados.

Este contexto está inserido no projeto de modernização da sociedade a partir dos anos 60, que faz com que a política de saúde, no conjunto das políticas sociais do país, passe a configurar como estratégia de hegemonia de um novo bloco no poder. Esse novo bloco posto em marcha

implicou numa articulação entre o conjunto das classes dominantes (militares, burguesia industrial nacional e internacional, capital mercantil, setores latifundiários e sociedade civil - tecnocratas e intelectuais). Essa política passa a privilegiar a formação de novos quadros dentro da perspectiva da racionalidade, da eficiência e da produtividade do sistema. Nesse sentido ela passou a privilegiar o topo da pirâmide social, com uma assistência médica cada vez mais cara e sofisticada e a contribuir para a exclusão das chamadas "classes populares" ou "classes subalternas". O Estado, com a crise instalada no Sistema de Saúde, tenta reagir, buscando principalmente baratear os custos da assistência médica e passa, então, a produzir programas para socorrer a população carente, representados principalmente pelos Programas de Medicina Comunitária, ou Programas de Atenção Primária*. A partir dos anos 80 essa "justiça social" passa a ser realizada pelo Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e Sistema Unificado de Saúde (SUS).

Esses programas de assistência aos carentes assumem claramente uma posição compensatória das desigualdades decorrentes do processo de acumulação, que visam uma ação corretiva através de programas de governo, tendo como proposta metodológica e ideológica básica a metodologia da participação comunitária. Essa estratégia de

* A partir de 1974 anunciam-se mudanças na política nacional de Saúde: criação do MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social, CDS - Centro de Desenvolvimento Social, FADS - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social, PPA Plano de Pronto Ação, II PRONAN - Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, SNS - Sistema Nacional de Saúde, SINPAS - Sistema Nacional de Previdência Social (BRAGA e PAULA, 1981, analisam no Cap.5, essas tentativas de reação à crise pós-73)

assistência aos desfavorecidos constitui um importante mecanismo de controle social, de recuperação e manutenção da força de trabalho e traz para o Estado vantagens como a simplificação e conseqüente barateamento da assistência médica, a aquietação das organizações populares, que passam a abandonar o papel de reivindicadora e a assumir o papel do Estado e de colocar sob novas bases a relação saúde-trabalho, através da elevação da produtividade do setor informal e da colaboração para a formação de uma força de trabalho não assalariada*.

Em meio a todo esse movimento, a produção científica da Oftalmologia, no ano de 1976**, demonstra mudanças na forma de se expressar sobre a prevenção da cegueira, o que ocorreu no II Congresso Brasileiro de Oftalmologia, do qual destacamos que "observa-se absoluta necessidade de colaboração sinérgica e harmoniosa entre autoridades sanitárias, educacionais, entidades particulares ou oficiais ligadas ao problema da prevenção da visão, meios de comunicação e população em geral "(MAIS, 1977:190).

Porém, é o ano de 1977 que marca a divulgação do esforço em prevenir a cegueira, através de KARA JOSÉ e cols (1977:9-15) e SCARPI, e cols. (1977:16-23), que apresentam estudos sobre a prevenção de problemas oftalmológicos em escolares. A partir deste ano a produção científica sobre prevenção da cegueira intensifica-se com o enfoque voltado para a tentativa de se evitar o mal antes que ele se instale definitiva e irreversivelmente, sem, no entanto, deixar de

*Conforme conclusões de GERMANO (1990).

** Em 1976 KARA JOSÉ e TAIAR, A. publicaram nos Anais do 5o. Congresso Latino Americano de Estrabismo trabalho sobre a incidência de ambliopia em escolares, o qual não foi por nós incluído na análise.

ênfatizar também o trabalho com as seqüelas e com a possibilidade de uso da visão mesmo que com auxílios óticos sofisticados.

Os anos seguintes, até 1990, apresentaram farta* divulgação de trabalhos sobre oftalmologia preventiva. Julgamos que muitos se aproximam do conceito de prevenção ênfatizado nesta análise, uma vez que procuram trabalhar as questões que antecedem a instalação da deficiência visual em crianças.

Dentre eles, destacamos a criação do Núcleo de Prevenção da cegueira (KARA JOSÉ e cols. 1987:32 a 36) da UNICAMP, que foi oficializado em Abril de 1986 e objetiva a melhoria da saúde ocular da população, especialmente através da sistematização ampla de Programas de Prevenção da Cegueira. Seus trabalhos vêm sendo ininterruptamente realizados por todos que dele tomam parte, procurando abranger a prevenção em todas as idades e envolver diversos profissionais e segmentos da sociedade, a nível nacional e internacional.

No contexto histórico do país no final da década de 70 observa-se uma mudança no padrão de gestão da sociedade, no qual o Estado passa de interventor a assistencialista. Com isto inicia-se o período de redemocratização da sociedade, com o setor da saúde buscando desenhar um novo recorte para sua

*COSTA e cols., 1979:249-252; MACCHIAVERNI Fo. e cols., 1979:289-294; MOREIRA, 1980:53-54; KARA JOSÉ e cols., 1981:243-254; LAURETTI Fo. e ROMÃO, 1982:331-336; MOREIRA, 1983:24-27; TEMPORINI e cols., 1983:85-89; KARA JOSÉ, e cols., 1983:191; DREFICE, 1984:17-21; CUNHA, 1984:142-145; ALVES, 1985:65-67; RODRIGUES e cols., 1985:99-102; KARA JOSÉ e cols., 1987:33-36; SCHELLINI e cols., 1987:61-66; FURTADO, 1988:302-305; CONSTANTINI e cols., 1988:307-310; CONSTANTINI e cols., 1989:39-42; WEGNER, 1989:43-50; BRIK e BRIK, 1989:108-109.

história*. Observa-se o crescimento da descentralização territorial, pelo qual são reafirmados o papel e a importância dos estados e municípios e suas administrações regionais.

Nessa nova fase marcadamente após 1986, com a VIII Conferência Nacional de Saúde ampliam-se as discussões sobre a Reforma Sanitária**, movimento que vinha sendo gestado em décadas anteriores e que ganha espaço após 1974, com a crise fiscal e de legitimidade do regime então vigente. Esse movimento, com a perspectiva de garantir à população um atendimento amplo, contínuo e hierarquizado, consegue marcar presença na implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) e na organização do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Isso, no entanto, não significa sucesso, uma vez que o regime político vigente no país tem se mostrado, na sua essência, incapaz de realizar mudanças estruturais que se impõem ao sistema de saúde. Os anos 80 caracterizam-se por agravamento da crise política e econômica, com o processo de perda, por parte do Estado, da capacidade de intervenção no processo de desenvolvimento social. Há uma aceleração do processo inflacionário, recessão, crescente endividamento interno e externo e deterioração da qualidade de vida da população. Agrava-se a crise do sistema previdenciário brasileiro, que está atrelado aos salários (com perda do poder aquisitivo). Com

* Apesar de um retrocesso importante no Estado de São Paulo, analisado por MERHY (1991:36), onde houve, no governo Pinotti, (Secretário da Saúde do período Quéricia) a adoção de uma política com tentativa de unificação dos serviços de Saúde com as ações médicas, de caráter eleitoreiro e politiquero.

** O movimento da Reforma Sanitária no Brasil, surge, principalmente a partir de diferentes técnicos em saúde, que têm em comum um passado político de preocupações progressistas e ocupam postos e posições significativos no interior do aparelho de Estado na área. (OLIVEIRA, 1989:19). Na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), concretiza-se a proposta de ampla Reforma Sanitária, através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1987 são implantados os SUDS, através de convênios com os governos estaduais.

isto começam a se estabelecer mecanismos da mais profunda perversidade, como atraso na liberação de recursos (a população deixa de ser assistida e o sistema público vai ficando mais sucateado), aplicação de pagamentos da previdência em contas do Estado, manipulação de alianças, cobertura de folhas de pagamentos, aplicação no mercado financeiro, etc. (AROUCA, 1991:17). Desta forma "o SUDS que está sendo implantado a nível nacional é a forma aleijada, distorcida, com raríssimas exceções, do projeto que foi gerado no movimento sanitário, de uma verdadeira reforma sanitária neste país". (AROUCA, 1991:18)

A Nova República que recebeu como herança uma economia relativamente organizada para gerar um saldo comercial positivo e poder pagar parte da dívida externa (SINGER, 1986:17), assiste, no início dos anos 90 a um processo de depressão econômica, que somado ao arrocho salarial (herança anterior) caminha novamente no sentido da centralização, com a imposição de "pacotes" e medidas provisórias. Como consequência, a crise econômica e política vai se avolumando. O desemprego, a redução na jornada de trabalho e a perda real do valor dos salários está levando ao agravamento do já precário estado de saúde da população brasileira, com destaque para a desnutrição, as precárias condições de saneamento básico e o aumento das doenças infecto-contagiosas.

No campo da saúde, a crise parece tomar proporções extremamente sérias, que podem vir a comprometer muitos dos avanços conseguidos na década anterior. Estamos assistindo, no início da década de 90, a uma "desresponsabilização" do Estado sobre as políticas sociais e da saúde, contrariando,

na prática, determinações da Constituição de 1988 e a uma "reprivatização" radical do sistema saúde, principalmente daqueles setores mais rentáveis, que exigem mais tecnologia (TEIXEIRA, 1991:30). Vale destacar também, que apesar de ser o setor público o principal responsável pela assistência da população, vem sendo sozinho acusado como o grande vilão da assistência médica, ao passo que o setor privado, contratado pelo Governo e detentor principal dos leitos hospitalares, tem sido poupado, o que vem de encontro às intenções do atual governo, que são privatizantes, caminhando, desta forma, para a falência total da saúde pública.

No que se refere à produção teórica referente à prevenção da cegueira por nós analisada neste capítulo, podemos perceber que embora tenhamos encontrado um discurso aparentemente preocupado com problemas oftalmológicos básicos da população, passíveis de prevenção, verificamos que na prática não transparece sua efetivação, uma vez que trabalhos relatando experiências práticas são poucos e por iniciativas quase que individuais, sempre ligadas às universidades. Isto significa que tem sido demonstrado pouco interesse em evitar problemas de saúde ocular da população. Os esforços vêm sendo destinados a outros setores da medicina que possam render mais benefícios, como aqueles que lidam com tecnologia sofisticada, e tratamento de doenças crônicas (com diagnósticos), que carecem cirurgias, internações hospitalares, medicamentos, etc.

Este primeiro capítulo procurou introduzir subsídios para a análise da deficiência visual enquanto fenômeno biológico e social, evidenciando seus componentes fisiológicos, anatômicos, patológicos e históricos,

incluindo também uma tentativa de compreensão do processo saúde-doença. A partir de então, passamos a buscar evidenciar suas relações com a educação e com o Estado.

CAPITULO II

ESTADO, EDUCAÇÃO E SAÚDE DO PRÉ-ESCOLAR

Neste capítulo pretendemos compreender como o escolar da pré-escola vem sendo concebido socialmente na realidade brasileira, num campo considerado como da educação escolar, do qual procuramos captar a inserção da saúde e analisar como vem sendo processada essa relação. A saúde e a educação acabam por se caracterizar como um todo complexo e abrangente, que, no presente capítulo será repartido em duas etapas. A primeira trata de evidenciar a trajetória da pré-escola na realidade brasileira, e a segunda enfoca a saúde do escolar da pré-escola, com destaque para a saúde ocular, procurando captar as promessas, realizações e conquistas de relevância para a manutenção da saúde da criança menor de 7 anos.

Antes, porém, parece necessário por em xeque o entendimento de Estado, fundamentalmente no que diz respeito ao papel a ser desempenhado pelas relações entre a sociedade (povo, cidadãos) e o governo (poder constituído).

KOWARICK (1983:21-27) comenta o mito de ser a sociedade brasileira tomada como amorfa, frágil, "gelatinosa", principalmente em se tratando das camadas populares, que são acusadas de pouca participação em associações, sindicatos e partidos políticos, caracterizando-se como classe conformada, pacífica e passiva. Sendo assim, as massas são consideradas incapazes para exercer as funções de governo, carecendo de tutela

através do Estado, que irá suprir suas deficiências. Esta postura de cunho eminentemente elitista e autoritária, reforçada pelo discurso político, oculta que os conflitos sociais têm aflorado em diversos momentos da história brasileira (KOWARICK, 1983:22) e têm sido responsáveis por conquistas em diversos setores da sociedade civil e política.

O Estado capitalista, em sentido amplo, tem caráter essencialmente duplo e comporta, em Gramsci, duas esferas principais: a sociedade civil e a sociedade política. A sociedade civil é, em geral, conhecida como o "conjunto dos organismos, vulgarmente ditos privados, que correspondem à função de hegemonia que o grupo dominante exerce em toda a sociedade "(GRAMSCI, em PORTELLI, 1983:22). É formada "precisamente pelo conjunto das organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão das ideologias, compreendendo o sistema escolar, as Igrejas, os partidos políticos, os sindicatos, as organizações profissionais, a organização material da cultura (revistas, jornais, editoras, meios de comunicação de massa), etc." (COUTINHO, 1981:91).

Em Gramsci (In: COUTINHO, 1981:91) a sociedade política ou "Estado em sentido estrito" ou "Estado-coerção" "é formada pelo conjunto dos mecanismos através dos quais a classe dominante detém o monopólio legal da repressão e da violência, e que se identifica com os aparelhos de coerção sob controle das burocracias executiva e policial-militar". Na análise de Gramsci, feita por PORTELLI (1983:30-31) a sociedade política possui características bem definidas: agrupa o conjunto das atividades da superestrutura, que

dizem respeito à função de coerção. Assim, a sociedade política é um prolongamento da sociedade civil e pela sua função do exercício da coerção e da manutenção da ordem estabelecida pela força acaba por não se limitar ao simples domínio militar, mas igualmente ao governo jurídico, isto é, a força "legal".

O Estado, portanto, na concepção gramsciana, é a síntese de "sociedade civil" e "sociedade política", numa abrangência organicamente articulada (COUTINHO, 1981:97).

Acontece, contudo, que "em determinados momentos, o Estado ganha aparência de autonomia, como se estivesse organizado em conformidade com a ideologia da classe dominante, que sempre trata de espelhar o poder estatal como se ele fora a expressão da vontade geral ou da sociedade civil. Isto se deve (...) a um descompasso entre as estruturas políticas e econômicas, pelo qual (...) o bloco de poder perde o controle do aparelho estatal e se vê obrigado a compartilhá-lo formalmente com outras classes" (IANNI, 1982:69). Além disso, "a aparente autonomia e 'superioridade' do Estado encontra sua gênese e explicação nas contradições imanentes da sociedade como um todo. A gênese do Estado reside na divisão da sociedade em classes, razão porque ele só existe quando e enquanto existir essa divisão (que decorre das relações sociais de produção); e a função do Estado é precisamente a de conservar e reproduzir tal divisão, garantindo, assim que os interesses particulares de uma classe se imponham como o interesse geral da sociedade "(COUTINHO, 1981:89).

Todavia deve ser ressaltado, que conceituar, definir, subdividir e explicitar os componentes da categoria "Estado" torna-se um exercício retórico se não se fizer presente sua configuração segundo as determinações das relações concretas da sociedade, isto é, conforme a situação específica deste ou daquele país, nesta ou naquela época; o Estado não pode ser tomado apenas de forma abstrata, mas somente em situações concretas. Sua análise dialética deve revelar a forma pela qual se organizam as forças produtivas, as relações de produção, ou seja as classes sociais, em seus movimentos e antagonismo (IANNI, 1982:70).

Ocorre também, no entendimento do conceito de Estado em Gramsci, que além da relação de domínio em que os interesses da classe dominante se impõem às classes subalternas através da coerção, sobressai também a característica "consentimento". "O Estado é todo conjunto de atividades teóricas e práticas com as quais a classe dirigente justifica e mantém não somente a sua dominação, mas consegue obter o consenso ativo dos governados (GRAMSCI, em BUCI - GLUCKSMANN, 1980:129). Com efeito, este conceito de Estado "pressupõe a tomada em consideração do conjunto dos meios de direção intelectual e moral de uma classe sobre a sociedade, a maneira como ela poderá realizar sua 'hegemonia', ainda que ao preço de 'equilíbrios de compromisso', para salvaguardar seu próprio poder político, particularmente ameaçado em períodos de crise "(BUCI - GLUCKSMANN, 1980:128-9). Sem dúvida que o "pacto de dominação" só se torna exequível enquanto expressão das relações de poder, na medida em que os interesses das classes dominantes se impõem às classes dominadas, não

somente através da força da coerção, mas também do consentimento, que passa a ser muito importante e se concretiza na "crença das massas de que elas exercem uma máxima autodeterminação no seio da ordem social existente" (ANDERSON, 1986:30).

O entendimento de Estado enquanto relação de dominação (coerção e consentimento) num dado momento histórico, possibilita a análise dos conflitos e contradições que permeiam sua estrutura burocrático-administrativa. Na medida em que podemos identificar esse processo, destacam-se seu esforço para a realização de alianças que sirvam de sustentação ao seu pacto de dominação, sua permeabilidade ao controle social das forças políticas (e econômicas) e a sua capacidade de incorporar a reflexão crítica e as bandeiras dos movimentos sociais. Portanto, seu discurso é contraditório, já que há uma negação da sua real dominação, uma vez que aparenta, através da ideologia, a expressão dos interesses gerais da sociedade. Sendo assim, as políticas sociais constituem-se objetividades capazes de captar tudo aquilo que demonstra ser de interesse geral, enquanto que, na prática, sua viabilização (ou omissão) evidencia quais interesses que, de fato, se concretizam, ou seja, as necessidades básicas da população servem apenas como plataforma para conquistas de minorias.

As políticas sociais englobam, dentre as demais, as políticas de saúde e educação, que constituem-se em exemplos do produto final do poder do Estado, concretizados no seu estatuto jurídico - constitucional, que foi gerado

nas relações de poder e conflito, com ganhos e perdas e muitas vezes dentro de um quadro de instabilidade social.

Como se vê a compreensão de Estado não se esgota no conceito de entidade abstrata que elabora autoritariamente as leis, com atributos demiúrgicos e que domina a totalidade social, ou pelo contrário, como a entidade baseada apenas no resultado do conflito social. Fica claro, portanto, que a concepção de Estado que norteia este trabalho é ampla e abrangente. Entende-se o Estado não somente como estrutura burocrático-administrativa, mas também como o resultado de um pacto de dominação que pressupõe um conjunto de acordos entre as classes sociais (fração ou todo), permeado de contradições e situado historicamente. Portanto, o Estado é expressão de relações sociais concretas, muito embora em alguns momentos, seja fetichizado, mostrando sua face violenta. As conquistas que a sociedade consegue não são somente "iniciativas" do Estado fetichizado, mas fruto da luta de classe que se trava, muitas vezes, de forma invisível, fragmentada e heterogênea no cotidiano da História.

Ocorre também que a compreensão da categoria Estado traz consigo a configuração de cidadão, enquanto unidade do homem no trabalho e do homem perante a lei, que estabelece (ou não) sua participação na sociedade (cidadania).

De uma forma ampla e clássica o cidadão é o sujeito que está capacitado a participar da vida da sociedade, sendo possuidor de direitos e deveres (SAVIANI, 1986:75) e a cidadania seria o conjunto de direitos e

deveres de participar não só da criação das obras sociais, como no controle destas obras (KOWARICK, 1983:27).

O conceito de cidadania em MARSHALL (1967:63) apresenta-se explicitado em três elementos básicos: civil, político e social. "O elemento civil é composto dos direitos necessários à liberdade individual (liberdade de ir e vir), liberdade de imprensa, pensamento e fé, direito à propriedade e de concluir contratos válidos e o direito à justiça. O elemento político é entendido como o direito de participar no exercício do poder político, como um membro de um organismo político (...) ou como um eleitor. O elemento social se refere a tudo o que vai desde o direito a um mínimo de bem estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade".

Marshall (1967) discute as contradições que existem entre cidadania e classe social, destacando que a desigualdade do sistema de classes pode até ser aceitável, desde que a igualdade de participação integral do indivíduo na comunidade seja reconhecida. Para ele, a cidadania é concebida como "algo que brota de dentro para fora e não como algo imposto de fora, daí a ênfase nos direitos e não nos deveres" (MARSHALL, 1967:62). Desta forma a cidadania seria capaz de garantir a igualdade social.

O entendimento de cidadania está vinculado à visão de classe e mais especificamente da classe burguesa que o instalou. No Brasil surge com o capitalismo, associado à valorização do trabalho e ao crescimento da vida urbana,

tendo como marco importante o período pós 1930, quando o Estado passa a interferir no livre jogo do mercado econômico e ativamente promove a garantia de alguns direitos básicos, como lei de férias, de menores, jornada de trabalho, repouso remunerado, trabalho feminino, etc., que, marginalmente, propiciavam as condições institucionais para relativa melhora na distribuição das contingências sociais (SANTOS, 1981:181). Esses direitos são frutos das lutas que os trabalhadores empreenderam e que acabaram por ser tutelados pelo Estado, dando origem ao conceito de "cidadania regulada", cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional definido por lei, ou seja, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei (SANTOS, 1981:68). Diferentemente da cidadania em Marshall, cujo conceito está ligado aos direitos do sujeito enquanto membro da comunidade, este está "embutido na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei" (SANTOS, 1981:68). Esta formação aparece no "cenário político brasileiro através da intervenção autoritária de um 'Estado novo' que havia deslegitimado o liberalismo e denunciado a matriz privada de autoridade; este modelo encapsulou em suas leis e regulamentações trabalhistas todas as demandas de cidadania e de justiça que haviam sido construídas na própria ação coletiva dos trabalhadores" (PAOLI, 1991:124).

As iniciativas do Estado brasileiro pós-30, visando alterar a distribuição de contingências sociais,

violaram o princípio da universalidade, consagrando assim a desigualdade social. O Estado brasileiro exerceu tiranicamente o poder no sentido em que impediu a realização diferenciada dos indivíduos, o que foi pouco alterado de 1945 a 1964, quando foi instalada a chamada democracia populista, uma vez que nenhum governo desse período tomou qualquer iniciativa no sentido de alterar os princípios da "cidadania regulada" e da obediência à eficiência do mercado econômico (SANTOS, 1981:182-3). Depois de 1964 a área social sofreu uma acentuada retração e a "cidadania regulada" além de ser mantida é reforçada pela interferência do governo autoritário na vida dos cidadãos.

Surge do conceito de "cidadania regulada", a constituição da categoria "sem cidadania" ou "cidadãos de 2a classe", pois inúmeros trabalhadores das ocupações da "economia informal", os desempregados, as mulheres e as crianças escapam aos direitos institucionalizados e passam a trabalhar na ilegalidade (PAOLI, 1991:125). No entanto, paralelamente à tendência dos governos pela opressão e por tendências autoritárias surge na sociedade brasileira formações autônomas de exercício democrático que tentam criar mecanismos de sobrevivência.

Portanto, apesar da herança pesada que desaba sobre as novas tentativas de formular uma outra noção de sociedade e cidadania, os movimentos sociais trabalham para a valorização de uma sociedade política e aberta aos conflitos através de uma referência democrática: nem mais párias à política, nem mais súditos do Estado, mas cidadãos (PAOLI, 1991:126). De fato, os anos 80 mostram que a sociedade brasileira apresentou traços novos na sua feição

política (Constituição de 88, movimentos por eleições diretas, debates sobre política e economia para o presente e futuro, etc.), trazendo a noção de cidadania para o cotidiano das pessoas. No entanto, apesar da mobilização e participação da sociedade no cenário político, a década de 90 inicia sua história diante de um clima de descrença e desesperança a respeito da sociedade brasileira poder inventar seu presente e futuro, gerado por uma crise do Governo e da sociabilidade cotidiana atingida principalmente pela deterioração da qualidade de vida. O ponto central desta crise poderia ser enunciado como incidindo sobre os valores éticos que constituem a "coisa pública", onde a constante transgressão das regras do jogo parece impedir a criação de horizontes coletivos, sociais e políticos (PAOLI, 1991:116-117).

O fenômeno cidadania assim enquadrado nos permite inferir, neste trabalho, como sendo uma categoria ampla, tendendo para o sentido da "cidadania plena" (COVRE, 1991:74), dos cidadãos que "atuam nos vários níveis sociais, para atingir o nível mais abrangente do mundo, avançando nessa ação como sujeitos em direção à utopia (...)". O entendimento universal de cidadania inclui o direito à garantia de vida com qualidade (atendimento às necessidades básicas, papel do homem no universo, na sociedade, no trabalho, etc), bem como o direito à legitimidade das iniciativas populares ao propor e participar na elaboração e na prática das leis, através de sua construção coletiva, nos níveis político, econômico, social, etc.

A prática da cidadania pode ocorrer nas mais diversas formas da vida em sociedade e depende

primordialmente "da ação dos sujeitos e dos grupos básicos em conflito, e também das condições globais da sociedade (...). É uma categoria que pode ser elaborada, apropriada e utilizada pelos trabalhadores, como o foi pela burguesia revolucionária e, depois, pela burguesia dominante no sentido que lhe conveio, e, novamente reedificada em nosso século pelos capitalistas tecnocratas" (COVRE, 1991:63 e 30).

O exercício da cidadania não pode prescindir do uso de inúmeros instrumentos de operacionalização. Dentre eles destacamos as leis, que com toda sua ambiguidade podem contribuir para a construção de uma vida mais justa, e a educação, que sem dúvida representa "condição indispensável para que a cidadania se constitua. O exercício da cidadania nos diferentes organismos não se dá de modo cabal sem o preenchimento do requisito de acesso à cultura letrada e domínio do saber sistematizado, que constituem a razão de ser da escola" (SAVIANI, 1986:75-6). Além disso, é "preciso haver uma educação para a cidadania (...) e criar espaços para reivindicar os direitos, mas é preciso também estender o conhecimento a todos, para que saibam da possibilidade de reivindicar" (COVRE, 1991:66)

1. O Escolar da Pré-Escola

A conceitualização de pré-escolar inclui inúmeras representações, dependendo do objetivo com que é tomada. Tecnicamente, trata-se da criança que se encontra na faixa etária de 2 a 7 anos, exclusive (MARCONDES, 1974:61). ou dos 3 aos 6 anos (VAUGHAN e cols., 1983:22) e que frequenta a

pré-escola. Sobre esse período de vida debruçam-se diversas ciências, como a biologia e a psicologia, que têm demonstrado sua importância para toda a formação da criança, pois é nos primeiros anos de vida que praticamente forma-se o potencial motor, psicológico e social da criança. Essa noção de importância de infância ligada à escola, enquanto instituição social, é relativamente recente e surgiu com a evolução do capitalismo.

O conceito de infância com suas sub-divisões etárias é construído socialmente, apresentando variações históricas. ARIÈS (1981) aponta que a infância longa, ligada à frequência à escola pertence à sociedade moderna. Na Idade Média, a infância era curta. Após os cinco anos a criança participava integralmente do mundo dos adultos, que eram responsáveis, como um todo, pela sua educação, sempre ligada a tarefas produtivas e desvinculada da escola, que era freqüentada por adultos e crianças.

A noção de infância vinculada à frequência à escola aparece historicamente ligada à evolução do sistema escolar e ao surgimento da classe social burguesa, devido ao desenvolvimento do capitalismo. Com isto o termo "idade" passa a aparecer associado ao "escolar", cumprindo-se assim o papel ideológico de que toda criança deve ser nomeada pela existência da instituição escolar. Compulsoriamente todos de 7 a 14 anos, estão aí incluídos, com abrangência mais recente e não obrigatória para faixas anteriores, como os da pré-escola e até mesmo creches.

O conceito de pré-escola (diferentemente do de creche) relaciona-se ao atendimento educacional anterior à

escolaridade elementar obrigatória, para crianças de 4 a 6 anos, empregando professores formados por escolas de 2º grau (ROSEMBERG e cols., 1985:5). Muitas vezes são utilizadas também como forma alternativa para "guardar" as crianças, que podem nela permanecer por dois períodos. Essa função faz com que o conceito de pré-escola se aproxime do conceito de creche, que aparece como a "instituição especializada onde a família deixa seus filhos de 0 a 6 anos, em regime de semi-internato", com função básica, assim como os berçários e "hotelzinhos", de "guardar" as crianças" (ROSEMBERG e cols. 1985: 3 e 4), enquanto a mãe atua no mercado de trabalho.

Basicamente, "creche" e "pré-escola" são distinguidas pela idade das crianças (creche, de 0 a 3 anos e pré-escola, de 4 a 6 anos), pela permanência das crianças (a creche usa período integral e a pré-escola meio período) e pela vinculação administrativa, sendo que a pré-escola se subordina ao sistema educacional estabelecido e a creche, geralmente, a órgãos de caráter médico ou assistencial (KRAMER, 1985:78) e particulares. Essa abordagem de creche, desvinculada do sistema educacional é alterada após 1988, com a Nova Constituição Federal e a Proposta de Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB-1990).

O entendimento de infância associado à fixação de correspondência entre idade e classe escolar exclui a análise da condição infantil de acordo com as formas de organização da sociedade no contexto histórico. Assim, escolar e pré-escolar são classificados pela idade em que devem pertencer a uma instituição social (escola), depreendendo-se daí que toda criança deve ser escolarizada.

Acontece, porém que na realidade brasileira há crianças não-escolarizadas, que recebem outra denominação referente a sua condição de marginalização social, como por exemplo, o "menor abandonado".

Desta forma, na medida em que se vincula a infância a uma instituição ou a uma condição social, cria-se grupos, que acabam por ficar isolados de outros contextos. A concepção ampla do conceito de infância constitui-se, portanto, numa tarefa complexa, uma vez que apresenta-se suscetível a múltiplas determinações.

No presente trabalho ao, utilizarmos o termo pré-escolar, pretendemos associá-lo à criança com menos de 7 anos e que frequenta uma instituição social, vinculada ao sistema escolar, tentando não perder de vista seu contexto familiar, social e educacional e a inserção da saúde nesse conjunto.

Educação e saúde têm sido sempre consideradas como setores importantes de atuação do Governo. Hoje ligadas pelo interesse na saúde do escolar, aparecem refletidas nos discursos oficiais, que têm reconhecido sua importância e necessidade, através da instituição de programas curriculares prevista pela legislação do ensino, não indo, no entanto, muito além disso. Sua operacionalização tem sido pautada numa prática assistencialista como complemento e suporte das ações médico-sanitárias, visando sua maior eficiência. Os problemas de saúde indesejáveis, como a ignorância, a falta de higiene, a desobediência a normas, etc., são atacados de forma individual, através de programas de saúde específicos, que partem do princípio que os

problemas se localizam na criança e não na realidade social. Esses programas oficiais colocam o professor como o centro do processo, cabendo a ele a função de agente e de responsável pelo sucesso dessa atividade (além das muitas outras que já lhe são atribuídas). Essa incumbência chega a ele em forma de "pacotes", dos quais participam apenas os tecnoburocratas dos órgãos oficiais. Sua função resume-se na execução dos programas, ficando o professor excluído de participar efetivamente, fato que se agrava ao olharmos para sua formação. Os cursos profissionalizantes para o magistério oferecem poucas oportunidades de discussões sobre o processo saúde-doença e de compreensão da realidade social que circunda o escolar.

UBEDA (1986: 93-94) analisa que a educação em saúde, da forma como vem sendo realizada está servindo para ilustrar intelectualmente os alunos e não está promovendo a saúde da criança, nem tampouco ajudando-a a perceber a importância de medidas básicas de saúde, nem predispondo-a a agir corretamente em relação a elas, mas apenas repassando algumas informações superficiais isoladas entre si e desvinculadas da sociedade. Além disso as escolas não dispõem de recursos financeiros para investir no desenvolvimento de trabalhos mais ricos com as crianças, que na sua maioria, são oriundas da classe social de baixa renda, destituída de saneamento básico e condições saudáveis de moradia, alimentação e trabalho.

Desta forma, o ensino da saúde no sistema escolar tem sido pautado como um conjunto de conceitos abstratos (desvinculados do objeto), com pouca participação efetiva do

estudante, da comunidade, de profissionais de outras áreas e sem uma política bem definida para o setor.

No entanto, a partir dos anos 70, com a eclosão do movimento da Reforma Sanitária surgem novas perspectivas.

A saúde escolar, contrapondo-se a um conceito organicista, ingênuo e excludente* passa a ser entendida numa visão mais abrangente como "o conjunto de atividades desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, envolvendo inclusive o professor, que visam promover, proteger e recuperar a saúde do ser humano em idade escolar que está dentro ou fora da escola, da maneira a mais precoce possível, por meio de ações educativas e assistenciais que levam em conta suas origens e realidade de vida, interagindo com os recursos institucionais disponíveis na comunidade, assim como a família, buscando influir de maneira decisiva no ambiente físico e emocional da escola, no processo de ensino da saúde e na assistência integral a saúde pessoal da criança e do adolescente; visam também à saúde do pessoal que trabalha na escola (trabalhadores escolares)" (GIÉDISE, 1990:31).

Com a adoção desse entendimento de saúde escolar, associado aos princípios do movimento da Reforma Sanitária, pretende-se que a realidade se transforme e possa transformar as condições de vida da população. Para tal, diversas alterações terão que ser adotados tanto no Sistema de Saúde, quanto no da Educação, de tal forma que

* "Saúde escolar é a parte da medicina que estabelece os meios de promoção, proteção e recuperação da saúde física, mental e social da criança e seu desenvolvimento normal durante o período de frequência à escola..." (MORAES, citado por LIMA, 1985:28).

possibilitem interferência na qualidade de vida da sociedade, visando a consecução da cidadania.

A integração entre saúde e educação nos moldes tradicionais, ao se utilizar do processo educativo, sobrecarrega o professor em suas funções, o que, com este conceito mais amplo, tende a desaparecer, uma vez que se ampliam as responsabilidades, com o envolvimento de diversos profissionais, das instituições disponíveis na comunidade e da família. Além disso não ficam alijadas de participação, as crianças que não frequentam a escola. São incluídos também os trabalhadores escolares.

Desta forma, enfatizamos que a saúde e a educação da criança fazem parte da totalidade das condições de vida da população e, em específico, da classe social a que ela pertence, sem perder de vista a realidade que evidencia que em matéria de saúde escolar e educação para a saúde estamos apenas engatinhando, apesar de vislumbrarmos a possibilidade de mudanças.

Quanto ao pré-escolar, a valorização da criança de 0 a 6 anos, que praticamente não existia nos primórdios da nossa história, vai gradativamente sendo acentuada após 1930. Essa década representa um marco importante da história brasileira que reflete, em consonância com o cenário político internacional, um período de mudanças políticas e econômicas e de reorganização social. Essas mudanças começam a impulsionar o Estado para um reconhecimento da importância do atendimento à infância, encarada a grosso modo como um ser abstrato e sem ligação com a realidade histórica do país.

"A versão da história 'de que tudo começou em 30' por obra e graça do Estado, que veio constituir a classe operária (e as outras também), trabalha com uma noção de classe como se esta fosse uma entidade, deduzida da estrutura de poder onde existe e que só merece reconhecimento a partir do momento em que é uma força social unificada, tomada pela idéia de pegar o poder do Estado" (PAOLI, 1987:64). Esta perspectiva conduz a uma análise triunfalista e messiânica como se o Estado representasse uma força demiúrgica, acima das relações sociais, encarnando um papel ordenador do caos. É verdade que o Estado do "laissez-faire" é substituído nessa época pelo Estado intervencionista, caráter este que vinha sendo almejado pelos seus principais ideólogos desde a 1ª república: Alberto Torres, Azevedo Amaral, Oliveira Vianna e Francisco Campos, são os principais porta-vozes da necessidade de um Estado regulador e árbitro das desigualdades.

É possível, contudo, contar a história incorporando outros critérios de análise e outros protagonistas. Muitos trabalhos* têm procurado tratar a história a "contrapelo" das interpretações consagradas, procurando mostrar as transformações reais das práticas fragmentadas do povo, constituindo-se em um tecido muitas vezes descontínuo mas fundamental no traçado do perfil do Estado. Por exemplo, (...) "a década de 20 conhece movimentos que caminham no sentido do desdobramento das reivindicações (dos trabalhadores) e o Estado passa a admitir explicitamente a necessidade de legislar as questões

*PINNEIRO (1975), FAUSTO (1974), ALMEIDA (1979), DECCA (1983) e SANTOS (1987).

trabalhistas (...). O Estado, lentamente, torna sua presença explícita nas questões fabris: sucessivas leis são propostas durante a década (acidentes de trabalho, estabilidade) (...) e as questões mais gerais da condição de vida operária são também objeto de regulamentação, como aposentadoria e férias. Todas elas, uma por uma, são objetos de uma luta implícita entre empresários e operários, embora o espaço da fala seja tomado pelos primeiros em sua discussão com o Estado "(PAOLI, 1987:65). Todas estas leis que foram sendo criadas são expressão dos conflitos e da necessidade de regular as desigualdades, de arbitrar esses conflitos dentro das relações capital-trabalho. Os empresários inclusive reagem negativamente a muitas destas conquistas dos trabalhadores.

A tônica da relação entre a criança menor de 6 anos e o Estado, deste período até o final da década de 70, concentra-se numa visão assistencialista, caracterizando a história do pré-escolar como de cunho médico e curativo, ligadas principalmente às crianças pobres. Na década de 60, especialmente, fortificaram-se as organizações de trabalhadores por melhores condições de vida e de trabalho, fazendo com que aumentasse o número de creches e pré-escolas. Com a incorporação da mão de obra feminina no mercado de trabalho, surge a necessidade de "guarda" das crianças enquanto a mãe trabalha e a creche e a pré-escola passam a ser reivindicadas como direito, numa política de "resposta" do Estado aos anseios e reivindicações da população e de controle da situação social.

No final da década de 60 mudou o cenário econômico brasileiro, que ingressa no modelo de internacionalização do

mercado interno. O movimento de 1964 e os governos subsequentes representam a concretização de um projeto de desenvolvimento capitalista "interdependente" ou "associado" ao modelo dos países centrais, notadamente dos Estados Unidos, que vem sendo tentado a partir dos anos 30. Sob esse modelo de desenvolvimento "associado" consolida-se o processo de industrialização brasileiro, com profundas alterações econômicas e políticas do país. Toda estrutura econômica se caracteriza por um processo de concentração que resulta em grandes empresas, basicamente estrangeiras e estatais e algumas nacionais, impondo sua visão de interesse, ou seja, o predomínio do grande capital ao resto do sistema econômico. O processo político redundou em um Estado Burocrático - Militar, resultante de forças ditas modernizantes, no sentido do fortalecimento da produção (COVRE, 1982:68-70), visando capitalizar o Brasil, a qualquer custo. A década de 70, especialmente o seu início, é marcada por um período de euforia gerado pela propaganda do "milagre econômico" e dos acenos do Brasil ser transformado rapidamente em potência mundial e ser aliado dos Estados Unidos na América do Sul (IANNI, 1981:12). "Trata-se, também, da fase áurea da repressão, bem como do surgimento de uma oposição armada ao Regime Militar. Apesar do Estado se transformar em 'Estado de Terror', é o momento em que obtém o maior grau de consenso e de legitimação social, não somente porque amplos setores da sociedade repudiavam as ações armadas, assaltos a bancos, seqüestros e atentados empreendidos pela esquerda armada, mas também pelos êxitos da política econômica posta em prática pelo governo (...). Nesse clima de medo e euforia a Lei 5.692/71 foi recebida entusiasticamente pelos educadores "(GERMAND:

1990:229-30). Esta lei fixa diretrizes e bases para o ensino de 1º e 2º graus, tendo como pontos fundamentais a extensão da escolaridade obrigatória (dos 7 aos 14 anos), com a junção do ensino primário com o ginásial (com eliminação do "exame de admissão ao ginásio") e a instalação do ensino profissionalizante no nível médio (ou 2º grau). O ensino pré-escolar praticamente não foi incluído. Apenas o Art. 17, parágrafo 2º diz que "os sistemas de ensino velarão para que as crianças de idade inferior a sete anos recebam conveniente educação em escolas maternas, jardins de infância e instituições equivalentes. Contudo "velar" não significa que esta espécie de "educação" seja garantida às crianças com menos de 7 anos. O art. 61 dá seqüência à incerteza da afirmação, ao enunciar que "os sistemas de ensino estimularão as empresas que tenham em seus serviços mães de menores de sete anos a organizar e manter diretamente ou em cooperação, inclusive com o Poder Público, educação que preceda o ensino de 1º grau".

Destaca-se também o lançamento do I Plano Nacional de Desenvolvimento (I PND), 1972-1974, com três grandes objetivos: elevar o Brasil à categoria de nação desenvolvida, duplicar a renda "per capita" brasileira e expandir a economia (VIEIRA, 1985-a:205). "O I PND colocava condições prévias para o desenvolvimento. Estas condições consistiam em distribuir os resultados do progresso econômico por toda a sociedade brasileira, promovendo-se também a transformação social, a estabilidade política e a segurança nacional. Dava-se destaque à integração social, procurando-se o mercado de massa e associando-se a assistência aos estímulos para o trabalho e para o aumento

de eficiência do trabalhador "(VIEIRA, 1985-a:206). Na verdade em nome desse desenvolvimento, o poder estatal se aprofundou na linha da acumulação monopolista e a ditadura militar adquiriu ímpeto repressivo e pôde exercer com toda sua força um regime de repressão e censura contra todos os setores das classes assalariadas, em especial o proletariado urbano e rural (IANNI, 1981:12). Dando continuidade às intenções de crescimento acelerado, é lançado para o período 1975-79 o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), que pregava o aumento de oportunidade de emprego, a contenção gradativa da inflação, o relativo equilíbrio do balanço de pagamento, a melhoria da distribuição de renda e a conservação da estabilidade social e política (VIEIRA, 1985-a: 206). Contudo a grandiloquência das intenções fica apenas ao nível da proposta, uma vez que cresce o divórcio entre o Estado ditatorial e as tendências da sociedade nacional que ferve de contradições. Há uma superexploração do proletariado urbano e rural e um agravamento em escala internacional da crise do capitalismo, acoplada à crise mundial do petróleo (IANNI, 1981:13). "Neste quadro de crise, o Estado começa a mudar sua metodologia de ação no tocante às classes subalternas, tendo em vista legitimar-se, obtendo consenso social. (...) As questões sociais, que foram despolitizadas e reduzidas a questões 'técnicas', começam a ser tratadas como questões, políticas. O discurso da 'segurança nacional', do 'combate ao comunismo e à subversão' e do 'crescimento econômico a qualquer preço' - mesmo a custo da concentração da renda - cede lugar a um outro que enfatiza a 'integração social', o 'redistributivismo e os apelos 'participacionistas' (GERMANO, 1990:326-7). Assim sendo, as políticas sociais

passam a funcionar como mecanismo de correção das desigualdades e se revestem da conotação ideológica que ao nível do discurso se identificam como ação destinada aos "carentes", que se concretizam explicitamente através da implantação de programas de impacto político que, de certa forma, envolviam a "participação comunitária". Dentre eles, destacam-se, como exemplo: Programa de Nutrição e Saúde - PNS (1975), II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição - PRONAN (1976), Programa de Saúde Materno-Infantil (1977), Programa de Abastecimento em Areas Urbanas de Baixa Renda - PROAB (1979) e o Programa de Ações Educativas e Culturais para as Populações Carentes do Meio Urbano (PRODASEC) e do meio Rural (PRONASEC) 1980) (GERMAND, 1990: 337). Desta forma, os governos voltam-se acentuadamente para a questão da educação escolar das classes subalternas, atentando também para a necessidade e importância da educação pré-escolar, que se desloca da assistência médica para a educação. O que ocorreu também é que com a perspectiva de obrigatoriedade e extensão do ensino até os 14 anos as camadas populares tiveram acesso à escola com a ampliação de oferta de vagas nas escolas públicas. Houve expansão no atendimento escolar da população escolarizável, o que não foi seguido por investimentos na qualidade do ensino, culminando, assim, em problemas como repetência e evasão, que levaram à sentida necessidade de expansão, desta feita para a faixa etária inferior aos 7 anos. A pré-escola passa a ser reconhecida de fato e as políticas governamentais começam a, incipientemente, ampliar o atendimento, em especial às crianças de 4 a 6 anos (KRAMER, 1988-a:46)

Neste contexto, a pré-escola ganha força como solução para colaborar na qualificação da população através da escola de 1º grau, que apresentava muitos problemas como a evasão, a repetência, o fracasso e o baixo rendimento. Esses fatos, típicos dos meios sociais de baixa renda, têm levado à associação com pobreza e não interessam à nova ordem política e econômica. São explicados pelas teorias sociológicas da "privação cultural", "que traduzem e interpretam o fracasso escolar como sendo resultado de deficiências do desenvolvimento cognitivo e afetivo, problemas de falta de estimulação no meio, ou seja, como alguém a quem sempre falta algo ou está defasado em relação a um padrão que se toma como modelo: o padrão da criança da classe média bem sucedida "(SCHEIBE e cols. 1984:58). A partir desse entendimento de que o problema está na criança e na carência cultural que lhe envolve, foram criados no Brasil, sob influência dos Estados Unidos, programas educativos propondo compensar as múltiplas carências da criança. Trata-se da educação compensatória, que pretendia resolver, através da transferência para a pré-escola, os problemas e questões estruturais da sociedade atribuídos ao ensino de 1º grau. As metas da educação compensatória, que fazem parte de um projeto mais amplo de combate à pobreza, em primeira instância, coloca a educação brasileira em uma situação de equívoco, na medida em que mascara os reais determinantes da pobreza, privação cultural e fracasso escolar. Ao colocarem a desigualdade escolar como efeito da riqueza ou da pobreza culturais do meio e ao fazerem da educação compensatória o instrumento daquela desigualdade, os autores destes programas parecem ignorar que, numa sociedade de classes, mesmo quando todos têm acesso à

escola, esta não é um agente de promoção social igualitária (PINO, 1987:45).

Esses programas foram bastante criticados* e fadados ao fracasso, principalmente por pretenderem tornar homogênea a educação num país com as características e situação econômica, política e social típicas de uma nação em desenvolvimento. Por outro lado, não se pode negar as contribuições políticas e conceituais geradas por esta proposta. Pode-se considerar que sua discussão levou a um progresso das concepções anteriores, "pois na medida em que se julga que os problemas são sociais e não simplesmente individuais, há uma evolução no sentido de se chegar mais perto do que realmente ocorre" (SCHEIBE e cols. 1984:64). Além disso legitimou a educação pré-escolar não mais nos moldes assistencialistas com que vinha sendo concebida até então, mas a partir de uma abordagem educativa, com abertura do debate sobre suas funções e métodos pedagógicos apropriados à criança desta faixa etária (KRAMER e SOUZA, 1987:18). Impulsionou também a discussão, que culminou em 1988, com a Constituição, pela qual a pré-escola foi reconhecida como dever do Estado e direito da criança, enquanto cidadã.

A educação, pela Constituição de 1988, é um dos direitos sociais (art. 6º)** e sua legitimação em creches e pré-escolas para crianças de 0 a 6 anos está evidenciada em dois artigos principais: no art. 208, inciso IV, ao definir que "o dever do Estado com a educação será efetivado

* CAMPOS (1979), KRAMER (1987), SCHEIBE e cols. (1984), dentre outros.

**Os textos das Constituições do Brasil, citados neste trabalho, foram extraídos de CAMPANHOLE e CAMPANHOLE (1989).

mediante" diversas garantias, dentre elas a de "atendimento em creche e pré-escola (...)" e no art. 7º, inciso XXV, quando explicita que "são direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem a melhoria de sua condição social", "assistência gratuita aos filhos e dependentes desde o nascimento até seis anos de idade em creches e pré-escolas".

A inclusão destes artigos no texto constitucional impulsiona a diversas responsabilidades quanto ao atendimento às crianças da pequena infância, gerando avanços ao estabelecer prioridades e competências administrativas. Assim, no art. 211, parágrafo 2º, a seção sobre Educação determina que "os Municípios atuarão prioritariamente no ensino fundamental e pré-escolar" e no art. 30, inciso VI é definida como competência municipal "manter, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, programas de educação pré-escolar e de ensino fundamental". Todos os setores do Estado têm responsabilidade na concretização de tais determinações, que são expressas a nível de orçamento no art. 212, ao indicar que "a União aplicará, anualmente, nunca menos de dezoito, e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios vinte e cinco por cento, no mínimo, da receita resultante de impostos compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino".

Mas não foi sempre assim. O Brasil, no decorrer de sua história, teve sete constituições, sendo a primeira (1924) Imperial e as demais Republicanas. Todas elas sofreram diversas alterações, sendo que a de 1967 foi tão modificada, que em 1969 foi considerada como nova

constituição. No tocante à educação da criança menor de 6 anos, apenas a de 1988 aborda explicitamente a questão. Nas Constituições de 1969 (art. 176), 1967 (art. 168), 1946 (art. 166), 1937 (art. 125) e 1934 (art. 149) a educação é mencionada de forma ampla como "direito de todos e será dada no lar e na escola", sendo obrigatória para a faixa etária dos 7 aos 14 anos, nas Constituições de 1969 e 1967 e apenas no ensino primário nas de 1946 (art. 168, inciso I), 1937 (art. 130) e 1934 (art. 150, letra a do parágrafo único). Observa-se na primeira Constituição Republicana (1891) que praticamente não há determinações quanto à educação. Apenas a Emenda Constitucional de 1926, ao modificar o art. 72 da Constituição de 1891, indica que "será leigo o ensino ministrado nos estabelecimentos públicos". Por outro lado, a Constituição Imperial de 1824, no art. 179, inciso XXXII prevê que "a instrução primária é gratuita a todos os cidadãos" e será protegida pela polícia (art. 70, da Lei de 1/10/1828).

Depreende-se assim que a educação tem sido pouco enfocada nas constituições brasileiras e que a criança menor de 6 anos só vem receber atenção na Constituição de 1988, que estabelece formas de atuação nas esferas federal, estadual e municipal, consagrando, inclusive, o princípio da universalização do ensino como um dever de todas as esferas administrativas. Quanto ao ensino do pré-escolar, a Constituição de 88 ampliou as responsabilidades dos municípios, a partir do princípio descentralizador que delineia novos patamares para a relação entre estado e município. A descentralização de autoridade e administração entre os diversos setores do governo convergem para o

fortalecimento da autonomia local, contribuindo para a possibilidade de democratização do nível local de poder. Trata-se de um avanço conquistado num processo de negociações e embates, através do qual amplos setores da sociedade se mobilizaram na defesa da escola pública, democrática, de boa qualidade e para todos os cidadãos.

A Constituição de 1988, além de inserir a preocupação com a criança da faixa de 0 a 6 anos no seu texto, confere à creche e pré-escola um caráter educativo, o que significa romper com o enfoque assistencialista que tem caracterizado a prática dessas instituições, bem como reforçar sua identidade. Significa, desta forma, concebê-las a partir das necessidades do desenvolvimento infantil, entendendo que a criança é um cidadão ativo e participante. Esta nova constituição abre perspectivas inéditas para a consecução dos direitos sociais, uma vez que é a primeira da história do país a assegurar o direito à educação em creches e pré-escolas a todas as crianças. Trata-se de uma conquista que seguramente se viabilizará através de mobilização contínua da sociedade para garantir uma escola pública democrática e de boa qualidade.

Tudo isso está a indicar que a inclusão de creches e pré-escolas ao sistema de educação e a adoção dos princípios de municipalização e descentralização que regulamentam as políticas educacionais estão a provocar novos rumos na estrutura administrativa deste setor.

A década de 80 é deveras marcada por grandes fatos. No seu início observa-se o esgotamento do Regime Militar, cujo declínio teve início com a posse de Geisel em

1974, culminando com a instituição da Nova República, em 1985. "A instabilidade no bloco do poder, nesse período, decorre, em primeiro lugar, dos conflitos entre as diferentes facções militares, bem como do enfraquecimento da aliança entre estes e setores da classe burguesa. Em segundo lugar, decorre também do crescimento da oposição ao Regime, no âmbito da sociedade civil "(GERMANO, 1990: 307-8). O III Plano Nacional de Desenvolvimento (III PND) - 1980 - 1985 é fruto desse contexto e reflete, em certo sentido, a correlação de forças emergentes. A ênfase deste plano funda-se no combate à inflação e em prioridades setoriais, como energia, agricultura, abastecimento, transporte, indústria, desenvolvimento regional e urbano, planejamento familiar, meio ambiente, ciência e tecnologia, educação e cultura, etc. (IANNI, 1981:15). O planejamento penetrou as diversas esferas da sociedade, sendo que desta vez seu conceito deixa de ser entendido como "técnico" e passa a ser encarado como um "processo dinâmico", condicionado pela própria evolução da sociedade e da economia (GERMANO, 1990: 333). O planejamento alargou-se e especificou-se, conforme a ocasião, visando sempre, através das imposições da ditadura, dinamizar a expansão do capitalismo. Sendo assim, o governo militar continuou a adotar a criação de planos e programas destinados a controlar as manifestações e as resoluções dos problemas sociais, avançando para além das políticas econômicas sobre os campos da educação, cultura, meios de comunicação, organização política e outros (IANNI, 1981:19). Neste período os movimentos populares de participação social estavam fervilhando e os protestos denunciando as degradantes condições de vida das classes populares vinham cada vez mais à tona. A luta por melhores condições de vida

e por participação econômica e política travada pelos setores mais avançados da sociedade civil vai ganhando espaço com algumas conquistas e acaba por penetrar no próprio aparelho ditatorial do Estado e nas suas instâncias coadjuvantes. "Boa parte do vocabulário crítico da sociedade civil foi apropriado pelo Estado, esvaziando, assim, seu poder latente de contestação e de crítica ao Regime (...). Sendo assim, os discursos oficiais ganham materialidade através de Planos, Programas e Projetos destinados aos 'carentes' (GERMANDO, 1990:336) e continuam sendo implantados sempre com o retórico discurso da "participação comunitária". Dentre eles está o Programa de Educação Pré-Escolar (1981), a criação do Fundo de Investimentos Sociais (1982) e o Projeto Vencer (para crianças de 7 a 14 anos não-alfabetizadas (1984) (GERMANDO, 1990: 337).

Este período foi marcado pela alta da inflação, crescimento inadequado da economia e hipertrofia da burocracia estatal. Nesse contexto de crise econômica vão ocorrendo fatos relevantes na história brasileira. Em 1982 foram eleitos por voto direto vereadores, prefeitos, deputados federais, senadores e governadores dos Estados, sendo estes, na maioria em partidos considerados de oposição ao governo*. Em 1984 a campanha para eleições diretas para Presidente da República se fortalece e assume grandes proporções, num movimento síntese do desdobramento de todas as lutas da década de 70 e início de 80. O Governo Militar encontrava-se envolvido em contradições. De um lado objetivando obter o consenso, assimilava, de certa forma, a

*SINGER, (1988:63-91) analisa a emergência e o papel dos intelectuais de esquerda no cenário político no período de 1964-85.

vontade da sociedade civil. De outro lado, a manutenção do poder impunha, ao mesmo tempo, a adoção de "filtros" que dificultassem ou mesmo impedissem que a vontade dos setores oposicionistas da sociedade civil fosse realizada (GERMANDO, 1990:322). O governo continuava manobrando, com vistas a garantir a legitimação do Regime, o que culminou com a eleição indireta para Presidente em 1985 e a instalação da "Nova República", num controvertido processo, no qual assume a figura polêmica de Sarney, que tinha sido um dos expoentes civis do regime militar. Assim, a Nova República se instala com a proposta de consolidar a transição democrática*, com justiça social e manutenção, sem revanchismo, do aparato militar. Trata-se de um Estado de transição entre um regime autoritário, com hipertrofia do executivo, exclusão dos trabalhadores e domínio quase absoluto da tecnoburocracia civil e militar, a serviço dos grandes oligopólios nacionais e estrangeiros, e um regime mais representativo, cujos contornos vão se definindo, ao sabor dos confrontos e arranjos entre as forças políticas vigentes. A transição democrática assumida pela Nova República se faz sem uma efetiva ruptura com a ordem anterior, mas num ritmo de distensão "lenta e gradual" e com a participação de numerosos representantes da "Velha República" (MANTEGA, 1986:24 e 26).

Neste período ocorre uma mudança no padrão de gestão do Estado, que se transforma de autoritário em participativo, através da estratégia de "socialização das perdas" geradas pelo processo de desenvolvimento

*Este fenômeno é fartamente analisado por FERNANDES (1986) que o denomina como uma "mortiça transição conservadora" (p.11), quando as classes burguesas (dominantes), dão marcha à ré, recolhem os militares ao quartel e interrompem a contra-revolução (p.9).

capitalista. Em termos econômicos, o cenário é de crise, no qual surgem os acordos com o Fundo Monetário Internacional. A recessão da economia é uma característica marcante e a população vai sendo gradativamente mais tributada por uma política administrativa ineficaz, que tenta se viabilizar por meio de "pactos sociais".

Desta forma, a Nova República vai tentando configurar um novo patamar da acumulação capitalista, enfatizando a participação. O seu Plano Nacional de Desenvolvimento (I PND-NR-1986-1989) embasa-se na tônica da justiça social, com a preocupação fundamental de combate à pobreza e o retorno do crescimento econômico. O governo adota o lema "tudo pelo social" em seu discurso e propagandas e propala que sua forma de gestão tem como destaque os investimentos sociais. A educação recebe destaque principalmente no propósito de redução do contingente de analfabetos.

Permeada de contradições, com avanços e recuos a década de 80 foi marcada por destacado saldo positivo, representado principalmente pela composição de um governo federal civil, em 1985, a instalação do regime democrático formal, caracterizado pela feitura da Constituição de 1988 e pela posse, em 1989, de um Presidente da República eleito pelo voto direto. Além disso, observa-se também o surgimento de uma "cultura política nova", através da emergência de movimentos sociais populares, conforme analisado por PAOLI (1991). Estes movimentos, a princípio obscurecidos pela excessiva atenção dada aos processos mais institucionais da chamada "transição democrática", foram capazes de dotarem-se de uma estrutura organizativa e de uma

fala própria, o que mudou decisivamente a natureza das vias desta transição, complicando os conflitos sociais e políticos em causa (PAOLI, 1991:118-9). A questão da infância continua despertando o interesse das autoridades que tiram proveito por meios de medidas burocráticas e programas de atendimento à criança.

O governo tem demonstrado sua atuação no atendimento à infância através principalmente da criação de órgãos*. Conforme analisado por KRAMER (1988-a:51) nos momentos políticos autoritários (Estado Novo e Ditadura Militar) interessa ao governo atender a infância para "engrandecer a Pátria", "formar uma raça forte e sadia", "formar cívica, física e moralmente as elites condutoras"; os governos autoritários e totalitários estabelecem uma relação de amparo à infância, protegendo-a, tutelando-a, moralizando-a, os quais ditam as formas e estratégias de atendimento à infância em função de seus fins. Num regime democrático interessa o cumprimento dos direitos sociais, a emancipação, a construção da cidadania. A pressão da sociedade, através da sua mobilização e participação, obriga o Estado a assegurar o atendimento aos direitos sociais de todos.

Por outro lado, em qualquer tipo de gestão política, as mudanças estão sempre associadas a algum tipo de pressão, como forma de resposta do poder público, quando se vê ameaçado frente a exigências de grupos ou da

* Departamento Nacional da Criança (1940), Serviço de Assistência a Menores (1941), Campanha Nacional de Alimentação Escolar (1955 e a partir de 1983 integra a Fundação de Assistência ao Educando), Projeto Casulo - da LBA (1974), Coordenação de Educação Pré-Escolar (1975), Programa Nacional de Educação Pré-Escolar, do MEBRAL - 1981. Em 1985 o MEBRAL é extinto e criado a Fundação Educar e em 1986 seu programa pré-escolar é transferido para MEC/regionais), Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (1985), o programa Pré-Escolar da COEPRE (extinta) passa para a Secretaria do Ensino Básico do MEC (1987). (KRAMER e SOUZA, 1987:14 e 17)

população. As reivindicações por creches, escolas maternais e pré-escolas como direito legítimo têm sido a tônica do final dos anos 80, amparadas na proposta de fazer valer o que determina a Constituição de 1988. Trata-se, portanto, da procura pela efetivação de um direito do cidadão de 0 a 6 anos, apesar de estar presente ainda o caráter assistencialista que permeia a história da escola para crianças dessa faixa etária. Outra característica da década de 80, no atendimento à criança menor de 6 anos é que o poder público municipal no Estado de São Paulo vem assumindo cada vez mais as responsabilidades junto ao direito de freqüentar a creche ou pré-escola, (DIAGNÓSTICO, 1990:14 e 81), conforme preconiza o art. 211º, parágrafo 2º da Constituição de 1988. Isto porém parece ser apenas o início, já que apenas 10% dos 24 milhões de crianças brasileiras de 0 a 6 anos recebem algum tipo de atendimento pré-escolar (público e privado); deste percentual, 91,2% corresponde a vagas oferecidas para crianças na faixa dos 4 a 6 anos e apenas 8,8% para a faixa de 0 a 3 anos, conforme analisado por KRAMER (1988-b:14).

Contudo, o Estado de São Paulo vem apresentando avanços na municipalização do atendimento ao pré-escolar, antes mesmo da Constituição de 88. O Decreto Estadual nº 21.810/83 autoriza a celebração de convênios com 22 municípios paulistas, objetivando a expansão e desenvolvimento do Programa de educação Pré-Escolar junto à comunidade (SEE-SP, 1984:153). Com efeito, em 1971, pesquisa aponta que 22,4%* das matrículas na pré-escola, no Brasil

*Esses dados são meramente ilustrativos uma vez que é impossível qualquer afirmação definitiva sobre o diagnóstico da situação da pré-escola. Os dados disponíveis incluem diferentes metodologias de coleta de informações, diversos entendimentos para creches e pré-escolas e faixas etárias que incluem às vezes até os 9 anos de idade, fornecendo, portanto, resultados parciais, divergentes e incompletos.

pertencem à esfera municipal (MEC, 1975:57), ao passo que em 1988, no Estado de São Paulo, há indicações de aumento para 24% da presença do poder público municipal na educação da criança de 0 a 6 anos (DIAGNÓSTICO, 1990:23 e 83). Essa atuação, praticamente insignificante, se agrava se somada às precárias condições físicas das escolas, já que 40,9% delas não possuem espaço físico adequado, convivendo com muitas improvisações (DIAGNÓSTICO: 1990, 40, 42 e 85). No entanto, apesar da falta de dados esclarecedores sobre a expansão da atuação dos municípios paulistas na educação das crianças em creches e pré-escolas, podemos inferir que há progressos explícitos, uma vez que a Secretaria de Educação - SP instituiu através do Decreto 30.375/89 de 13/9/89 o Programa de Municipalização do Ensino Oficial no Estado de São Paulo, conforme analisado por MARTINS e ALVES (1990:26-29). Esse programa pode ser criticado principalmente pela ausência de definição para a política educacional do Estado de São Paulo e para a divisão de responsabilidades entre as esferas administrativas; seria preciso uma política educacional global que não fosse vulnerável a fragmentações e que pudesse concentrar esforços (MARTINS e ALVES, 1990:28).

A proposta de descentralização e universalização da educação básica para todos os níveis significa marcadamente um avanço conquistado pela sociedade. Em São Paulo essa evolução pode ser associada ao processo de democratização do ensino público deflagrado em 1983, com a posse do primeiro governador eleito pelo voto direto após o período de ditadura militar. Muitos debates foram realizados pelos setores da rede estadual de ensino, visando colocar em prática uma nova política educacional que pudesse

incluir prioritariamente os interesses das camadas majoritárias da população, grande parte excluída da escola. Como resultado, muitos programas educacionais foram sendo criados, dentre eles podem ser destacados a criação do ciclo básico, implantado a partir de 1984 e a jornada única, em 1988 (MARTINS e ALVES, 1990:28). O estatuto do Magistério também representa um marco importante, uma vez que "trouxe, em seu bojo, a criação de canais que encaminham à gestão democrática da escola, representando o eixo significativo da política de democratização do ensino" (MARTINS e ALVES, 1990:28). Destacam-se também os textos da nova Constituição do Estado de São Paulo e da proposta de Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB-1990) que se encontra em tramitação.

Da Constituição do Estado de (SAO PAULO, 1989-c) destacam-se os artigos 240, 247, 248 e 250 (parágrafo 2º), que vêm reafirmar e reforçar os parâmetros de tratamento dado às creches e pré-escolas na Constituição Federal.

No tocante ao texto do Projeto de LDB (LDB-1990) aprovado na Comissão de Educação, Cultura e Desporto da Câmara dos Deputados, podem ser identificados muitos avanços no entendimento da educação da criança com menos de 7 anos, considerados mesmo como inéditos, já que as LDBs anteriores praticamente ignoram esta faixa etária.

A nova LDB (LDB-1990) institui a "educação infantil", compreendida como a "educação oferecida a crianças de 0 a 6 anos, através de creches e pré-escolas (art. 26-I-a), que é a primeira etapa da "educação escolar", que tem mais dois níveis: o "ensino fundamental" e o "ensino

médio". Assim, as creches são incorporadas ao sistema de educação e junto com as pré-escolas, "além de sua função básica, assegurarão saúde e assistência (...)" (parágrafo 4º do art. 44), "articulando-se, para isso, com os serviços de saúde física e mental e assistência social (...)" (parágrafo 5º do art. 44). Para garantir sua viabilização as três esferas do poder público, federal, estadual e municipal compartilham responsabilidades, sinalizadas para cada uma delas no art. 17. Aos municípios cabe como prioridade a atuação na Educação Infantil, sem, no entanto, eximir o Estado e a União da "responsabilidade compartilhada" ou "corretiva" art. 17, inciso III. parágrafos 1º e 2º). Além disso pelo art. 118 "fica criada a contribuição social do salário-creche, como fonte adicional de financiamento da educação infantil pública, oferecida em creches e pré-escolas, a ser recolhida pelas empresas e demais entidades públicas ou privadas vinculadas à Previdência Social, incidindo sobre a folha de salários e sobre a soma dos salários-bases dos titulares, sócios e diretores, com base em alíquota de 1%". O salário-creche, instituído para a Educação Infantil, é semelhante ao salário-educação (art. 115), que beneficia o Ensino Fundamental. A criação desses recursos certamente irá contribuir para que o dever do Estado em atender as crianças de 0 a 6 anos (art. 208, inciso IV da Constituição Federal) seja factível.

Os artigos 4º, 43, 44, 45, 47 e 95 também tratam exclusivamente da educação das crianças menores de 7 anos.

A história da creche, no Brasil, difere um pouco do que tem sucedido com a pré-escola, que teve como sua característica principal a função de resolver os problemas

da escola de 1º grau. A creche, por sua vez, esteve mais relacionada às modificações do papel da mulher na organização social. Na década de 60 a creche foi defendida como instituição necessária às mães trabalhadoras, que reivindicavam melhores condições de trabalho e os governos militares adotam a política de ajuda governamental às crianças carentes (OLIVEIRA, 1988:48 e 49). Na década de 70 expande-se o número de creches públicas e particulares e sua função deixa de ser apenas assistencial e de "guarda" das crianças, passando a ser valorizados também seus aspectos educativos. E no final da década de 80, expande-se a concepção de creche como direito universal que as crianças de 0 a 6 anos têm à educação, declarado na Constituição de 1988.

Ao longo da história do pré-escolar na sociedade brasileira "dois aspectos têm permanecido constantes: a concepção abstrata e única de infância e a multiplicidade de órgãos com as mesmas funções, que têm sido criados, visando o seu atendimento "(KRAMER, 1987:60), o que tem contribuído para fragmentar o problema da criança, combatido sempre de forma isolada, ora atacando-se as questões da saúde, ora do "bem-estar" da família, ora da educação (KRAMER, 1987:91). Além disso constata-se também que apesar do discurso político em relação às necessidades de atendimento da criança de 0 a 6 anos ser enfático e claro, as formas de sua viabilização continuam ambíguas, na medida em que os recursos destinados ao seu atendimento são bastante exíguos (SOUZA, 1984:50), quadro que a partir de 1988, com a nova Constituição Federal e com a proposta de LDB certamente tomará rumos diferentes. Trata-se de fazer valer as

conquistas encetadas até agora e que, se legitimadas, levarão a novos avanços. O ponto básico está lançado, que é a inclusão das creches e pré-escolas ao sistema de educação, ao lado da explicitação de ser este um direito da criança e de ficarem claros os mecanismos de garantia como a responsabilidade conjunta das três esferas de poder público e a definição de fontes de financiamento.

A saúde do escolar faz parte das questões amplas de vida da criança na realidade brasileira e representa um desafio, na medida em que sua viabilização envolve diversas áreas, das quais educação e saúde fazem parte. A escola precisa ser compreendida como integrante do programa, pelo qual a saúde possa ser promovida, tendo como linha mestra de direção a mudança da realidade social concreta, num trabalho conjunto de uma equipe multiprofissional única. O professor dela faz parte e, em conjunto com os demais, procura garantir a saúde e discutir as condições de vida da criança, dentre elas, o seu direito de enxergar.

A saúde ocular do escolar da pré-escola faz parte da saúde global da criança e tem sido foco de atenção do Estado, como veremos a seguir.

2 - A saúde ocular do escolar da pré-escola

O interesse pela saúde do escolar, de uma maneira geral e com intenções diversas tem sido foco de atenção desde o século passado. FERRIANI (1988:93-94) identifica que na mudança do Brasil Colônia para Reino despontam as primeiras medidas governamentais visando a higiene do escolar, ainda de caráter incipiente e sem continuidade.

Além disso surgem também iniciativas particulares representadas por Moncorvo Filho, em 1889, que valorizam a inspeção médica dos escolares. Ambas iniciativas acabam por culminar, a partir de 1911, na reorganização do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, com a criação do Serviço de Inspeção Médica Escolar. A década de 20, marcada por grandes mudanças, caracteriza a ligação íntima entre educação e saúde, baseada nos princípios higienistas e escolanovistas, ficando a assistência ao escolar a cargo do setor educação que refletia o interesse do "Governo" em melhorar as condições de saúde da população (FERRIANI, 1988:127). No período compreendido entre 1930 e 1960 delineia-se uma diminuição nas práticas sanitárias e a criança em idade escolar é excluída de muitos programas. A década de 70, marcada por diversos acontecimentos no cenário nacional e no setor saúde traz modificações quanto à saúde do escolar e representa o marco inicial das ações institucionalizadas sobre as questões de saúde ocular e os problemas de visão das crianças paulistas. Vale lembrar que a análise feita neste estudo centra-se no problemas de saúde ocular de crianças menores de 7 anos que frequentam uma instituição escolar. A periodização aqui adotada (1973-1989) apoia-se nas ações institucionais que ocorreram no período, expressas basicamente através do Plano de Oftalmologia Sanitária (POSE) - 1973 - e do Decreto Estadual 30.514/89 (SAO PAULO, 1989-b).

O início da década de 70 se caracteriza por um quadro pautado no período mais duro da ditadura militar implantada em 1964 e no clima de euforia divulgado pelo governo sob a denominação de "milagre econômico" desde 1968,

quando o ritmo do crescimento econômico acelerou devido principalmente a uma política fiscal de incentivos e isenções, que favorecia o grande capital nacional e multinacional. A gestão de Médice (1969 a 1974) conservou como conduta a mesma orientação de seus antecessores desde o golpe de Estado de 1964 (centralização do poder, governo na base de atos institucionais e Decretos, cassação de mandatos, repressão política, etc.) e procura dar seqüência ao ritmo do "milagre". O Presidente da República apontava um conjunto de bons resultados no campo econômico que, a seu ver, apresentava-se bem promissor. Na realidade, entre 1968 e 1973, houve um período de crescimento industrial e de inflação relativamente estável, o qual servia de propaganda política do governo, com a criação da imagem do país como grande potência (VIEIRA, 1985-b:37-38). O crescimento econômico do país repousava no desempenho do setor industrial e no aumento de investimentos estrangeiros e estatais no Brasil, numa política que facilitava a entrada de capital externo, principalmente sob a forma de empréstimo, o que acabou por provocar a rápida subida da dívida externa. Assim, no governo Médici, enquanto se festejava a embriaguez do "milagre", a dívida externa do Brasil crescia bem mais de três vezes e os assalariados, mergulhados no silêncio imposto pela repressão política, garantida pelo AI-5, e nas mágicas econômicas divulgadas pela propaganda governamental, são envolvidos numa realidade melancólica que evidenciava uma queda real nos salários dos trabalhadores (VIEIRA, 1985-b:39).

O desenvolvimento do capitalismo no país assumiu uma configuração excludente e concentradora de renda, numa

relação desigual entre capital e trabalho, para a qual concorreu decisivamente a ação do Estado, balizada pela chamada "teoria do bolo", pela qual era preciso primeiro concentrar a renda nas mãos de uns poucos capazes de poupar e de investir para depois buscar a equidade (GERMANO, 1990:116-119). Essas intenções estavam explicitadas no I PND (Plano Nacional de Desenvolvimento) - 1971. Sendo assim e com estímulos ao capital privado, a uma maior gerência na força de trabalho e a uma política tributária regressiva (que penaliza os salários mais baixos e não os mais altos) o governo intensifica a concentração de renda (GERMANO, 1990:120-121). Acontece que o bolo era mínimo e poucos privilegiados levaram-no para casa; o povo não pôde prová-lo. É possível que, devido à ampliação da dívida externa, nem houvesse bolo, a não ser na concepção dos tecnoburocratas no poder e nas fantasias projetadas pela propaganda política da Presidência da República (VIEIRA, 1985-b:39).

Na realidade, o crescimento da economia entre 1969 e 1973 nada tinha de milagroso. Este período representou a consolidação da expansão capitalista nos moldes que já vinham se delineando, contando com as bases econômicas e políticas anteriormente implantadas e com a recuperação da economia mundial a partir de 1967. Esse fenômeno chamado "milagre econômico" tinha a sustentá-lo três pilares básicos: o aprofundamento da exploração da classe trabalhadora ao arrocho salarial, às mais duras condições de trabalho e à repressão política; a ação do Estado garantindo a expansão capitalista e a consolidação do grande capital nacional e internacional; e a entrada maciça de capitais

estrangeiros na forma de investimentos e de empréstimos (HABERT, 1992:13-14).

Adjacente a esse processo a população brasileira vivenciava uma dura realidade. Impossibilitada de qualquer reclamação, assistia à concentração da renda cada vez mais nas mãos de poucos privilegiados, enquanto os trabalhadores precisavam trabalhar mais e ganhar cada vez menos (GERMANDO, 1990:116-121). Os dados estatísticos em 1969 (VIEIRA 1985-b:39) evidenciavam a queda nos salários, cujos elementos, não correspondiam nem mesmo aos discutíveis índices de produtividade real divulgados pelo governo. Além disso, a realidade social brasileira, em 1973, demonstrava um quadro muito grave, configurado pelo aumento da população nas periferias das cidades, pela vigência da desnutrição, e de altas taxas de mortalidade infantil, pelo retorno da tuberculose como enfermidade de incidência nacional, pela ocorrência de endemias como da malária, esquistossomose, hanseníase, doença de chagas, febre amarela e outras e pelo aumento de doenças crônico-degenerativas ao lado das infecto-contagiosas (GUIMARÃES, 1984: 31-154, SINGER, 1981:117-137 e VIEIRA, 1985-a:216-227).

Neste contexto a história da saúde no Brasil reproduz as mesmas tendências definidas para as políticas sociais pós-64, cujas raízes encontram-se nas transformações ocorridas no país neste período. De fato, o papel do Estado é redefinido como regulador da sociedade e sua intervenção na economia se expande por todas as esferas da sociedade civil. Organizou-se um modelo de serviços de saúde que tinha na Assistência Médica seu núcleo predominante e que se

baseava no produtor privado, com fins lucrativos, nas suas várias formas, bem como na busca incessante do acesso dos vários grupos sociais a esses serviços (MERHY, 1989:78), que acompanhando o processo evolutivo de prevalência dos interesses econômicos sobre os sociais, acabam por transformar a medicina em atividade capitalista. Assim, o período pós - 64 assiste a um aumento extraordinário dos custos da assistência à saúde em consequência das inovações científicas e tecnológicas que passaram a ser incorporadas ao ato médico, agora não mais com as características artesanais de antes; o emprego intensivo de equipamentos médicos e a maior utilização de medicamentos e de serviços para diagnóstico acarretaram o surgimento das especialidades médicas, o aprofundamento da divisão técnica do trabalho, o assalariamento do profissional médico e a definição do hospital como o "locus" privilegiado para as ações médicas (BRAGA e PAULA, 1981:87-88). O cuidado deixou de ser artesanal ou manufatureiro prestado pelo médico isolado e por serviços bastante simplificados - e passou a assumir características de grande indústria; da mesma forma, o capital - enquanto valor que se reproduz - instalou-se na atenção médica, que passou a produzir mercadorias no sentido mais estrito da palavra (BRAGA e PAULA, 1981:87-88).

Desta forma, a elevação dos custos da assistência à saúde tornou-se inevitável e a universalização dos cuidados médicos a parcelas menos favorecidas da população brasileira que não dispunham de renda suficiente para obtê-los através da compra direta de tais serviços levou a atuação do governo a voltar-se para os financiamentos dos serviços privados de saúde. Cerca de 90% dos recursos

previdenciários, em 1969, eram comprados de terceiros e transferidos em sua maior parte às empresas médicas e aos hospitais privados (POSSAS, 1981:236). Além do alto custo dos cuidados médicos, estes firmam-se também como ações de caráter curativo e de interesse individual, em detrimento daqueles de alcance coletivo voltados para a prevenção das doenças através de medidas básicas (saneamento, moradia, emprego, alimentação, etc.), destinados a uma população específica, isto é, que estivesse inserida formalmente no mercado de trabalho, com contribuição efetiva à previdência.

O Estado autoritário implantado após 1964 impedia que os diversos setores da sociedade reivindicassem seus direitos sociais, como um direito de cidadania, num processo democrático, como em outros países capitalistas e, estrategicamente, fazia propaganda estimulando programas de preservação e recuperação da saúde, ao mesmo tempo em que propunha-se a modernizar e ampliar os hospitais. Os tecnocratas do governo interpretam que era preciso qualificar a mão de obra para alcançar maior renda, que a política de saúde consistia num instrumento para ativar o processo de desenvolvimento e que os problemas de saúde pública no Brasil eram meramente administrativos (VIEIRA, 1985-a:217-218). Desta forma a solução dos problemas se daria através de reformas administrativas, decretos, portarias, elaboração de planos, projetos, etc., sempre sem a participação popular ou da iniciativa privada. O resultado dessa linha de conduta, marcada basicamente pela lógica de acumulação de capital, pela qual os direitos sociais são vistos como mercadoria de consumo, culminou na privatização das políticas de saúde (compra de serviços médicos

particulares pela Previdência), num crescimento acelerado do complexo médico - industrial, nos altos custos do cuidado médico (curativo), na medicalização da sociedade e numa grave crise das condições de saúde e do sistema de atendimento*. O ano de 1974 é um marco importante da década de 70 e será discutido mais adiante.

Neste contexto foi criado, em São Paulo, no governo de Laudo Natel (1971 - 1975) o "Grupo de Trabalho Intersectorial (SAO PAULO - 1971)" "com a finalidade de estudar e propor medidas concretas, a curto, médio e longo prazo, para solucionar os problemas oftalmológicos dos escolares paulistas com a colaboração das organizações de Classes e de Serviços, mobilizando todos os recursos da comunidade" (art. 1º). O grupo foi composto por dois médicos, um da Secretaria da Saúde e outro da OMS, sendo os demais membros, representantes do Lions Club, Rotary Club, FIESP, SESI, Federação do Comércio - SP, SESC, SENAC, Secretarias da Educação e promoção Social e do INPS, devendo funcionar junto ao Serviço de Assistência Social do Palácio do Governo, sob a presidência da Primeira-Dama e coordenado por especialistas das Secretarias de Educação e Saúde.

A partir de então, um grupo de técnicos das Secretarias da Educação e Saúde, formado por médicos, enfermeiros, pedagogos e educadores sanitários elaborou o Plano de Oftalmologia Sanitária - POSE - programado para ser

*OLIVEIRA e TEIXEIRA (1989:201-234) analisam em profundidade as características, conseqüências e rumos das políticas de saúde deste período (1966-1973)

implantado nas escolas da rede de ensino estadual para o período de 1973 a 1976*.

O POSE pretendia proporcionar assistência oftalmológica aos alunos da rede estadual de ensino que estivessem cursando a 1ª série do 1º grau e da pré-escola, respaldado por programação educativa e atuação direta dos professores destas classes.

Como objetivos gerais, o POSE pretendia procurar resolver e prevenir os problemas oftalmológicos das crianças, tendo como meta evitar que se tornassem deficientes definitivas ou incapacitadas, "com prejuízo do rendimento sócio-econômico do futuro cidadão", bem como visava contribuir para a melhoria do rendimento escolar e estabelecer índices e coeficientes de afecções desta faixa etária (POSE, 1973:6). No seu organograma podemos constatar a existência de 17 cargos (presidente, diretor, coordenador, chefes, etc.), com envolvimento desde o gabinete da Primeira-Dama do Estado passando por educadores sanitários, médicos e enfermeiros até os professores da 1ª Série do 1º grau, classes especiais e casas de óticas. Em seu plano geral, o POSE comportava 4 tipos de programas a serem desenvolvidos em nível local, de acordo com o potencial das comunidades em resolver os problemas de educação sanitária oftalmológica, assistência médico-oftalmológica, educação especial dos deficientes visuais e tratamento ortótico. Em sua execução pretendia-se que não fossem usadas técnicas requintadas, nem normas muito complexas, sempre com a

* As questões referentes ao POSE foram pesquisadas no Centro de Apoio ao Desenvolvimento da Assistência à Saúde Escolar (DAE), à Rua Frei Caneca, 91 - São Paulo, através de consulta aos arquivos e entrevistas com a médica Euza Cremonesi e Educadora Sanitária Suely G. Cassoni. Também foram feitas consultas aos arquivos do ERSA - Campinas e entrevista com a Educadora Sanitária Eda Cecchi Moyses.

intenção de que pudesse contar com a colaboração dos membros da comunidade, ser exeqüível e tivesse continuidade para além de sua meta, que era de 4 anos.

Como características gerais o POSE basicamente consiste num programa educativo que se realiza no ambiente escolar e na comunidade. Pode ser também assistencial, com envolvimento de médico oftalmologista, serviço de ortóptica e até mesmo classe especial para deficientes visuais, dependendo das necessidades e problemas encontrados, de acordo com os objetivos estabelecidos para cada um dos seus 4 programas. Sua operacionalização se compõe do preparo do pessoal do ensino, das unidades sanitárias, dos dispensários médico-escolares e dos oftalmologistas envolvidos; do desenvolvimento de atividades educativas sobre higiene da visão; do envolvimento da comunidade local para participação no programa; da orientação das famílias dos escolares sobre prevenção e controle dos problemas oftalmológicos; da verificação da acuidade visual e identificação de problemas (diretamente pelo professor); da realização dos exames oftalmológicos (pelo médico), de acordo com programação definida; e de tratamento e acompanhamento dos problemas detectados (POSE, 1973:11-14).

A execução do POSE se deu a partir de 1973, envolveu muitos recursos humanos, especialmente os professores de 1ª Série, pré-escola e classe especial de todo Estado de São Paulo. Ao início de cada ano realizava-se o treinamento ou manutenção da orientação dos professores, pelos educadores sanitários do Departamento de Assistência ao Escolar (DAE). Destes professores, um de cada escola ficava incumbido pela orientação dos demais e da coordenação

das atividades do programa a nível escolar, que contava com um manual de atividades elaborado pelos técnicos do DAE, especificamente para os professores. Dentre as diversas atividades do POSE destacam-se a aplicação e reaplicação do teste de acuidade visual, observação dos sinais e sintomas de problemas oftalmológicos, atuação educativa junto à família, triagem sócio-econômica dos alunos e encaminhamento e controle do aluno ao exame médico-oftalmológico. A maior parte destas ações ficava sob a responsabilidade do professor, que ia desde a detecção até a resolução do problema visual do escolar, passando pela articulação com os demais segmentos envolvidos no programa.

Como recursos financeiros foram utilizados, além daqueles destinados pelo Estado de São Paulo, através do gabinete da Primeira-Dama, das Secretarias da Saúde e Educação, colaboração oriunda da participação de Clubes de Serviços (Lions, Rotary, etc), casas de óticas e fundos arrecadados a partir de programações sociais das escolas. Além disso, as prefeituras, muitas vezes, colaboravam na contratação de serviços médico-oftalmológicos e no transporte de escolares. Contou-se também com a participação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), Instituto de Assistência Médica dos Servidores Públicos Estaduais (IAMSPE), clínicas conveniadas e consultórios médicos particulares (que recebiam pelos atendimentos) (SECRETARIA DA EDUCAÇÃO, 1975, 1976).

A implantação do POSE (1973-1976) previa também uma avaliação de suas metas através da mensuração das atividades, como orientações de professores e de pessoal envolvido em todo o programa, aplicação dos testes,

encaminhamentos, comparecimentos às consultas, procedimentos médicos ou ortóticos, óculos adquiridos, etc. Para isto foram preenchidos diversos instrumentos de coleta de dados estatísticos, sendo que a maioria ficava por conta dos professores e educadores sanitários do DAE. Este controle foi sistemático e executado pelos grupos de coordenações e culminaram em relatórios numéricos, nem todos ligados aos interesses da análise deste trabalho.

O POSE, ao final de sua fase experimental, conduzida sob rigoroso controle de resultados a partir de suas metas, foi considerado vitorioso pelos componentes dos órgãos administrativos (Secretarias de Educação e Saúde), conforme estudos de FERRARINI (1974), TEMPORINI (1979) e KARA JOSÉ e cols. (1977), dentre outros. Sua abrangência ocorreu em todo o Estado de São Paulo, cujos trabalhos envolveram praticamente todas as pessoas previstas, com exceção apenas dos membros da comissão de cúpula, que pouco participaram. Foram feitos testes de acuidade visual na quase totalidade das crianças das classes almejadas pelo plano, com encaminhamento adequado à assistência oftalmológica e um bom nível de atendimento, no caso da necessidade de uso de óculos. Quanto aos problemas que careciam de atendimento ortótico e/ou cirúrgico, como as ambliopias e estrabismos, sua solução não foi considerada satisfatória, tendo como causa básica a ausência de tais serviços a nível local. O atendimento aos deficientes visuais também ficou a desejar. Contudo, estes pontos vulneráveis do plano não lhe tiraram o mérito de ter sido tomado como um sucesso, uma vez que a maioria dos problemas visuais das crianças previstas foi resolvido. Além disso,

serviu como um chamamento de atenção das autoridades e famílias que dele puderam participar e tomar conhecimento da importância da saúde visual.

O POSE consistiu num programa amplo, com envolvimento de muitas pessoas. Contudo a sua execução se efetivou de fato a nível local, graças praticamente ao esforço das escolas e dos professores. Estes, certamente, desempenharam a maior cota de trabalho e responsabilidade. Quanto a isto não localizamos estudos avaliando a viabilidade do POSE do ponto de vista dos professores e das famílias dos escolares. Sabemos, no entanto que o ufanismo manifesto através dos índices publicados pelos órgãos centrais nem sempre corresponde à realidade. BAZUCHI (1974) evidencia esta discrepância e localiza diversas dificuldades, sendo que a maior delas foi de ordem intrínseca, ligada ao não-envolvimento emocional e intelectual dos participantes, que muitas vezes se limitaram a cumprir determinações.

O POSE foi concebido num período (1971/1972) de euforia nacional, no qual os tecnoburocratas do poder proclamavam grandes progressos econômicos a curto prazo. Em 1971 "publicou-se o I PND (1972-1974), que foi preparado em meio ao clima de exaltação da propaganda do "milagre brasileiro", da breve transformação do Brasil em potência mundial e dos acenos da diplomacia imperialista dos Estados Unidos de que ao Brasil poderia caber o papel de aliado preferencial na América do Sul" (IANNI, 1981:12). A ideologia subjacente a este plano (PND) salientava a importância do planejamento em forma de grandes projetos

sempre com eficiência e rentabilidade. Era o retrato do "Brasil Grande" (VIEIRA, 1985-b:38).

No cerne das propostas do POSE pode-se constatar assertivas que indicam intenções ligadas à capacidade do indivíduo isoladamente em produzir bens econômicos na sociedade. Em seu quarto objetivo (POSE, 1973:6) declara que pretende "evitar que os problemas oftalmológicos da infância se tornem deficiências definitivas ou incapacitantes com prejuízo do rendimento sócio-econômico do futuro cidadão". Desta forma, a criança é tomada como um elemento integrante do sistema produtivo, numa visão comprometida com o modelo social em vigência. Interessa ao governo, neste momento, que as políticas sociais visem o mercado de trabalho e privilegiem mais o trabalho alienado do que o trabalhador. Os direitos sociais, e dentre eles o direito à saúde, são relegados a planos secundários, uma vez que ao governo interessa a postura de neutralidade, pela qual os problemas e direitos da população são questões burocráticas e administrativas. Ele se coloca acima e fora da sociedade e usa como solução a prática da criação de órgãos e implantação de grandes programas com grandes metas. O sistema sócio-político funciona harmonicamente, sendo que as disfunções ficam por conta dos problemas individuais. Nesta perspectiva localiza-se outro objetivo do POSE que tem a pretensão de "contribuir para a melhoria do rendimento escolar" (POSE, 1973:6). O fracasso escolar aparece, neste contexto histórico, muito ligado a causas individuais, isoladas da realidade em que o escolar está inserido, que envolve múltiplas determinações. A esta questão associa-se o fato de que a criança com problemas visuais não-tratados

precocemente pode vir a ser um deficiente visual e se tornar duplamente discriminada e ser indicada para freqüentar "classes especiais". Em linhas gerais, a proposta do POSE pretende que as crianças almejadas não venham a ser deficientes, mas admite que as que forem encontradas pelo seu levantamento sejam encaminhadas a tais classes. Tal fato não aconteceu e foi considerado uma falha, devido principalmente a falta de atendimento adequado aos deficientes, que em nossa sociedade, de uma forma geral são estigmatizados, discriminados* e até escondidos, já que são "diferentes" e improdutivos numa economia capitalista.

Quanto à abordagem subjacente na proposta do POSE necessário se faz também destacar sua mola mestra de ação que reside basicamente no papel dado ao professor. A ele coube, além de todas as suas atividades pedagógicas, a de fazer o teste e reteste de acuidade visual, observar sistematicamente as condições oftalmológicas das crianças, proceder os encaminhamentos necessários, desempenhar o papel educativo junto aos familiares e incentivar e avaliar as medidas corretivas adotadas, dentre inúmeras outras, como contatos para transporte das crianças a outras localidades, solicitação de recursos a entidades locais, preenchimento de fichas de controles, etc. A importância da função do professor no POSE aparece principalmente nas publicações de TEMPORINI (1979, 1986), KARA JOSÉ e cols. (1977) e nos textos oficiais da Secretaria da Educação, que lhe atribuem papel intransferível. Para eles, o professor se encontra em posição estratégica para desempenhar a tarefa de observar o estado de saúde dos alunos, devido ao seu contato diário e

*Este assunto complexo e controvertido é analisado por JANNUZZI (1985) e CARMO (1989), dentre outros.

prolongado com os estudantes; ele deve realizar os testes de triagem de problemas de saúde, encaminhar a recursos assistenciais, controlar e seguir os casos e orientar a família ou tomar parte em todas estas etapas (TEMPORINI, 1986:23, 27 e 28). Para isto, contou com um "Manual de Observação de Saúde do Escolar" (MENDES e cols., 1978) que define uma série de atribuições do professor referentes aos problemas gerais de saúde do estudante.

O papel do professor na saúde do escolar se expande nos programas que vão sendo implantados no Estado de São Paulo e em 1980 é oficializado pelo Decreto 15.023/80 e Resolução S.E. 96/80, que dispõe e regulamenta a designação de docentes para atuar na área de assistência ao escolar (SECRETARIA DA EDUCAÇÃO, 1983:12). Desta forma, consolida-se o "Orientador de Ações de Assistência ao Escolar - DAE -, cargo assumido por um professor designado, com carga-horária extra, para as ações de saúde em cada unidade escolar e vinculado ao DAE, com a finalidade de treinamento e orientação. Além desses orientadores foram criados também os cargos de coordenadores, constituídos por professores locados nas Delegacias de Ensino com objetivo de servir de elo entre os técnicos de saúde e os professores da sua respectiva unidade de ensino. A metodologia básica utilizada neste empreendimento consiste em treinamento conjunto entre os orientadores e coordenadores em reuniões técnicas mensais sob a responsabilidade dos educadores de saúde do DAE (SECRETARIA DA EDUCAÇÃO, 1978), com a utilização, dentre outros recursos, de manual técnico de "Observação de Saúde do Escolar" (MENDES e cols., 1978). Este processo envolvendo os professores e os tecnoburocratas da educação e saúde

prevê atividades educativas e assistenciais. Cabe aos professores a execução de ambas, uma vez que inclui em suas aulas os temas sobre saúde, observa e detecta os problemas presentes nas crianças, procurando resolvê-los ou encaminhar o escolar a outros profissionais, a nível local, ou não. Considera-se, para tanto, que o professor se encontra em posição estratégica para observar o estado de saúde dos alunos, devido ao seu contato diário e prolongado propiciando-lhe notar mudanças na aparência ou na conduta das crianças, que podem ser prenúncio de defeitos ou enfermidades, cabendo-lhe também acompanhar os tratamentos, orientar as famílias, registrar todos os dados e tomar providências para afastamento da criança do convívio da escola, se for o caso (TEMPORINI, 1986:23 e 30). Evidencia-se, assim que o professor, para implantar os programas de saúde propostos pelos órgãos administrativos da educação e saúde, recebem um acréscimo de atividades que não fazem parte da sua formação escolar e nem da sua função precípua de ensinar, exigindo, para isto que seja "treinado" pelos técnicos ou por seus colegas que foram previamente treinados. A respeito desta questão da sobrecarga do papel do docente precisam ser ressaltadas suas origens históricas, que se encontram na configuração de escola que se formou no começo do século em contraposição ao modelo vigente.

A escola tradicional, que perdurou até o início da década de 20 se tornou alvo de muitas críticas, e no alvoroço dos movimentos de renovação que agitavam o período, acaba por sofrer modificações. O entendimento de escola procura, então, passar da idéia da "reconstrução individual", no sentido do aperfeiçoamento moral, para a

"reconstrução social" do pensamento pedagógico. Trata-se do movimento oriundo do pensamento denominado "pedagogia da escola nova", que se destinava à reconstrução da sociedade (CUNHA, 1988:45), com transformações completas no campo escolar, do papel do educador, dos métodos e técnicas de ensinar e aprender e da natureza dos programas (NAGLE, 1976:207). Acreditou-se que a razão do fracasso da escola tradicional não estava nela como tal, mas no tipo de escola de que se dispunha. Assim, era preciso mudar e com isto a qualidade do ensino ganha grande ênfase, apesar da preocupação do escolanovismo em articular a escola como instrumento de participação política e democrática (SAVIANI, 1983:55). Esta teoria mantinha a crença inicial no poder da escola e em sua função de equalização social, que, no entanto, acaba por se deslocar do âmbito político para o âmbito técnico-pedagógico, em que se acredita que as questões educacionais se resolvem no plano interno das técnicas pedagógicas (SAVIANI, 1983:11 e 55).

No início do século haviam poucas escolas no país. Com o desenvolvimento urbano-industrial, particularmente em São Paulo, ocorrem muitas modificações no cenário político e econômico, originando novas demandas educacionais a partir do crescimento da classe média e da necessidade de mão-de-obra mais qualificada. Com isto ocorreu real expansão do ensino primário e empreenderam-se várias reformas (LIMA, 1985:72 e 116). Dentro deste contexto, importante se faz destacar a reforma da Escola Normal, que passa a incluir no seu currículo a cadeira de Higiene e Puericultura, com conteúdos teóricos e práticos, pelos quais os preceitos higienistas podiam ser amplamente difundidos. Desta forma

estava lançada uma nova profissão - de professor de higiene -, que nascia em meio aos ideais da psico-biologização educacional do movimento escolanovista (LIMA, 1985:121) e incluía o ensino e a prática da saúde nas escolas (higiene escolar). Assim, pedagogia e higiene passam a formar um binômio que assume grande importância, inclusive nas décadas seguintes.

Juntamente com as reformas no setor educacional, no Estado de São Paulo destacam-se mudanças na saúde pública. A partir de 1918 os governos dos estados e municípios passaram a manter convênios com a Fundação Rockefeller, no sentido de obter recursos e conhecimentos para empreender a reforma dos serviços de saúde. Neste mesmo ano criou-se o Instituto de Higiene de São Paulo e Centros de Saúde (LIMA, 1985:121). Sob influência norte-americana estas inovações representaram um impulso à educação sanitária e implicou o surgimento de um novo tipo de profissional - a educadora sanitária -, que seria a ferramenta da ação educativa nas escolas a partir da década de 20 (LIMA, 1985:116). Foi então criado um curso específico, no qual seriam utilizadas enfermeiras, como no modelo norte-americano. No entanto, este profissional é praticamente inexistente nesta época (a primeira escola de Enfermagem de São Paulo foi fundada em 1942), o que fez com que se buscasse ministrá-lo para professoras primárias diplomadas (FERRIANI, 1988:104-119 e ROCHA, 1987:60-62). Estes profissionais foram empregados pela Secretaria de Saúde Pública e da Assistência Social, Prefeitura Municipal (Parques Infantis), Secretaria da Educação e outras agências oficiais e particulares, cujas funções referiam-se

basicamente à higiene materno-infantil, saúde escolar e controle de doenças transmissíveis (ROCHA, 1987:60 e 63).

O ideário do ensino de saúde nas escolas, neste período, privilegia a formação de hábitos higiênicos, sob a visão de mundo de que a ignorância familiar é que provoca as doenças e que a educação irá corrigir esse desvio e ser capaz de resolver os problemas de saúde da sociedade. Tudo isto vem demonstrar que desta forma controvertida a escola ganha mais um papel, o de ser agente terapêutico e curar os males físicos. Sobre os professores primários, orientados pelas educadoras sanitárias (também professores e que deveriam ser enfermeiras) e médicos recaia esse peso (LIMA, 1985:126).

Os pressupostos escolanovistas persistem por várias décadas e a presença da "higiene escolar" nos moldes originais se modificam um pouco. O curso que formava as educadoras sanitárias foi extinto em 1961 (FERRIANI, 1988:123), quando já tinha perdido suas características originais. As faculdades de Enfermagem se expandiram, mas os profissionais que foram se formando convergiam para o mercado de trabalho hospitalar que os absorvia totalmente. Assim, os programas de saúde do escolar foram sendo desenvolvidos pelos professores, sem nenhum preparo específico, apenas aqueles treinamentos fornecidos pelos órgãos administrativos. Isto evidencia que o professor vem assumindo funções que deveriam ser desenvolvidas por uma equipe de trabalho. O POSE, criado em 1973, demonstra este fato, pois os professores regentes de classe atuam diretamente na detecção e solução de problemas

oftalmológicos dos escolares. Recebem, para isto, um treinamento específico e um acréscimo de responsabilidade.

Como já foi anteriormente abordado, o POSE foi concebido em um período de euforia nacional gerado pelo clima do "milagre brasileiro", no qual se destaca a ideologia dos grandes projetos. No entanto, sua implantação (1973-76) ocorre em um momento de alteração da conjuntura histórica brasileira.

Em 1973, quando são articulados os sucessores para a presidência da República e o nome do general Ernesto Geisel é indicado para o poder, o país se envolve num longo processo de crise, que associa problemas do capitalismo internacional com o declínio e esgotamento da ditadura militar no Brasil. Os primeiros sintomas da crise mundial manifestaram-se na esteira da chamada "crise do petróleo" quando ocorreu uma súbita elevação do preço do barril, que passou de 3 para 12 dólares no mercado internacional, provocando um estrago no balanço de pagamentos no Brasil (HABERT, 1992:40 e GERMANO, 1990:103 e 330). Os problemas econômicos têm como reflexo uma crise política, cujas dimensões são ampliadas devido ao modelo de regime vigente em nosso país, onde ocorrem mudanças na correlação de forças entre as diversas facções militares, começam a se aguçar as divergências no seio das classes dominantes e o partido oposicionista ao governo (MDB) obtém significativa vitória nas eleições de 1974 (GERMANO, 1990:126 e 307). Daí em diante vai ficando cada vez mais evidente a crise de hegemonia em que passou a debater-se o bloco de poder constituído sob a aparência da ditadura militar (IANNI, 1981:199 e 193 a 227). A gravidade do "clima" de crise

instalado nos governos militares se amplia em 1976 e atinge seu auge no governo de Figueiredo (1979-85).

Embora a crise estivesse em explícito andamento, o general Geisel, ao expor suas metas, através do II PND (1975-79) apresentava a mesma linha de proposta de seus antecessores e pregava a manutenção do crescimento acelerado, com elevação dos salários e melhor qualidade de vida, apesar da previsão de que ao fim da década de 70 o país teria que conviver com a realidade de ser potência emergente e com as repercussões do quadro internacional (VIEIRA, 1985-a:206). Para IANNI (1981:13-14) no II PND "a retórica da ditadura encontra um curioso paroxismo. Ao mesmo tempo em que cresce o tom grandiloquente, estimulado pela propaganda imperialista, cresce de modo acentuado também o divórcio entre o Estado ditatorial e as tendências da sociedade nacional, principalmente das classes subalternas da cidade e do campo. (...) A grandiloquência da linguagem adotada nesse plano soa tragicômica, devido à superexploração do proletariado urbano e rural e ao agravamento da crise do capitalismo, em escala mundial. (...) Nem por isso, no entanto, os governantes e seus funcionários deixam de preconizar a continuidade da política econômica da ditadura e, a originalidade do ditador de plantão. Na prática, o aparelho estatal continua a serviço da acumulação monopolista, preservando inclusive a mesma política de superexploração e repressão do proletariado".

O discurso do governo Geisel centrava-se na promessa de transformar o Brasil em potência mundial, de "primeira grandeza" (VIEIRA, 1985-b:50). Priorizava a diminuição das importações e previa grandes investimentos

estatais no setor de bens de produção e em gigantescos projetos como Itaipu, a Ferrovia do Aço e programas para fontes alternativas ao petróleo, como os "contratos de risco", o Pró-Alcool, etc. (HABERT, 1992:42).

A realidade, no entanto, tratava de desmentir o discurso oficial, demonstrando diversos problemas, como o aumento da dívida externa e da inflação, o arrocho salarial, o desemprego, os conflitos sociais, a piora das condições de vida, os amplos descontentamentos, o aumento da oposição ao governo, o recrutamento dos movimentos sociais urbanos, a tensão social, dentre muitos outros gerados no contexto das crises de legitimidade política e econômica.

Diante dessa situação, o governo se vê obrigado a tomar iniciativas políticas que pudessem garantir a continuidade do regime, passando a adotar a ideologia da "integração social" (GERMANDO, 1990:128). Tem início um projeto de "distensão" (governo Geisel) ou "abertura" (governo Figueiredo) política "lenta, gradual e segura", revelador de uma reacomodação do regime feita de cima para baixo, controlada pelo poder, dentro da ordem e para manter a ordem da classe dominante (HABERT, 1992:44). Tendo em vista obter o consenso e a legitimidade de que necessitava para sobreviver, o Governo apela para medidas que visavam atender as populações "socialmente vulneráveis" e "carentes", adotando apelos "participacionistas" nos seus discursos e projetos (GERMANDO, 1990:128 e 336). Na área das políticas sociais esse fato pode ser constatado através da criação em 1974 do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e do Fundo de Assistência Social (FAS). Como se percebe, as transformações na conjuntura política criam a

necessidade de adoção de mecanismos de coordenação de programas básicos através principalmente da opção pela seguridade social com garantia da cobertura e ampliação dos benefícios a diversos segmentos da população.

A partir de 1974 acontecem muitas mudanças nas políticas sociais e dentre elas, a saúde, período que apresenta uma fértil criação de órgãos, programas, planos, projetos, etc*, considerados "vitais" e que no seu fulcro consistiam "numa tentativa de neutralizar a oposição, cooptar as classes subalternas e de decapitar o discurso democratizante e radical, num verdadeiro lance de 'transformismo'", bem como dotar os discursos oficiais de materialidade por meio de medidas concretas (GERMANO, 1990:336). Dentre essas medidas, destacam-se as reformas na Previdência Social implantadas após 1974** e os Programas de Medicina Comunitária e Atenção Primária de Saúde. Estes programas almejavam a extensão dos serviços de saúde às populações carentes excluídas da assistência médica previdenciária, que com seus altos custos e problemas administrativos, cada vez mais se afundava em dificuldades. Como característica básica, estes programas apresentavam a redução dos custos do cuidado médico, através da simplificação das ações e utilização de pessoal sem formação profissional, recrutado na própria comunidade e treinado nos locais de atendimento. Desta forma, receberam muito estímulo por parte de órgãos oficiais como a Organização Mundial de Saúde - OMS -, Organização Panamericana de Saúde - OPAS - e

* Este assunto é amplamente analisado por OLIVEIRA e TEIXEIRA (1989:239-268), BRAGA e PAULA (1981:195-213) e GERMANO (1990:326-343).

** OLIVEIRA e TEIXEIRA (1989:236) esclarecem que "o período que se inaugura em 1974 não constitui um novo modelo de funcionamento da assistência médica previdenciária, uma vez que não significa uma ruptura com o modelo adotado pós-64 (...); trata-se de uma segunda fase de um mesmo período (...)".

do Ministério da Saúde nas décadas de 70 e 80 dentro desta perspectiva de intervenção social e de oferta de programas de saúde aos denominados "carentes". Isto em oposição a uma medicina dispendiosa, com concentração de tecnologia, fragmentada em práticas especializadas, que exige a multiplicação do ato médico e dos instrumentos de trabalho, com uma excessiva utilização de medicamentos, muito voltada para a cura das doenças, tendo o hospital como eixo de funcionamento e o objeto de ação - o homem - reduzido a um conjunto de funções orgânicas (DONNANGELO, 1979:71-88). Estes programas foram amplamente criticados* principalmente pela ideologia do controle social que permeou sua implantação e por escamotear as verdadeiras causas e soluções dos problemas de saúde do país.

Por sua vez, o sistema previdenciário tenta controlar as disfunções mais aberrantes do modelo vigente, criando condições que possibilitem a continuidade da expansão, sem, no entanto, alterar a substância mesma do modelo, através da adoção de reformas materializadas na criação de mecanismos de controle do setor contratado, ampliação do setor conveniado, normatização e criação de novos mecanismos institucionais (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1989:241). Estes autores (1989:241-261) discriminam (e analisam) estas medidas** como sendo: Empresa de processamento de Dados - DATAPREV - (1974); ampliação de convênios com Sindicatos, universidades, prefeituras governos estaduais, etc.; Plano de Pronta Ação - PPA - (1974); Sistema Nacional de Saúde - SNS - (1975); e Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS -

* AROUCA (1975), PAIM (1976), PELLEGRINI F_o e cols. (1984), DONNANGELO (1979), dentre outros.

** Estas medidas são analisadas também em BRAGA e PAULA (1981:195-213).

(1977), do qual integram: INPS, INAMPS, LBA, FUNABEM, DATAPREV, IAPAS (Instituto de Administração Financeira de Previdência Social) e a CEME (Central de Medicamentos).

Reconhece-se, no entanto, que tais providências implantadas pelo Governo não foram capazes de resolver a crise do sistema de saúde. Pelo contrário, a década de 80, vem demonstrar o acirramento da crise, que é uma crise geral, e evidenciar que seus determinantes passam longe de reformas administrativas ou criação de órgãos.

Por outro lado, apesar da década de 70 ser marcada pela repressão aos movimentos reivindicatórios da sociedade, tem início o processo de "abertura" e com ele diversos segmentos da sociedade se reorganizam e buscam pressionar o Estado por melhores condições de vida, num crescente enfrentamento com os interesses políticos, empresariais e industriais.

A este tempo, no Estado de São Paulo, retornando à análise da saúde do escolar, no Governo Paulo Egidio (1975 - 1979), reorganiza-se o Departamento de Assistência ao Escolar - DAE* -, da Secretaria da Educação, pelo Decreto 7.510/76 (GUANAES, 1976:72-79), que tem como atribuições "planejar, organizar, coordenar, orientar, acompanhar e avaliar os serviços de Assistência ao Escolar, visando assegurar aos alunos condições físicas, mentais, sociais e materiais que propiciem a eficiência escolar e a promoção humana, bem como sugerir e emitir parecer sobre propostas de convênios que envolvem a área de Assistência ao Escolar e

* O DAE era o Serviço de Saúde Escolar - SSE -, recriado pelo Decreto 9.872/38 e confirmado pelo Decreto 17.698/47. O SSE desenvolvia basicamente atividades assistenciais junto aos escolares (LIMA, 1985:141-143).

sejam compatíveis com os objetivos do sistema escolar" (art. 114 - em GUANAES, 1976:72). O DAE é formado por duas Equipes Técnicas e quatro Divisões, dentre elas a Divisão de Estudos, Normas e Programas em Assistência Médica, que se subdivide em Assistência Médica, Higiene Mental e Educação em Saúde.

No que se refere ao Plano de Oftalmologia Sanitária - POSE -, que fôra implantando de 1973 a 1976, com as reorganizações ocorridas no Estado de São Paulo, sofre pequenas modificações. Em 1977, no âmbito da Secretaria da Educação, foi alterada sua denominação, que de "Plano" passou a ser "Projeto", continuando, portanto, com a mesma sigla, sob a orientação do Departamento de Assistência ao Escolar - Área de Educação em Saúde - e com o mesmo ritmo de atuação, que foi descrito anteriormente. Paralelamente, passou a contar com a participação da Secretaria da Saúde através de suas unidades sanitárias que passaram a processar o atendimento médico - oftalmológico dos escolares encaminhados pelas escolas após a triagem pretendida no POSE, que, assim, passou a integrar o "Programa de Assistência à Criança" (Secretaria da Saúde, 1978). No que se refere ao financiamento o POSE, em sua fase inicial, contou com recursos institucionais do Estado, bem como de outras fontes colaboradoras, o que não aconteceu nesta segunda etapa. O Departamento de Assistência ao Escolar (DAE), passou a custeá-lo e a gerenciá-lo por meio da Equipe Técnica Educação em Saúde (ETES), da Divisão de Estudos, Normas e Programas em Assistência Médica (DENPAM). A mesma Divisão, nos anos seguintes, passou à sua Equipe Técnica - Assistência Médica (ETAM) a execução e controle das

consultas oftalmológicas contratadas, que passaram a fazer parte dos projetos anuais de "Assistência Médica ao Escolar" (Secretaria da Educação, 1988:2).

A propósito, necessário se faz retomar que a partir de 1974, em meio à crise que se instalou no sistema capitalista brasileiro, o setor saúde foi reestruturado. O Ministério da Assistência Social propôs a organização do Sistema Nacional de Saúde, que foi regulamentado pela Lei 6229, em 1975, com a finalidade básica de dar conta de três objetivos: integração das práticas de saúde pública com as de medicina previdenciária; rearticulação das unidades do setor público e privado; e regionalização da assistência médico-sanitária, considerados os perfis epidemiológicos de cada área do país (BRAGA e PAULA, 1981:198). Estes autores consideram que a partir da Lei 6229/75 o Ministério da Saúde buscou evitar conflitos de competências com o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Essa concepção conciliadora se revela na proposta de montagem de duas redes autônomas e mutuamente complementares para a prestação de serviços. Uma seria a chamada rede de assistência médico-sanitária, sob o controle do setor público, norteadas pelas medidas de alcance coletivo, seria composta pelos Postos de Saúde (unidades simplificadas), Centros de Saúde (saneamento básico, imunização, alimentação e nutrição, educação para a saúde e prestação de assistência médica individual) e Unidades Mistas (Centros de Saúde, acoplados a um hospital com possibilidade de internação). A outra, chamada de assistência médico-hospitalar, gerida pelos setores públicos e privado, dirigida ao atendimento das necessidades individuais numa prática médica individual, seria composta

pelos Postos de Assistência Médica, Policlínicas, Hospitais locais e de Base (BRAGA e PAULA, 1981:198-199). A regulamentação desta Lei, no entanto, não resolveu os problemas existentes no setor e não foi efetivamente concretizada, devido a diversos impedimentos de ordem política, financeira, administrativa, etc., conforme analisado por BRAGA e PAULA (1981: 199-202). No entanto, em meio a muitas controvérsias, abriu espaços para as tentativas de implantação de programas de saúde voltados para a utilização de ações simplificadas.

Neste contexto o POSE ganha novo impulso e reforça a incorporação de suas propostas de atividades ao trabalho rotineiro do professor. Em 1978, integrando os projetos "Orientações sobre Necessidades e Problemas de Saúde do Escolar", posteriormente denominado "Educação em Saúde na Escola" e "Atenção Médica ao Escolar", sob a responsabilidade do DAE, o POSE tem continuidade nas escolas estaduais, através do "coordenador de saúde", - um professor -, que com um treinamento de 20 horas deveria repassá-lo aos outros professores da escola. Destes programas não constavam somente os conhecimentos de Oftalmologia, como no POSE, mas relativos a toda a saúde do escolar, que em 1979 recebe o "Sistema Integrado de Atendimento Médico ao Escolar" - SIAME - e, em 1980, o "Diagnóstico de Saúde do Escolar" para engrossar as atribuições do professor na triagem de problemas e assistência de saúde do escolar. Desta forma o professor representa o eixo dos programas do DAE e para isto precisa ser treinado. O Decreto 15.023/80 (SAO PAULO-1980), que dispõe sobre a designação de docentes para atuar na assistência escolar ratifica esta posição, ficando

instituído o Orientador de Ações de Assistência ao Escolar - OAE -, denominação dada a um professor da unidade escolar encarregado de garantir as atividades de sua escola na área de assistência ao escolar. Dentre elas, estão as ações programadas pelo POSE.

A proposta de implantação do OAE no sistema de ensino de São Paulo compatibiliza-se com o escopo da concepção de Medicina Comunitária (década de 60) e Atenção Primária de Saúde (década de 70), que representaram propostas de reorganização dos Serviços de saúde baseadas principalmente na extensão da assistência médica de baixo custo a grupos sociais desassistidos, utilizando-se ações simples e pessoal recrutado da própria comunidade. Desta forma o professor (OAE) pode ser entendido como um "agente primário de saúde" que executa atividades simples de saúde, a nível local, configurando-se como elemento multiplicador, que após treinado, servirá de elo entre os técnicos de saúde e a escola.

No entendimento dos técnicos do OAE, o POSE estruturou-se mais solidamente a partir de 1980, com a criação do OAE (SECRETARIA DA EDUCAÇÃO, 1988:2 e 31), apesar desta afirmação estar baseada apenas em relatórios numéricos que não exprimem a qualidade do atendimento ou a satisfação dos envolvidos, os quais não consistiram em objeto de análise deste estudo.

No cenário nacional, a década de 80 é marcada pela sequência do processo de "abertura" política iniciado no governo anterior e previsto para terminar no governo Figueiredo (1979 - 1985), pelo declínio e esgotamento do

regime militar (1964 - 1985), pela instauração da "Nova República" (1985 - 1990) e pela realização de eleições diretas para presidente da República. Tudo isso num processo permeado pela elevação da inflação, alta dos preços, aumento de desemprego, movimentos sociais diversos com muitas greves, corrupção no interior do governo, impunidade e crise de descrença nas instituições políticas.

O governo Figueiredo, apesar da propaganda da "abertura", reitera o conteúdo ditatorial do Estado através das propostas contidas no III PND (1980-85). O documento volta a dar ênfase ao controle da inflação e ao crescimento econômico por meio da expansão agrícola, aumento das exportações e contenção de gastos (IANNI, 1981:14-16). No entanto, a economia nacional apresentava tendências, que se associavam aos problemas internacionais, como o segundo choque do petróleo, em 1979 (GERMANDO 1990:332). Assim, como solução para a crise que vai se agravando, o país toma mais empréstimo externo. No início de 1983 o governo assumiu compromissos com o Fundo Monetário Internacional - FMI - se comprometendo, dentre diversas outras medidas a reduzir o "déficit" público, cortar subsídios, controlar os aumentos salariais e desvalorizar a moeda. Estas medidas recessivas não fizeram a inflação diminuir e causaram o aumento das tensões sociais, expressas através de movimentos populares e greves.

De outra parte, neste período, o Estado empreendeu a Anistia Política e a reforma dos partidos políticos (1979), afinal os rumos da "abertura" implicavam concessões, mesmo que num jogo caracterizado pela ambigüidade da força e do consentimento. De fato, com a Lei Orgânica dos Partidos

(Lei 6.767/79) o pluripartidarismo se convertia em possibilidades, inclusive a curto prazo. No entanto, para além da intenção manifesta se escondia o interesse dos militares enquanto governo (que não iriam devolver o poder sem luta, sem resistência, mesmo que dissimulada), em dividir a frente oposicionista alojada no MDB (Movimento Democrático Brasileiro), o que de fato veio acontecer com o surgimento de novos partidos (GERMANO, 1990:318 e 320). Fato este que não impediu que em 1982 as oposições conseguissem um relativo avanço. Dentre os diversos governadores eleitos neste pleito pelo voto direto e que representam esse avanço está o governador de São Paulo - Franco Montoro (1982 - 1986). Assim, crescem as mobilizações populares por eleições diretas para a escolha do novo presidente da República que ocorreria em 1984, o que não aconteceu, já que a emenda "Dante de Oliveira" alterando a Constituição, que previa eleições diretas, não consegue os dois terços dos votos na Câmara dos Deputados (apesar de ter recebido a maioria de votos - 298 a 65 - faltaram 22 para a obtenção dos dois terços (VIEIRA, 1985-b:62). Nessa circunstância, em meio a muita manobra política, em janeiro de 1985, foram eleitos pelo voto indireto, via Colégio Eleitoral, Tancredo Neves - presidente - e José Sarney - vice -. Dois civis, "velhos políticos" inauguravam a "Nova República" após 21 anos de ditadura militar.

A questão da saúde dos brasileiros, nesta época pode ser examinada como ao final de um ciclo que teve início nos anos 70, marcado pelo surgimento de políticas voltadas para a idéia de controle, reformas e racionalização do modelo assistencial vigente.

De fato, a partir do III PND, sobretudo, o governo vai desenvolver as chamadas políticas preventivas e compensatórias, em busca de legitimidade e como mecanismo de correção das desigualdades sociais, tendo como interlocutor as classes subalternas, o povo pobre das periferias urbanas e rurais e uma parte da classe média empobrecida pelas políticas econômicas dos governos militares (GERMANDO, 1990:122 e 243). As políticas de saúde, como resposta, adotam "planos" e criam novos órgãos prestadores de assistência ao lado da previdência social, que vai se afundando em problemas. Sua crise, que vinha sendo gestada a partir da implantação do modelo previdenciário, toma proporções mais graves a partir de 1981, quando seu "déficit" aumenta de volume e eclodem graves problemas estruturais e políticos (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1989:269). Estes autores identificam as principais características desta fase como sendo: o surgimento de propostas de políticas alternativas para o sistema de saúde; a eclosão de movimentos grevistas por parte dos profissionais de saúde; ampla divulgação da política previdenciária de assistência médica, socializando o debate; e o bloqueio de qualquer proposta mais radical que viesse a penalizar os setores capitalistas mais diretamente envolvidos (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1989:269-270).

Por outro lado, é preciso convir que além do aprofundamento da crise financeira da Previdência Social, o processo democrático vinha avançando e se realizavam alterações na correlação de forças político-partidárias. Surgem, desta forma, propostas estratégicas por parte do Estado, que tiveram influências do movimento social

organizado e de intelectuais com perspectivas de democratização da saúde inseridos em órgãos governamentais. Como resultado, destacam-se diversos empreendimentos permeados de embates entre os interesses da iniciativa privada, do governo e reivindicações de técnicos do setor saúde e movimentos populares e sindicais da Gestão Figueiredo, como o PREV-SAÚDE - Programa Nacional de Serviços de Saúde (1980) e CONASP - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (1981).

O PREV - SAÚDE foi "um projeto elaborado por um grupo técnico composto por representantes do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência Social, com vista à ampliação dos serviços de saúde compreendendo também as áreas de saneamento e habitação "(OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986:271). Os pressupostos básicos deste plano fundamentaram-se nas propostas defendidas pela OMS de que a atenção primária e a participação comunitária configuram estratégias para serem cumpridas visando a meta social de "saúde para todos no ano 2.000". Suas características eram a hierarquização das formas de atendimento por níveis de complexidade, a participação comunitária, a adoção de técnicas simplificadas, a integração dos serviços existentes e regionalização do atendimento por áreas e populações definidas (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986:271). Estes autores evidenciam que o projeto do PREV-SAÚDE foi abortado antes mesmo de ter sido oficialmente sancionado, como resposta a pressões dos setores capitalistas e seus elos de ligação no interior da burocracia estatal (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986:272-275).

O CONASP - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (1982) foi "criado com a competência de operar sobre a organização e aperfeiçoamento da assistência médica, sugerir critérios de alocação de recursos previdenciários para este fim, recomendar políticas de financiamento e de assistência à saúde, analisar e avaliar a operação e o controle da Secretaria de Assistência Médica da Previdência Social. (...) A proposta recupera proposições gerais já conhecidas, como a regionalização do sistema de saúde, a hierarquização de todos os serviços de saúde, públicos e privados, de acordo com sua complexidade (...), implicando em descentralização do planejamento e execução, além de medidas de desburocratização no relacionamento com as instituições convenientes e o público. (...) O modelo ficaria composto pelo nível ambulatorial (primário) e nível hospitalar (secundário e terciário), num sistema misto entre secretarias de saúde, hospitais de ensino, serviços ambulatoriais privados credenciados e os ambulatórios dos sindicatos rurais "(OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986:291 e 296). O trabalho do CONASP se consubstanciou num Plano de Reorientação da Assistência Médica da Previdência, que propunha oficialmente modificações no modelo privatizante, tais como a descentralização e utilização prioritária dos serviços públicos federais, estaduais e municipais na cobertura assistencial da clientela. Dentro dele, o projeto AIS - Ações Integradas de Saúde (1983), avançou na adoção dos princípios de universalização, de equidade e de integração dos serviços de saúde (TEIXEIRA e MENDONÇA, 1989:216). Esta proposta evidenciava como intenção primordial o objetivo de disciplinar as relações entre os serviços públicos, procurando-se evitar a justaposição de

ações, a contenção de recursos e sua aplicação de forma racional, sem no entanto, definir sua articulação com o setor privado. As AIS possibilitaram a organização de uma rede básica única de serviços de saúde a nível ambulatorial, com a participação do INAMPS, Secretarias Estaduais e Municipais, visando, portanto, a universalidade e equidade dos setores de atendimento, vindo a culminar no SUS - Sistema Único de saúde (1986), que será abordado mais adiante.

O POSE, neste processo de reformas do setor saúde, agora integrado a outros programas de saúde do escolar, não apresenta modificações quanto a sua estrutura, porém sofre restrições devido ao atendimento médico dos problemas oftalmológicos dos escolares detectados pelos professores. O atendimento oftalmológico, além dos médicos do Programa, podia contar com um plano de assistência particular, subvencionado pelo DAE. Contudo a remuneração por consulta era inferior à pretendida pelos médicos, acrescido da exigência de preenchimento de guias e formulários para controle e avaliação dos dados, o que acabou por levar a recusa de muitos profissionais. Contudo, o programa, em 1985, evidencia que o POSE tem abrangência potencial de 50% em relação às escolas, embora tenha alcançado apenas 18,9% das unidades escolares previstas, que o atendimento do aluno encaminhado tem recebido a colaboração dos recursos comunitários e próprios da família, em 63% dos casos encaminhados e que é válida a triagem de transtornos oftalmológicos realizada pelo professor treinado, constituída pela observação do aluno, medida de sua acuidade

visual e encaminhamento aos recursos de atendimento médico-oftalmológico (SECRETARIA DA EDUCAÇÃO, 1986).

No panorama nacional, findo o período da ditadura militar, o país passa a viver uma gestão de transição democrática, que num processo controvertido e permeado de manobras políticas, efetiva no governo um presidente civil, José Sarney (1985-1990). Esta fase denominada "Nova República" pelos reformistas do PMDB, pretendia, como meta, convocar a Assembléia Nacional Constituinte, em 1986, congelar os preços da cesta básica e dos transportes e negociar a dívida externa, fatos que se sucederam num conturbado processo de arrocho salarial, aumento do custo de vida, piora nas condições sociais e descrença da população nos partidos políticos e nas instituições legais.

A Nova República, no seu início, parecia ter condições de sucesso "uma vez que, em meados de 1984, o país parecia emergir da recessão dos anos anteriores, com uma relativa recuperação da economia (...). O ano de 1985 representou um teste crucial para a continuidade desse processo, em consequência do alto teor de incerteza política criado com as circunstâncias traumáticas em que se deu a mudança de poder. A posse do primeiro presidente civil, depois de duas décadas de governos militares, representou um momento de anticlímax, em lugar da culminação das campanhas 'cívicas' maciças de 1984 e 1985 (...). A morte do Presidente Tancredo, que fôra um dos principais artífices da 'transição lenta e gradual', redundava na posse de seu sucessor legal, José Sarney, recém-saído do partido oficial que servia de suporte ao regime autoritário, o PDS - Partido Democrático Social - se integrara, há pouco, ao principal

partido oposicionista, onde tinha pouca legitimidade "(SOLA, 1988:16-17). Contudo, o decorrer de sua gestão, apresenta uma seqüência de fracassos, demonstrando que a transição democrática sem ruptura levou à manutenção de velhas lideranças políticas conservadoras e à continuidade das instituições e das elites dirigentes do regime anterior. Por outro lado, lideranças progressistas foram incorporadas ao governo, evidenciando características modernizadoras e um contraste entre medidas inovadoras e o caráter conservador e imobilista dos processos decisórios. Neste contexto paradoxal as medidas implementadas não geraram resultado positivo, com a presença de surtos de diversas crises, ficando as promessas de melhorias sociais a nível de discurso oficial, como revela o I PND-NR - Plano Nacional de Desenvolvimento - Nova República. Neste plano, diferentemente dos seus antecessores, o governo "reconhece que o desenvolvimento econômico não causa necessária e imediatamente o desenvolvimento social, podendo acarretar seu oposto (...) e que a política social não é uma decorrência da política de desenvolvimento industrial, mas sim uma ação direta do Estado nas áreas de serviços públicos. Para tanto o Estado deve deixar de gastar seus recursos com a iniciativa privada, financiando projetos industriais e interesses privados em geral, conforme prática da Velha República e destiná-los a projetos de interesse social imediato, na área da agricultura de alimentos, serviços de saúde, educação, segurança e habitação e na criação de empregos para absorver a grande massa de desempregados" (MANTEGA, 1986:39-40). De fato, a Nova República, no seu início, dá a impressão de que poderia realizar importantes reformas sociais, a exemplo da Reforma

Agrária, que não se efetivou e da intenção de garantia de serviços de saúde prioritariamente públicos e melhoria das condições de vida extensivos a toda população. Algumas medidas importantes foram tomadas, nesta gestão, no sentido de facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde como a consolidação das AIS através do SUDS - Sistema Unificado de Descentralizado de Saúde -, a luta pelo reconhecimento da saúde como direito civil do cidadão e dever do Estado, que tem um marco importante na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e legalização na Constituição de 1988, por meio da aprovação do SUS - Sistema Unico de Saúde -.

Assim, nessa seqüência de alterações das práticas institucionais que vêm ocorrendo no interior das reflexões da Reforma Sanitária, surgiu, em 1987, a proposta do SUDS, que aprofunda a política das AIS, revitalizando-a e ultrapassando seus limites. O Programa SUDS - Decreto 94.657/87 (BRASIL, 1987) pretendia a descentralização das atividades do INAMPS, órgão da União, através da celebração de convênios, objetivando a transferência aos Estados e Municípios das suas ações e serviços, inclusive bens, móveis e imóveis, recursos financeiros alocados no seu orçamento, quadro de pessoal e suas Unidades Assistenciais, numa perspectiva de universalização da clientela e declínio da acentuada participação do setor privado lucrativo. A proposta privilegiou ainda a utilização de instrumentos de planejamento na administração de serviços, objetivando a distribuição mais equânime dos recursos de saúde, participação da população e dos profissionais na gestão e controle orçamentário e de qualidade dos serviços de saúde.

As principais diretrizes do SUDS se resumem na universalização da clientela, integração entre os órgãos do setor saúde, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, resolutividade dos problemas e descentralização administrativa (TEIXEIRA e MENDONÇA, 1989:218 e SANTOS, 1991-b:17).

O SUS, fruto de um longo trabalho, consolidado através do movimento da Reforma Sanitária, materializa-se no art. 198 da Constituição Federal de 1988 e é regulamentado pela Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990). É o conjunto integrado das ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizado pelos princípios de descentralização, integralidade das ações (preventivas e assistenciais) e participação da comunidade e financiado com recursos da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

O SUS, diferentemente do SUDS, não prevê convênios entre a União, os Estados e Municípios, estando, portanto, cada um em situação de igualdade, sendo subordinados à Constituição Federal. No caso do setor privado de saúde, podem ser efetuados convênios (art. 199, parag. 1º), tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Do ponto de vista da estrutura institucional e das reivindicações populares e movimentos organizados da sociedade, a implantação das AIS, dos programas do SUDS e do SUS representam significativos avanços. Contudo, a realidade da assistência à saúde não tem sido elogiada. Diversas têm sido as críticas (CAMPOS, 1990:24-27, COHN, 1991:176,

SANTOS, 1991:2-40, dentre outros), apesar de parecer consensual a importância destas reformas administrativas, que introduziram importantes elementos racionalizadores e políticos, com a superação da fragmentação institucional, o "desmonte" da máquina previdenciária (INAMPS) e a proposta de descentralização que alterou a correlação de forças dos atores envolvidos na tomada de decisão e contribuiu decisivamente para a viabilização das alterações legais no texto constitucional, necessárias à implantação do SUS. No caso das AIS e do SUDS, ambas experiências evidenciaram vulnerabilidade aos interesses clientelísticos e às pressões da burocracia do INAMPS, que era contraditória à sua transferência de autoridade aos Estados e Municípios. Na realidade, evidencia-se que as ações junto ao paciente pouco ou nada mudaram. A "integração" das AIS traduziu-se num aumento de produção de serviços e a "descentralização" do SUDS, em "desconcentração" (COHN, 1991:176).

Quanto ao SUS, concebido num encadeamento de crises, como era de se esperar, tem sobrevivido com muitas adversidades. A segunda metade do Governo Sarney, repleta de alianças conservadoras e duvidosas, de fracassados planos econômicos, de corrupção e clientelismo e de falta de credibilidade geral, não permitiu avanços no campo da saúde. Pelo contrário, "chegou-se ao final do governo com os mais baixos índices de gastos com saúde dos últimos anos e com o sistema de saúde no seu mais alto grau de deterioração e desprestígio" (CEBES E ABRASCO, 1992:13-14). Além disso a regulamentação do SUS, com a criação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), não acontece no Governo Sarney, ficando postergada para o seguinte, que a aprova com

diversos vetos, além de criar outras determinações para o setor saúde que são ilegais e violam os princípios conquistados e estabelecidos na Constituição de 1988, conforme analisado em detalhes por SANTOS (1991-a:29-40 e 1991-b:14-18).

Deve ser sublinhado também, conforme considerações do CEBES e ABRASCO (1992:14), que "ao lado da determinação do setor público e do seu desprestígio, alimentado pelos principais meios de comunicação com a conivência passiva do Governo, crescia o chamado setor supletivo de atenção à saúde (seguros-saúde, convênios, cooperativas, etc.) em resposta às demandas objetivas dos trabalhadores, às necessidades da classe média e à cômoda omissão do Governo Sarney, que além de incompetente e omissos esteve cada vez mais 'orgânico' com os setores dominantes e conservadores da sociedade e ao mesmo tempo, atado aos compromissos com o cartel financeiro internacional, tendo abandonado qualquer veleidade de fazer avançar o processo democrático e a qualidade de vida do povo brasileiro", que a despeito das conquistas presentes na Carta Magna se encontra abandonado à própria sorte, criando mecanismos alternativos de organização e sobrevivência.

De fato, a má qualidade da assistência à saúde oferecida pelo governo interessa aos empresários do setor e muito, já que grande parcela dos trabalhadores migra para este tipo de atendimento na esperança de não enfrentar filas, de ter a garantia de bons serviços e poder "escolher" o profissional que irá acompanhar seu caso. Tanto interessa, que vieram a público por ocasião da VIII Conferência de Saúde ao sentirem que estavam perdendo terreno para o

movimento da Reforma Sanitária que pretendia garantir assistência médica e condições de sobrevivência a toda população, através de vias legais. Trata-se do Movimento União em Defesa da Vida*, que estabeleceu uma acirrada articulação a favor da privatização dos serviços médico-hospitalares durante a Assembléia Nacional Constituinte. Esse movimento, liderado pelo médico Adib Jatene, definia-se como sendo de cunho nacional e apolítico e contava com a participação de E.J. Zerbin, Hilton Rocha, Reinhold Stephanes, Aloiso Salles, Mario Altenfelder, dentre outros, e congregava lideranças entre profissionais liberais, empresários, parlamentares, etc.. Além disso, a articulação contra a estatização da saúde contou com a manifesta contribuição da Sociedade Brasileira de Defesa da Tradição, Família e Propriedade - TFP, que se utilizou da imprensa e de carta-aberta aos Constituintes, comentando os aspectos estatizantes e socializantes do Anteprojeto "Cabral 2" apresentado para discussão no âmbito interno da Comissão de Sistematização da Constituinte (BERNARDES, 1992:46).

O modelo de medicina privada é hegemônico em nossa realidade e estende seus tentáculos inclusive para o patrimônio público da assistência médico-sanitária por meio de contratos diretos com o setor público ou indiretos, através de empresas comerciais e industriais, grupos médicos e cooperativas médicas. Este modelo faz parte do ideário da Corrente Neoliberal**, que predomina na categoria médica brasileira. Esta ideologia encontra-se ligada ao liberalismo

*Dados obtidos em BERNARDES (1992:38-42).

**CAMPOS (1988) identifica duas correntes ideológicas principais entre os médicos brasileiros, na década de 80, a "Neoliberal" e a "Renovação Médica", esta como alternativa ao conservadorismo e mobilismo da sua antagonista e com aproximação de concepções que aproxima o médico de outras categorias profissionais

tradicional da medicina, sob os auspícios do individualismo (que decorre da liberdade de empresa e da livre concorrência), do princípio de que as ações médico-sanitárias são bens de consumo, comprados de acordo com os recursos e opções individuais e da postura do médico como representante estatuído da classe dominante (NOGUEIRA, 1990:24).

Os Neoliberais admitem a heterogeneidade com que a categoria se insere no mercado e assumem a defesa dos médicos assalariados, sem perder de vista a idéia dos Liberais de um projeto de reforma de assistência médica conservador, que privilegia o pequeno produtor autônomo de serviços, em moldes compatíveis com as circunstâncias existentes no Brasil, (CAMPOS, 1988:158). No entender de SANTOS (1990:14) o "Liberalismo é, segundo seus apologistas, a redução do Estado ao 'Estado mínimo', quase ao nível de uma guarda ou polícia, e em conseqüência, a suspensão de todos os controles, queda drástica dos impostos e gastos públicos, enfim, a desregulação da sociedade pelo Estado e a liberação das leis de mercado (oferta e procura) acima das leis sociais e morais e regime de liberdades democráticas. (...) Na década de 80 o discurso anti-estatal se radicaliza com o nome de Neoliberal".

Nesse sentido, os médicos que, historicamente em nossa realidade têm se caracterizado como pertencentes à classe dominante, têm exercido o poder não apenas na medicina, dentre as profissões da saúde, mas também nas decisões políticas do país. "Estes atores vêm atuando para além de seus interesses imediatos, na medida em que conseguiram constituir-se no 'intelectual orgânico' do

projeto de modernização e expansão do modo capitalista de produzir e distribuir serviços de saúde no Brasil - são os elaboradores, difusores e guardiães do tal projeto neoliberal para a saúde" (CAMPOS, 1991:162). Desta forma, como o modelo de assistência médico-sanitária brasileiro encontra-se em crise, gestada desde muito tempo, a hegemonia desta facção encontra-se presente também nos fracassos das reformas sanitárias. Evidentemente que há a presença recessiva dos diversos governos, há o clientelismo, a corrupção, etc., mas inegavelmente estes atores, vinculados ao projeto neoliberal, buscam a manutenção do "status quo", que lhes interessa e emperram a efetivação de reformas administrativas e jurídicas (SUDS e SUS), que podem alterar o modo como são oferecidos e distribuídos os serviços de saúde para a população (CAMPOS, 1991:162-163).

Dentro desta dinâmica de reformas, sob a égide da descentralização administrativa, esta fase traz mudanças no setor saúde no Estado de São Paulo. A incorporação da assistência individual e curativa, transferidas do INAMPS, por meio dos convênios com os programas do SUDS, modifica o perfil das unidades sanitárias, que além das suas tradicionais atividades de prevenção, deveriam prestar atendimento médico individual. Assim sendo, são adotadas modificações e reformas administrativas a nível da Secretaria da Saúde, que se não alteraram a qualidade da assistência prestada à população, serviram para interferir na estrutura burocrática do órgão.

No que se refere à saúde ocular do escolar e ao desenvolvimento do POSE, neste período da Nova República, que estamos enfocando, em São Paulo, durante o Governo

Quércia (1987-1991) aconteceram modificações institucionais significativas. Senão vejamos.

O Departamento de Assistência ao Escolar - DAE -, órgão da Secretaria da Educação, instituído em 1976, é transferido pelo Decreto 26.962/87 (SAO PAULO, 1987) para a Secretaria da Saúde, com seu quadro de pessoal, bens móveis e equipamentos. Posteriormente, a Resolução SS-68, de 22/04/88 (SAO PAULO, 1988) dispõe que o pessoal do DAE ligado à supervisão e inspeção e que esteja exercendo suas funções junto às Delegacias e Divisões Regionais de Ensino, ficam subordinados aos Diretores dos Escritórios Regionais de Saúde - ERSAs -, no caso de convênio do SUDS com o Estado, e aos dirigentes dos Centros de Saúde, em casos de convênio do SUDS com os Municípios.

No ano seguinte, pelo Decreto 30.053/89 (SAO PAULO, 1989-a) o DAE sofre alterações na estrutura e nas atividades. Passa a ser denominado Centro de Apoio ao Desenvolvimento da Assistência ao Escolar, com a manutenção da sigla anterior - DAE -. Quanto à estrutura passa a contar com Núcleos, dentre outras subdivisões, e não mais equipes técnicas e divisões, como antes, apesar da similaridade. E, em relação às atividades, basicamente suas funções ficam por conta de planejamento e consultoria, quais sejam: formular normas técnicas, padrões e normas operacionais para prestação de assistência dentro do Programa de Saúde Escolar; formular programas de educação para a saúde do escolar; formular programas de formação, reciclagem, treinamento e desenvolvimento de recursos humanos a serem empregados no Programa de Saúde Escolar; promover pesquisas destinadas ao aprimoramento técnico do Programa de Saúde

Escolar; prestar orientação técnica nas aquisições de equipamentos e material e na contratação de serviços destinados ao Programa de Saúde Escolar; e integrar-se aos órgãos de planejamento, administração e prestação de serviços da Secretaria na implantação e execução do Programa de Saúde Escolar. Além disso, o art. 3º esclarece que os recursos humanos e materiais anteriormente ligados ao antigo DAE passam a integrar os ERSAs, onde estão agora localizados, desvinculando-se administrativamente do atual DAE.

Como pode ser observado, os documentos alterando a estrutura e o funcionamento do DAE se sucederam em três anos, sendo que somente o último deles definiu as atividades. Enquanto isso, somando-se as mudanças de endereço, com a lentidão do serviço público e a falta de obrigatoriedade legal em relação à definição das atividades, ocorre um processo de "demolição" do órgão, inclusive desorganizando algumas carreiras profissionais, como a das educadoras sanitárias, que foram diluídas nos ERSAs. Em meio a estes acontecimentos encontra-se o POSE, que da forma como foi concebido e vinha sendo desenvolvido até 1986, deixa de existir. Suas atividades passaram a ser de responsabilidade dos ERSAs e dos Centros de Saúde, em acordo com as Delegacias Regionais de Ensino. Isto significa que as atividades ligadas à saúde ocular dos escolares não está sendo desenvolvida sistematicamente, como acontecia nos programas de Saúde Escolar do DAE.

No entanto, outros mecanismos de atendimento oftalmológico das crianças foram criados.

A Secretaria da Saúde do Estado, através do Serviço de Oftalmologia Sanitária criou, em 1987, um programa (SECRETARIA DA SAUDE, 1987:1-9), visando englobar toda a população entre recém-nascidos a idosos, atendidos pelos convênios com o SUDS. Trata-se do GEPRO (Grupo Especial de Programa) - Oftalmologia Sanitária, que em 1990, pela Resolução S.S.-122/90 (SAO PAULO, 1990) foi transformado em Programa Específico de Saúde Ocular, como prática de rotina incorporada às unidades de saúde.

Além dessa preocupação com a saúde ocular, mais especificamente com as crianças, em 1989, pelo Decreto 30.514/89 (SAO PAULO, 1989-b) o Governo do Estado de São Paulo institui o Programa de Ação Preventiva de Saúde Visual na rede estadual de ensino. Tem como objetivos testar a acuidade visual dos alunos que ingressarem no ciclo básico (1ª série do 1º grau), garantir consulta oftalmológica aos selecionados, aviar suas receitas e assegurar tratamento dos casos especiais detectados. O programa deve ser desenvolvido pela ação integrada do Fundo Social de Solidariedade do Estado de São Paulo e das Secretarias da Educação e Saúde. Compete ao Fundo de Solidariedade do Estado mobilizar e articular os demais órgãos públicos, os Fundos de Solidariedade dos Municípios e a iniciativa privada para obtenção dos recursos necessários à operacionalização do programa, bem como garantir o aviamento de receitas oftalmológicas dos alunos das escolas sediadas em municípios que não possuem Fundos, apoiar os Fundos Municipais com recursos técnicos, materiais e financeiros e articular o encaminhamento dos casos especiais. A Secretaria da Educação tem a responsabilidade de programar o treinamento dos

professores e funcionários envolvidos, orientar os pais dos alunos, programar e aplicar o teste e o reteste de acuidade visual, selecionar e encaminhar os alunos para consulta oftalmológica, encaminhar receitas para aviamento, acompanhar os resultados, inclusive dos casos especiais e dar orientação aos pais durante todo o processo. Quanto à Secretaria da Saúde, através do DAE, compete promover o treinamento dos professores e funcionários das Divisões Regionais de Ensino (DRE), Delegacias de Ensino (DE) e Unidades de Ensino (UE) que participem do programa, assim como garantir as consultas oftalmológicas aos alunos selecionados e assegurar o atendimento dos casos especiais.

A operacionalização do programa utiliza diversos impressos de orientação sobre os procedimentos e registro dos dados obtidos, todos eles com o número do Decreto que o criou, além dos logotipos do Fundo de Solidariedade do Estado, do Governo de São Paulo e das Secretarias da Educação e Saúde. O programa, na verdade, dá destaque ao "uso de óculos", uma vez que diversos documentos se utilizam do título campanha "óculos escolar". Além disso, diferente do que prevê o Decreto, o Fundo de Solidariedade do Estado, através do Gabinete da Primeira-Dama, é que coordena o programa. É ele que faz os contatos com as Delegacias de Ensino, traça os cronogramas de treinamento dos professores e funcionários envolvidos, de consultas, faz o transporte das crianças em veículo do Fundo e se responsabiliza pelo aviamento das receitas e pela entrega dos óculos ou outros encaminhamentos.

Este programa, a grosso modo, na sua essência, tem similaridades com o POSE. Contudo, sua concretização está

restrita à capital do Estado, apesar de ter sido instituído por decreto do Governador e prever sua operacionalização em todas as escolas estaduais. Desta forma a década de 90 tem início com poucas iniciativas de garantias de ações de proteção, prevenção e recuperação da saúde ocular das crianças em fase escolar.

No presente trabalho vem sendo enfatizado que a maturidade ocular se completa até os 6 anos de idade, sendo que diversos problemas oftalmológicos, a exemplo da ambliopia funcional, precisam ser detectados e corrigidos até esta idade para que não tragam danos irreversíveis à criança, que poderá vir a ser um deficiente visual. No entanto, pode ser observado pela análise da trajetória do atendimento oftalmológico infantil que o escolar da pré-escola é praticamente excluído dos planos e programas. Estes enfocam as crianças matriculadas na 1ª série do 1º grau, que têm 7 anos ou mais. Em nossa realidade, como já foi discutido, as creches e pré-escolas oficiais são praticamente de responsabilidade das Prefeituras e os programas analisados sempre foram de iniciativa das Secretarias Estaduais, incluindo, portanto, poucas pré-escolas e excluindo as creches. No caso do POSE houve uma preocupação com esta faixa etária, o que não efetivou a cobertura total, como seria de se esperar. Além da exclusão das crianças menores, pode ser destacado também, que esses programas, especialmente o mais recente está mais preocupado com os problemas de refração, corrigíveis apenas com uso de óculos. As ambliopias funcionais, os estrabismos e a visão subnormal, quando encontrados, ficaram somente constando nos dados estatísticos, sem solução. Vale ressaltar que o

trabalho desenvolvido basicamente pelos profissionais da educação, através destes programas, apesar de não ter sido extensivo a todas as crianças foi de grande importância para a saúde visual da população infantil.

Qualquer inferência que possa ser feita sobre o sistema de saúde do país identifica que historicamente foi construído tendo em vista os interesses do Estado capitalista na qualificação e produção da força de trabalho urbana, em detrimento do atendimento às questões de saúde como finalidade precípua. As políticas sociais dos governos dos últimos 28 anos têm sido direcionadas para atuarem através da tecnoburocracia e da privatização dos serviços de saúde, com ênfase nas ações de cunho individual e curativo. A utilização do órgão público de saúde, em todas as suas instâncias como meio de promoções individuais e políticas têm sido uma característica presente no setor saúde, entretanto, muitas vezes serviços, programas, planos, etc., que, a despeito dos interesses clientelísticos vinham sendo significativos à população.

A intervenção nas questões de saúde da população por meio de um conjunto de ações, de políticas, de práticas, de conhecimentos de procedimentos, etc., por meio de uma estrutura sob a responsabilidade do Governo, com a participação dos usuários ainda parece ser, em nossa realidade marcada por crises, pouco viável. Enquanto isto, o setor saúde sobrevive em meio a ambiguidades, num encadeamento de soluções de curta durabilidade, de pouca planificação e pouca abrangência, personificados em campanhas com resultados imediatos, em programas e planos com fins eleitoreiros e pessoais, enquanto a população que

tem algum recurso se dirige ao atendimento das empresas privadas e privatizadas - pelo qual paga duplamente - e os que não têm recursos ficam mal-assistidos ou desassistidos.

A questão que se coloca frente a esse quadro poderia ser assim expressa: é possível, numa sociedade fundada nos pressupostos da desigualdade, serem materializados os projetos de distribuição equânime dos estoques de bens produzidos, sejam eles de saúde, educação, infra-estrutura urbana, moradia, saneamento, etc.? O argumento liberal clássico fundado na igualdade natural entre os homens vai concluir que todos os bens estão disponíveis para todos, não se apropriando deles quem não quer.

Ocorre, que em uma sociedade, conforme analisado por SANTOS (1981), fundada na desigualdade tanto a produção dos bens, quanto a sua distribuição são reguladas pelas "leis de eficiência" do mercado econômico, portanto, a justiça vai decorrer da eficiência desse mercado. Assim, o "estado social natural é um estado de desigualdade" por mais que os planejamentos tentem escamotear essa realidade, oferecendo serviços e soluções que não visam produzir a justiça social e a distribuição equânime das contingências sociais. Isto mostra os limites do planejamento na gestão capitalista do social.

CAPÍTULO III

QUERRELAS DA ENFERMAGEM - SUBSERVIÊN- CIA, TRADIÇÃO, INOVAÇÃO

Dentre as profissões que compõem o setor saúde, no momento atual, encontra-se a enfermagem brasileira, responsável por grande parte da chamada atividade assistencial[†]. Apresenta como característica marcante uma prática exercida por categorias profissionais (enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, atendente e outros) que, com formação em diversos níveis escolares, são todos responsáveis pelo "cuidar", num conjunto de ações que podem ser hierarquizadas em complexidades.

Os enfermeiros, em número de 16.494 (profissionais cadastrados em 1992)**, no Estado de São Paulo, se formam em faculdades e se distinguem das demais categorias por exercer principalmente atividades gerenciais. Os técnicos de enfermagem - 7.555 - cursam o 2º grau profissionalizante e atuam mais diretamente no cuidado, mas que muitas vezes acabam exercendo também atividades administrativas. Os auxiliares de enfermagem - 47.887 - possuem o 1º grau completo, mas nem sempre concluíram o 2º e exercem a profissão com diploma de cursos com pequena duração (1 ano em média), que lhes confere o direito de atuar na enfermagem, principalmente nas atividades mais ligadas

†Neste trabalho, atividade assistencial ou assistência são termos adotados como aqueles utilizados na enfermagem e medicina como indicativos das ações do trabalho destas profissões, isto é, constitui-se no objeto de trabalho do enfermeiro e do médico.

** Números obtidos diretamente no COREn - SP - Conselho Regional de Enfermagem - São Paulo. Representa, o fechamento dos dados em 31/12/ 92. A nível de Brasil, inclusive o Estado de São Paulo, os números são os seguintes; enfermeiros - 56.321, técnicos de enfermagem - 42.645 e auxiliares de enfermagem - 170.492.

diretamente aos procedimentos sem autonomia de decisões. Os atendentes, em maior número - 52.538 - não possuem formação formal regulamentada e exercem atividades técnicas simples. A ele se juntam outras categorias, como o agente de saúde, o visitador sanitário e outros, que são, como os atendentes, considerados "ocupacionais" na enfermagem e que não fazem parte dos dados numéricos do COREn.

Neste quadro, na área da saúde, os trabalhadores que prestam serviço de enfermagem estão submetidos a uma divisão técnica e social* do trabalho, marcadamente pela complexidade das operações que executam e da qualificação e escolaridade de cada um, numa realidade que evidencia a predominância da força de trabalho feminina em atividades consideradas secundárias e de reforço a outras de maior importância.

No setor saúde, como um todo e no entendimento popular, esta divisão em diversas categorias pouco representa, uma vez que configuram-se apenas dois profissionais os médicos e os "atendentes", ou "pessoal auxiliar", que englobam os demais membros da enfermagem e que muitas vezes são chamados de "enfermeiros". A categoria médica domina o setor e integra o grupo tido como mais qualificado técnica e cientificamente, que recebe suporte para suas ações da outra categoria, subalterna e subsidiária, menos qualificada ou desqualificada e que representa a maioria**, no total de empregos em saúde, nos setores público e privado.

* Assunto analisado por NAKAMAE (1987:78-82) e ALMEIDA e ROCHA (1986:69-80)

** O número real de atendentes, agentes de saúde, atendentes de saúde pública, auxiliares de saúde, etc. escapa ao cadastro do COREn. Estes funcionários, na maioria das vezes, são treinados nos próprios locais de trabalho e não possuem formação específica.

Em meio a esse conjunto de fatos, a prática, a formação e a evolução histórica da enfermagem vem se desenvolvendo em meio a conflitos internos e, nos dias atuais, inserida num contexto maior e muito problemático - a saúde brasileira - , enfrenta questões não resolvidas de identidade e legitimidade, numa crise sem precedentes. A compreensão desse conjunto de acontecimentos e da profissão da enfermagem no conjunto da força de trabalho em saúde do país, precisa envolver determinantes históricos, econômicos, políticos e ideológicos. O enfermeiro, nesse contexto, como um trabalhador da equipe de enfermagem, vivencia uma realidade em que o âmbito de sua prática aparece sem contornos definidos, sua capacidade e posição dentro da equipe de saúde são questionadas, chegando sua figura a ser, muitas vezes, descartável. Tudo isso vem a configurar uma fase difícil do papel do enfermeiro (muitas vezes confundido no papel da enfermagem), na evolução dos fatos, que este capítulo pretende examinar, com a intenção de buscar entender sua inserção na saúde ocular das crianças da pré-escola, procurando caracterizar a trajetória da prática do enfermeiro, considerando-se especialmente sua atuação nas ações ligadas à saúde do escolar.

A conceituação de enfermagem, como profissão e sua prática concreta, apresenta-se permeada de dificuldades. Sua compreensão vem, como ocorre com outras profissões, na esteira das questões ligadas à saúde, em meio aos determinantes políticos, ideológicos e históricos imperantes na sociedade.

A interpretação predominante de enfermagem, tomando-se por base suas publicações*, tem sido marcadamente, até 1979**, feita sob a ótica da interpretação funcionalista. Assim, é tomada como "uma instância neutra a serviço de uma sociedade abstrata (...), que se dedica à comunidade e à coletividade (...)" (GERMANDO, 1983:101-2), com destaque especial para o sentimento de religiosidade e preocupação com o social, que têm sido bastante enfatizados ao longo de seu desenvolvimento. Contudo, o social que é referido na enfermagem, está estritamente relacionado ao "servir", sem nenhum sentido histórico, sem qualquer referência às relações sociais de produção, aparecendo como algo autônomo do econômico (GERMANDO, 1983:30 e 32).

A enfermagem é concebida também como "arte" e "ciência". "Para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é o tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo - o templo do espírito de Deus (...)", bem como "a segurança e a destreza com que se realizam os diferentes métodos destinados ao cuidado dos enfermos põe manifesta a arte da enfermagem" (Nightingale e Price, em SILVA, 1986:97). Com estas afirmações, esta autora identifica duas características importantes no entendimento da profissão, que são os aspectos abstratos, no sentido do belo, sublime, ligados ao "estado de espírito" e os aspectos técnicos, artesanais da enfermagem como "arte manual" (SILVA,

* GERMANDO (1983), SILVA (1986), ALMEIDA e ROCHA (1986), NAKAMAE (1987), dentre outros, analisam criticamente a enfermagem, procurando desvendar as complexidades que envolvem seu entendimento.

** Em 1979 se delineia um movimento crítico na enfermagem brasileira que se explicita no XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem - 1979 -, realizado em Fortaleza - CE -. Nos seus anais encontram-se reflexões sobre a profissão como uma prática social.

1986:97). A enfermagem, por esta concepção, centra seu objeto nas tarefas e procedimentos, com o auxílio de manuais de técnicas, normas, rotinas, etc., valorizando, assim, muito mais a forma com que a técnica é desenvolvida, do que o cuidado com o paciente, o conhecimento que envolve a ação e o próprio paciente.

A "enfermagem - ciência" se preocupa com os princípios científicos relacionados com métodos ou tarefas destinados ao cuidado dos enfermos; é considerada "ciência", que depende do conhecimento de outras ciências, como a fisiologia, microbiologia, química, etc. (Price, em SILVA, 1986:97). A fusão de "arte" e "ciência" constitui, por sua vez, o entendimento preponderante para a enfermagem, explicitado pela valorização dos procedimentos na assistência prestada e pela tentativa de firmar o desenvolvimento de teorias de enfermagem, na busca de um saber específico e da conquista da posição de profissão autônoma, frente às demais da área da saúde.

Todavia, é preciso compreender também as questões presentes na enfermagem, para além da discussão de suas características intrínsecas, se é ciência ou se é arte. A enfermagem constitui-se num trabalho marcado por paradoxos em suas representações, no conjunto das contradições do sistema capitalista vigente na realidade do país.

A enfermagem brasileira hoje tem sido caracterizada como uma profissão* que vivencia uma conjuntura de indagações e alterações no seu até então tradicional ritmo. Dividida em categorias, sua prática - a

* NAKAMAE (1987:75-96), IDE (1989:231-284) e SILVA (1986:95-131) analisam detalhadamente as questões da enfermagem e do enfermeiro.

assistência de enfermagem (objeto do seu trabalho) - não é feita exclusivamente, como seria de se esperar, pelos enfermeiros, que são minoria, na composição da equipe, mas sim pelo pessoal auxiliar. Os enfermeiros, que reconhecidamente possuem um maior preparo escolar, atuam predominantemente em cargos gerenciais e docentes (ensino, treinamento em serviço, etc.), apesar de terem recebido formação para desenvolver atividades assistenciais. Assim, o enfermeiro acaba por se constituir, aos olhos do público, numa figura invisível, conforme enfatizado por NAKAMAE (1987:11). Esta predominância do trabalho gerencial do enfermeiro, em detrimento da sua propalada função de "cuidar" tem íntima relação com a lógica vigente no sistema capitalista brasileiro, que identifica no segmento assistencial a instância voltada à manutenção da força de trabalho necessária à produção, além de se constituir em um empreendimento econômico viabilizado pela expansão do complexo médico - industrial. Essas diretrizes priorizam o enfoque curativo e tecnicista com base no modelo biológico e têm na equipe de enfermagem uma sustentação fundamental. Com sua composição fragmentada, desarticulada de outras profissões (como educação, psicologia, ciências sociais, etc.) e das condições globais de vida e trabalho da população, subsidiária da categoria médica, pouco envolvida politicamente, a equipe de enfermagem vem contribuindo para a manutenção do sistema assistencial como um todo. Neste conjunto, o enfermeiro vem trabalhando como gerente do sistema, nas ações diretas ligadas quase sempre aos cuidados relacionados ao indivíduo doente, numa instituição hospitalar pública ou privada.

No entanto, na década de 80 esta vertente gerencial apresenta abalos na sua essência, induzindo o surgimento de possibilidade de resgate da função precípua do enfermeiro que é o "cuidar"*, numa tentativa de recuperar os fundamentos técnico-científicos, os compromissos e as estratégias de atuação que viabilizem a sua inserção no interstício de relações sociais a partir, inclusive, de uma nova divisão técnica do trabalho (IDE, 1989:11 e 253-4).

Como categoria profissional relativamente nova, com problemas de identidade e inserida em dois outros contextos problemáticos, o da enfermagem como profissão e o da saúde, no qual domina técnica, científica, ideológica e politicamente o profissional médico, a profissão do enfermeiro merece ser revisitada nos seus antecedentes históricos.

No Brasil, a década de 20 representa o marco de transição da enfermagem caracterizada como atividade de serviços domésticos, benemerente, muitas vezes voluntário, ligado a princípios religiosos e realizado basicamente por mulheres com pouco ou nenhum conhecimento específico, para a chamada enfermagem profissional, desempenhada por pessoas portadoras de diploma de nível superior. Este fato se concretiza, em 1923, com a criação oficial da primeira escola de enfermagem do Brasil, ligada ao Departamento Nacional de Saúde Pública (hoje Escola de Enfermagem Ana Neri, da UFRJ), no Rio de Janeiro, que projeta um

* IDE (1989:252-226) aprofunda a análise sobre o resgate do "cuidar" como função (talvez redentora) do enfermeiro no momento atual. Ver também pág. 296.

paradigma novo para a atividade do "cuidar", do modelo inglês - nightingaleano* - via Estados Unidos, através da influência de enfermeiras norte-americanas, introduzidas no Brasil pelos convênios com a Fundação Rokefeller.

No âmbito conjuntural do país este período dos anos 20 constitui duas crises importantes, do padrão exportador capitalista e do Estado. Neste meio, a saúde pública cresce como "questão social", conjuntamente com o capitalismo (economia cafeeira), que reflete uma aceleração da urbanização e do desenvolvimento industrial e se mantém por conta do Estado Nacional. Em 1923, cria-se o Departamento Nacional de Saúde Pública - SNSP, cuja característica predominante centra-se no saneamento rural e urbano, através de propaganda sanitária, higiene infantil, industrial e profissional, atividades de supervisão e fiscalização, saúde dos portos e do Distrito Federal e combate às endemias rurais. Para isto conta com a participação da Fundação Rockefeller, que apresenta intenções explícitas de criar condições adequadas ao desenvolvimento da força de trabalho requerida pelo desenvolvimento capitalista dos países subdesenvolvidos (BRAGA e PAULA, 1981:44-45).

* termo oriundo de Florence Nightingale - enfermeira precursora da "enfermagem moderna" (1860 - Inglaterra), fato ligado à Guerra da Crimeia e ao processo de industrialização da Inglaterra. Fundadora da Escola Nightingale, que "legitimou a hierarquia e disciplina no trabalho de enfermagem, trazidas de sua alta classe social, da organização religiosa e militar, materializando as relações de dominação - subordinação, reproduzindo na enfermagem as relações de classe social (...). Sua escola admitia dois tipos de alunas, socialmente distintos: as "lady-nurses", provenientes da "classe alta", desenvolviam funções de chefia e as "nurses", de nível sócio-econômico inferior, prestavam cuidados diretos aos pacientes, atividade considerada socialmente menos valorizada (ALMEIDA e ROCHA, 1986:42-3). Ver também: GERMANO (1983:49) e NAKAMAE (1987:83).

Nesta época, a ênfase do setor saúde centra-se, portanto, na saúde pública, na preocupação em manter o saneamento portuário e urbano, para viabilizar a exportação do café e garantir mão-de-obra apta às novas necessidades do mercado de trabalho em expansão. A assistência médica hospitalar é incipiente, ligada ao Estado e entidades filantrópicas. A previdência social, recém criada pela Lei Eloi Chaves - 1923 -, preocupa-se basicamente com aposentadorias e pensões (OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1989:19).

Desta forma, a criação da primeira escola de enfermagem, gestada neste contexto, pretendia formar profissionais para atacar os problemas de saúde pública. Contudo a formação das enfermeiras acontece pelo modelo nightingaleano, ligado ao hospital, onde as alunas permaneciam 8 horas diárias no recinto hospitalar, além das aulas teóricas e estudos independentes (GERMÃO, 1983:35), configurando-se, assim, com marcas paradoxais. Além disso, essas enfermeiras, após diplomadas, destinavam-se a atividades de administração, supervisão e ensino (SILVA, 1986:78).

A década de 30 marca ainda o período de implantação da enfermagem profissional na sociedade brasileira. Neste período emerge e toma forma uma política nacional de saúde e instalam-se aparelhos para sua efetivação como o Ministério de Educação e Saúde (BRAGA e PAULA, 1981:50). A economia nacional no imediato pós-30 passa por uma crise iniciada em fins da década anterior com sinais de estabilização uns 3 anos após, mas a Previdência Social, ao adotar o modelo de manutenção de baixos níveis de despesa, não se expande a ponto de mudar o cenário da

assistência médica hospitalar, o que ocorre após 1945 (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1989:90 e 140). Com a eclosão da II Guerra Mundial, o Brasil torna-se importante no cenário nacional, com sua significativa produção de matéria prima útil aos interesses da Guerra - a borracha, na Amazônia e o manganês, no Vale do Rio Doce -. Com, isto, expande-se novamente a saúde pública, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública - SESP (1942) -, em convênio com órgãos do governo americano e sob o patrocínio técnico e financeiro da Fundação Rockefeller, já que os trabalhadores eram sistematicamente dizimados pela malária e febre amarela (BRAGA e PAULA, 1981:56). Paralelamente, com o desenvolvimento industrial em franco crescimento, a indústria hospitalar, expande-se (década de 50), ao lado da política previdenciária, que passa a exigir atenção médica individual através de atendimento de saúde hospitalar. Os programas de saúde pública mesmo dominantes, não conseguem cobrir as necessidades reais da população e, em 1966, o subsetor de medicina previdenciária da Previdência Social sobrepuja o da saúde pública, em termos de política estatal, e a assistência médica curativa se solidifica (BRAGA e PAULA, 1981:52-3) e vai exigindo, cada vez mais, pessoal qualificado para executar o serviço de enfermagem. Nas décadas de 40 e 50 a enfermagem profissional se consolida na realidade brasileira. No final dos anos 50 havia em todo o Brasil 39 escolas de enfermagem e 67 cursos de auxiliar de enfermagem (Rezende, em SILVA, 1986:80), apesar de ser o atendente a mão-de-obra mais utilizada nos hospitais e nos setores de saúde pública, prática que se amplia nas décadas seguintes. Contudo, é somente em 1962 que o curso de enfermagem assume definitivamente sua condição de nível

superior, uma vez que, desde sua implantação, em 1923, era permitido, após exame, a admissão de candidatos sem o colegial completo, devido a escassa procura pelo curso. Esse fato acarretou o fechamento de diversas escolas (NAKAMAE, 1987:100), vindo a aumentar novamente após 1975, perfazendo 73 cursos em 1979 (BARRROS, 1985:23).

As décadas de 60 e 70 trazem transformações no currículo dos cursos de enfermagem, que passa a enfatizar conteúdos de administração voltados para a área curativa, em detrimento das ciências sociais, que foram excluídas e saúde pública, que foi remetida a cursos de habilitação ou especialização, sendo, portanto, opcional ao estudante. Muitos deles saíam sem conhecer estes conteúdos, fato que se acirra devido ao mercado de trabalho, que neste período, absorvia melhor aqueles com especialização em assuntos de interesse hospitalar. Esta fase coincide com a ampliação do processo de privatização da assistência médica, do estímulo às ações curativas e individuais e às especializações que crescem no conjunto da expansão da industrialização que transforma o setor saúde no período pós-64. "Em todos os países do mundo elevavam-se extraordinariamente os custos da assistência à saúde, em consequência das próprias transformações científicas por que passam o ato médico neste período. Ocorria então uma profunda mudança no saber e na prática médica, que se consubstanciava na maior utilização de medicamentos, na difusão do uso de serviços para o diagnóstico, na utilização mais intensiva de equipamentos médicos. Tais transformações alteravam profundamente toda a concepção do próprio ato médico, diversificando-se as especialidades, diferenciando-se a mão-de-obra empregada;

num paralelismo econômico, a maior presença do capital aprofundava a divisão técnica do trabalho" (BRAGA e PAULA, 1981:87). A enfermagem responde a estas imposições do sistema e engrossa a formação de seus estudantes com conhecimentos técnicos e fragmentados, centrando-se a partir de então cada vez mais nas especialidades médicas curativas e hospitalares.

O início da década de 60 caracteriza-se por uma fase com grandes problemas econômicos e financeiros em meio a um quadro de crise de hegemonia do Estado brasileiro, num contexto ideológico "desenvolvimentista" e "nacionalista" - perfil populista dos governos Jânio Quadros e João Goulart - que fervilha, de manifestações de contestação e rebeldia de diversas formas e segmentos da sociedade. Este processo veio a culminar com o golpe de 64, pelo qual os militares assumem o poder implantando um regime autoritário e repressivo de governo que durou 21 anos.

O movimento de 64 e os governos subseqüentes, principalmente após 68, representam a concretização de um projeto de desenvolvimento capitalista "interdependente" ou "associado", em ensaio no governo Kubistschek, resultante de todo o processo iniciado em 1930, entremeado pelas contradições do próprio sistema capitalista e dos pressupostos do capitalismo monopolista, que é o da internacionalização da técnica. Desta forma, torna-se gritante a valorização da planificação, da técnica, da necessidade de profissionais especializados, pelo vínculo profundo que se redefine e se firma com o capitalismo internacional e com as imposições deste (COVRE, 1982:68). No Brasil, continua esta autora, em oposição à etapa liberal do

capitalismo, sua etapa monopolista caracteriza-se pela ideologia calcada no predomínio da técnica como solução dos problemas sócio-econômico-políticos em meio ao uso intensivo da "burocratização" e "planejamento" em todos os setores. A ideologia da técnica, como forma mítica solucionadora dos problemas, associa-se a de neutralidade ou apoliticidade, camuflando seu uso como arma de controle social e como forma de encobrir o próprio antagonismo (aprofundando-o) existente entre as classes sociais no sistema capitalista (COVRE, 1982:57-9).

A enfermagem brasileira, fundamentalmente conservadora e difusora incontestemente das políticas de saúde adotadas pelos governos, conforme análise de GERMANO (1983), no período de 1960 a 1964 apresenta um volume maior de artigos voltados para a chamada área preventiva, nos moldes vigentes, ficando a área curativa em segundo plano, quadro que muda substancialmente no período após 1965. As áreas de enfermagem médico-cirúrgica - concentradora do uso de técnicas hospitalares - e de administração em enfermagem - burocratizadora da assistência - predominam na produção científica, no ensino e no mercado de trabalho na enfermagem. Além disso, prevalece um entendimento linear e técnico da profissão, que somente sofre pequena alteração no ano de 1979, no XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem, ocorrido em Fortaleza, Ceará, onde têm início debates sobre a "enfermagem e estrutura social" e após 1980, com as publicações de GERMANO (1983), ALMEIDA e ROCHA (1986), SILVA (1986), MELO (1986) e NAKAMAE (1987), dentre outros. Merece destaque também como marco de mudança na enfermagem brasileira, o movimento de renovação ocorrido entre 1979-

1983, que teve seu ponto culminante no XXXVI Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado em 1984, em Belo Horizonte, onde a oposição ao continuismo na direção da ABEn Associação Brasileira de Enfermagem - emerge com força suficiente para alterar o ritmo do tradicional comando da associação, mostrando, mesmo um pouco tardiamente, que é preciso o empreendimento de uma luta inserida num processo geral de conquista da democratização da sociedade, no qual o enfermeiro é um trabalhador com envolvimento técnico, científico e político. Sem dúvida que a década de 80 pode ser tomada como uma fase de grandes transformações na profissão. Além da sua produção científica indicar trabalhos que desafiam a hegemonia do positivismo no setor saúde, outras conquistas foram alcançadas neste período, sendo que a principal delas fica por conta da mobilização de muitos de seus profissionais em participar de eventos envolvendo questões globais de saúde e de interesse da própria profissão. A regulamentação da nova Lei do Exercício Profissional (para substituir a Lei 2.604/55) nº 7.498/86 (BRASIL, 1986) pode ser considerado um desses indicativos de avanços e mobilizações, sem no entanto, merecer muito entusiasmo, uma vez que muito mais precisa ser feito em busca de uma consciência mais ampla da importância da prática de enfermagem no conjunto das ações de saúde e da militância associativa mais expressiva, em busca de soluções coletivas, já que a desesperança, despolitização, passividade e saídas individuais interessam àqueles que dominam o setor.

Neste período ocorrem grandes transformações na sociedade brasileira, principalmente após a segunda metade

da década de 70, frutos, em parte, das alterações econômicas e políticas, do declínio do Regime Militar (1964-1985) e dos movimentos sociais que ganham força em busca de soluções e da redemocratização do país. Os governos, na intenção de controlar a situação e pressionados pelo processo de avanço da redemocratização vão adotando na área social medidas reformistas. A Reforma Sanitária, que se iniciou a partir da década de 70 é fruto, como visto anteriormente, de esforços, propostas e movimentos vários em busca de universalização, equidade, integralidade, resolutividade das ações, descentralização e participação. Confluiu no SUDS (1977) e no SUS (1988), que têm sido alvo de controvérsias e críticas, principalmente pelo descumprimento de princípios conquistados ao longo do processo, como foi o caso, já visto da Lei Orgânica da Saúde, assinada no início do governo Collor.

Além disso, podem ser retomados outros eventos marcantes da década de 80, que se encaminharam em direção aos pressupostos de reformulações conceituais do entendimento do processo saúde-doença, do financiamento no setor saúde e da posição do Estado no que se refere a responsabilidades com as questões de saúde da população e que foram abordados no capítulo anterior. São eles: Prev-Saúde (1981), CONASP (1982), AIS (1985), 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e a promulgação da Constituição de 1988, que traz alterações significativas para a condução das questões de saúde. A enfermagem, através de suas representação tem procurado levar o posicionamento e reivindicações de seus membros, juntamente com as demais categorias do setor saúde, procurando assim, mesmo que ainda

de forma incipiente, conseguir novas conquistas e se posicionar como categoria profissional composta por trabalhadores com direitos de cidadão.

Depreende-se da breve trajetória histórica percorrida pela enfermagem, enquanto profissão da área da saúde, que, apesar das pretensões iniciais de que seu trabalho ocorresse nas ações preventivas, mesmo que ligadas a interesse econômicos, o que ocorreu de fato foi a predominância das ações curativas, ligadas às atividades hospitalares. Vejamos especialmente a localização da saúde ocular do escolar da pré-escola no contexto geral da saúde que aprioristicamente, por suas características, partimos do pressuposto que está inserida no contexto da saúde do escolar e da saúde pública.

O atendimento institucionalizado à saúde do escolar aparece de forma definida em 1938, com a criação e organização do Serviço de Saúde Escolar, do Departamento de Educação, apesar de poderem ser identificados antes desta data, no início da década de 20, atividades pouco abrangentes e pouco estruturadas (LIMA, 1985:141). O enfermeiro, que surge como profissional desde 1923, no Rio de Janeiro, com a criação da Escola de Enfermagem Ana Neri e, em 1942, em São Paulo, com a criação da Escola de Enfermagem da USP, não se faz presente de forma efetiva nos programas de saúde escolar até a década de 80 e de saúde pública até a década de 70, conforme constatado por FERRIANI (1988:169 e 175), espaço que foi ocupado por educadoras sanitárias e pessoal auxiliar de enfermagem, no início, pela falta e escassez do enfermeiro e, posteriormente, pela

sua absorção em outras áreas, predominantemente a hospitalar.

Originalmente, em 1925, com a criação, por Paula Souza, em São Paulo, com apoio da Fundação Rockefeller, do primeiro Centro de Saúde, o enfermeiro estava previsto na equipe de implantação, como no modelo trazido dos Estados Unidos. No entanto, a ausência deste profissional fez com que se buscasse resolver o problema aproveitando professores primários, que após um curso de especialização sanitária no Instituto de Higiene de São Paulo (criado em 1925) pudessem ser encarregados de serviços, que em outros países, são desempenhados por enfermeiras visitadoras de saúde pública (ROCHA, 1987:50-60, ao citar Paula Souza e Vieira). As funções desempenhadas por estes profissionais eram distribuídas nos níveis de execução supervisão e direção, nos quais estavam incluídos os testes de acuidade visual, que faziam parte do atendimento global da criança e do adulto (ROCHA, 1987:63).

O curso formador de educadoras sanitárias é extinto em 1961, quando já havia perdido suas características iniciais e reaberto em 1967, com a denominação de Educação em Saúde Pública e dirigido a candidatos com formação universitária, que passam a exercer funções nos níveis centrais de planejamento e coordenação de programas de saúde pública (MELO, 1981:31-38), ficando as atribuições ligadas à clientela, sob incumbência acentuada do pessoal auxiliar da enfermagem, como o atendente e seus congêneres, sem formação específica e treinados nos próprios locais de trabalho, pelos médicos. Neste período a ausência dos enfermeiros nos serviços de saúde pública não se deve à

falta do profissional no mercado, mas sim a sua absorção pela área curativa, localizada basicamente nos hospitais, além da falta de interesse do setor público por ações preventivas e em contratar pessoal qualificado e mais dispendioso. Essa tendência aumenta, na medida em que a saúde se transforma em setor industrial, sob os auspícios do Estado e a saúde pública vai cedendo seu lugar à área curativa, acontecimento característico do período pós-64.

No final da década de 60 e início da década de 70, em meio ao clima de reformas que se fazia presente, ocorreram modificações na Secretaria da Saúde de São Paulo, com as diretrizes básicas de integração dos serviços a nível local, descentralização executiva, centralização normativa e implantação de sistemas permanentes de planejamento. Um dos setores reorganizados foi o de recursos humanos, priorizando a formação de quadros técnicos em vários níveis de qualificação. É neste momento (1970) que o enfermeiro passa a fazer parte do pessoal de enfermagem da Secretaria da Saúde de São Paulo (ROCHA, 1987:76).

Essas reformas procuram incentivar a saúde pública num momento equivocado, ficando sua validade registrada apenas ao nível das intenções e do favorecimento dos que se beneficiam do clientelismo no serviço público. Nesta época ocorre um intenso crescimento econômico, com desenvolvimento industrial em todos os setores e a presença do Estado como regulador da saúde. O aumento da população urbana supera as previsões, exigindo uma ampliação da cobertura previdenciária, inclusive para trabalhadores até então alijados dos benefícios. Desta forma, os recursos destinados ao setor de saúde são alocados preferencialmente na

Previdência Social, principalmente para compra dos serviços médicos individuais, de grupos ou hospitalares e a saúde pública vai perdendo autonomia e recuando em novos investimentos. Assim, ao lado do desenvolvimento da indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares, os serviços médicos se caracterizam como bem de consumo, contribuindo para o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista, particular e cada vez mais cara.

Neste contexto é implantado o POSE, como analisado anteriormente, e o enfermeiro, dele pouco ou nada toma parte, ficando a efetivação do plano por conta das educadoras sanitárias, que se instalaram na saúde em 1925, e das professoras primárias que se fizeram presentes desde o começo do século e não mais saíram, apesar das controvérsias que permeiam este fato. Além do POSE, o SIAME, também discutido no capítulo anterior, foi efetuado tendo como condições básicas de funcionamento, a existência de um professor - Orientador de Ações de Assistência ao Escolar (DAE) -, incumbido de desempenhar atividades de orientação e coordenação das atividades de assistência à saúde do escolar. Atuando como elo entre o órgão central imediato responsável pelo programa e a escola, este professor recebe treinamento e instruções de um educador de Saúde Pública e não do enfermeiro. Apesar da realidade demonstrar a não-inserção do enfermeiro nos programas de prevenção da cegueira e saúde do escolar, o art. 90 da Lei 4.024/61, que está em vigor ainda hoje por não ter sido revogado pela atual Lei 5.692/71 (fixa as diretrizes e bases da educação nacional), prevê "assistência de enfermagem", mesmo que

subordinada aos sistemas de ensino para provisão, orientação, fiscalização e estímulo, diferentemente do conteúdo do texto da proposta de Lei de Diretrizes e Bases, que tramita nos órgãos governamentais que não prevê especificamente a atuação do enfermeiro, mas de equipes multidisciplinares para orientação e supervisão das instituições de educação infantil, em articulação entre diversos serviços (art. 44), o que vem de encontro ao entendimento de saúde escolar como uma questão abrangente e que necessita atendimento integral.

Por outro lado, existem trabalhos como o de FERRIANI (1988:180-261), que demonstram ser possível a ação do enfermeiro na saúde escolar a nível de função educativa, assistencial e administrativa, preferencialmente pelo profissional com especialização em saúde pública, que representa o elemento de ligação entre a escola, a comunidade e os serviços de saúde existentes (FERRIANI, 1988:265). Este trabalho teve início, numa primeira fase, visando as crianças de apenas uma escola de um bairro da periferia de Ribeirão Preto - São Paulo, uma vez que contava com poucos recursos humanos. Esta escola solicitou ajuda ao Centro Médico local, pois suas crianças apresentavam muitos problemas de saúde. Assim, foi montada uma unidade de Enfermagem na escola para que fosse feito um levantamento dos problemas, seguido de proposta de programa de atendimento. Os trabalhos foram iniciados basicamente pela referida autora (docente da Escola de Enfermagem - USP - Ribeirão Preto), que era coordenadora do programa, e por alunos de enfermagem, que atuavam no Centro Médico e na escola. Mais tarde foram incluídos outros profissionais, como

psicólogo, dentista e médico. A partir daí, outros interesses convergiram para a experiência e o trabalho foi ampliado e estruturado, envolvendo convênios entre a Universidade, FAE, Prefeitura e DAE, incluindo oito áreas peri-urbanas e envolvendo os recursos humanos e materiais disponíveis e mais a contratação de novos funcionários. Nesta fase, os trabalhos com os escolares são ampliados, envolvendo mais profissionais. Sua base de atendimento situa-se nas unidades de saúde locais, onde se encontram os arquivos com fichas sobre cada criança. Em caso de atendimento profissional, a criança é atendida na unidade de saúde em horário diferente do seu horário escolar, acompanhada de um adulto por ela responsável. Na escola são desenvolvidos os levantamentos sobre as necessidades e problemas de saúde das crianças e atividades educativas, inclusive cursos para professores e a comunidade sobre temas ligados às questões da saúde do escolar. O programa, também nesta segunda fase, foi coordenado por uma enfermeira, além de contar com a participação de outras, que desenvolviam atividades junto às crianças, a exemplo da medida da acuidade visual e outras ações, que em outros programas foram desempenhadas pelas professoras. Além disso, a saúde ocular e a prevenção da cegueira, num programa como este, fazem parte do atendimento integral e abrangente que é oferecido ao escolar de todas as idades e não fragmentado e isolado conforme tem sido feito pelos órgãos responsáveis pela saúde no Estado de São Paulo. Quanto ao número insuficiente de enfermeiros disponíveis no mercado de trabalho e apontado como a grande causa da ausência do profissional na saúde escolar, a autora questiona que se a

sua necessidade e relevância fossem criadas, como no exemplo citado, sua presença poderia estar garantida.

Paralelamente é preciso retomar a importância da atuação de uma equipe multiprofissional e utilização conjugada e racional dos recursos disponíveis na comunidade, incluindo-se aí a universidade, em um trabalho abrangente, que vise a saúde integral do escolar de todas as idades, compreendido como um cidadão que pertence a uma determinada classe social.

Na região de Campinas - São Paulo, a partir de 1991, teve início o "Projeto Comunitário de Saúde Ocular Infantil", que visa servir de modelo de atenção primária em saúde ocular infantil (0 a 7 anos). Este projeto envolve a participação de diversos segmentos da sociedade, como Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP -, Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, Fundação Kellogg, Prefeituras Municipais, dentre outros, sob a coordenação do Departamento de Oftalmologia e Núcleo de Prevenção da Cegueira da UNICAMP. Com um enfoque abrangente, o projeto pretende viabilizar o acesso das crianças de 0 a 7 anos aos cuidados oftalmológicos preventivos e curativos, assim como encaminhar para reabilitação aqueles com deficiências irreversíveis que necessitem atendimento adequado. O desenvolvimento do projeto tem ocorrido (plano-piloto em Cosmópolis - SP) nas unidades de saúde, onde as crianças comparecem para triagem visual, com a atuação direta de funcionários dos centros de saúde, professoras de 1º grau, membros de clubes de serviços locais, médicos oftalmologistas (residentes e docentes), enfermeiros, auxiliares de oftalmologia e outros (KARA JOSÉ e cols., 1992).

Deve ser destacado, por outro lado, que apesar de ter sido observado que a saúde ocular e prevenção da cegueira em escolares da pré-escola, que estão inseridas na área da saúde escolar, serem objeto mais propriamente da área da saúde pública, no aparelho formador, responsável pelo futuro enfermeiro, conforme analisado por CINTRA e cols. (1989) os temas sobre oftalmologia, mesmo que de forma não abrangente no país, concentram-se na área médico-cirúrgica, com conteúdos predominantemente de aspectos curativos. Este fato contraditório vem se somar aos muitos outros que permeiam a enfermagem e reforçar a responsabilidade da escola de enfermagem na formação do profissional que poderá interferir ou não no cenário da saúde e no próprio mercado de trabalho, assim como confirmar a ausência do enfermeiro em ações preventivas integrais, nas quais se incluem a prevenção da cegueira e a saúde ocular das crianças menores de 7 anos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DEFICIÊNCIA VISUAL EM ESCOLARES DA PRÉ-ESCOLA: UMA RECOLOCAÇÃO DAS QUESTÕES CENTRAIS SOBRE SUAS MULTIPLAS DETERMINAÇÕES

A saúde, enquanto valor abrangente que mantém o indivíduo em condições de produzir bens econômicos e se conservar com vida, deveria, pela lógica da estrutura político-econômica vigente, ser promovida e preservada. No entanto, contraditoriamente, a própria formação social, que tem gerado a valorização do corpo, da saúde e da vida, tem se mostrado determinante na produção das doenças, bem como da saúde (através da prevenção da doença) como "mercadorias" que se consomem, numa sociedade medicalizada, isto é, invadida, conforme ILLICH (1975), pela prática médica em todas as idades e setores da vida humana. Neste universo estão incluídos os problemas da visão, analisados neste trabalho em suas questões biológicas e sociais, que, como tantos outros problemas de saúde, existem em nossa realidade e poderiam facilmente ser evitados se diversos interesses a eles convergissem.

O sentido da visão faz parte de um todo harmônico do indivíduo e é responsável, em grande parte, pelo seu processo de comunicação com o meio ambiente. Como muitas outras partes do corpo humano, a visão possui um potencial que se desenvolve gradativamente e precisa receber estímulos externos, que serão processados pelo cérebro, numa sequência rápida e sinérgica. Sua maturação sensoriomotora ocorre por

volta dos 5 anos, o que significa que se até esta idade forem detectadas anomalias funcionais poderão ser corrigidas com sucesso, o que não ocorre mais tarde (VAUGHN e ASBURY, 1977:277). A ambliopia funcional e o estrabismo aí se encaixam e representam importantes problemas de visão desta faixa etária que, se forem negligenciados e não tratados, podem levar à diminuição da acuidade visual. Além dessas, outras afecções podem também afetar o sentido da visão da criança em idade pré-escolar, como é o caso dos traumatismos por acidentes e que podem, como as demais, serem evitadas, se medidas preventivas sérias e contínuas forem adotadas. A ambliopia funcional e o estrabismo podem levar à diminuição da visão e são, no entanto, de fácil detecção e tratamento, através de inquéritos visuais em crianças menores de 7 anos e de abordagem na maioria das vezes, não invasiva por meio de oclusão do olho bom, correção ótica e remoção dos fatores (BRIK, 1971:155-157). Trata-se, portanto, de uma questão simples, na sua aparência, e de mais alta importância para o equilíbrio do indivíduo, que se manifesta ao nível do biológico e encontra sua causação principal na realidade social concreta, com suas possíveis soluções ligadas às políticas de saúde, que em nossa realidade, vêm se esquivando de lidar seriamente com medidas preventivas integrais e coletivas de saúde da população.

Na busca de compreender os fenômenos que compõem o processo saúde-doença, diversos modelos de interpretação surgiram ao longo do tempo. No século passado a explicação dos males estava diretamente ligada às condições de vida das populações, que cedeu lugar, juntamente com o desenvolvimento da sociedade, a outros paradigmas.

Atualmente, as questões ligadas às doenças têm sido interpretadas, na maioria das vezes, pela explicação biológica das doenças, como se estas estivessem exclusivamente no indivíduo e fossem de sua responsabilidade (pela falta de higiene, de cuidados com os alimentos, falta de vontade, ignorância, etc.), ocultando, sobretudo, os determinantes externos, situados no modo concreto de vida das pessoas que praticamente são os grandes responsáveis pelos agravos à saúde, bem como os conflitos existentes na sociedade e seus determinantes políticos e econômicos. A saúde, por este prisma, que privilegia o biologismo, é tomada como ausência de doenças ou um estado vago de bem estar, de caráter individual, sem ligação com as outras questões que aí estão envolvidas.

Em contraposição a esta interpretação, que tem sido predominante na saúde brasileira, o fenômeno saúde-doença tem sido analisado também em suas relações com o biológico e o social, em determinados contextos históricos. Por esta ótica, a doença é produto das condições gerais do indivíduo e da coletividade e a saúde, um direito do cidadão e um dever de Estado, expressos na Constituição brasileira em vigor desde 1988. O conceito de prevenção, aí englobado, estaria voltado para a transformação da sociedade, que pudesse garantir condições salutaras de vida para todas as pessoas, onde as doenças não teriam chances de se instalarem, ao contrário daquele entendimento que procura evitar apenas as sequelas dos males já instalados e que esteve presente em grande parte da trajetória da prevenção da cegueira, analisada na terceira parte do primeiro capítulo.

Marcados pelos preceitos preventivistas, nas décadas de 20 e 30, a oftalmologia teve que enfrentar o tracoma, que se alastrava com grande facilidade prejudicando a produtividade dos trabalhadores. Suas investidas foram de encontro à estratégia de se evitar as sequelas, através da distribuição de medicamentos e da difusão de ensinamentos de medidas higiênicas, apesar das precárias condições de saneamento básico das populações urbanas e rurais acometidas pela doença. Além disso merece destaque a obrigatoriedade do uso do método de Credé nos recém-nascidos que com certeza, evitou que problemas oftalmológicos sérios se desenvolvessem nas crianças a partir da década de 30.

Com a expansão do modelo curativo e individual de atendimento que foi se instalando na saúde, as práticas sanitárias vão cedendo lugar às hospitalares. Cresce a ênfase nas doenças e a prevenção da cegueira amplia o conceito de se evitar sequelas, através da adoção de tratamentos cirúrgicos, vindo a ganhar mais impulso no período pós 64, com o agravamento da transformação da medicina em atividade capitalista, pela qual interessam as doenças e os tratamentos sofisticados que dela derivam e são geradores de lucros. Somente em 1976, no conjunto das transformações que se processaram em nossa realidade, é que começam a surgir novas abordagens preventivas para os problemas de saúde ocular, procurando-se adotar ações visando o impedimento da instalação dos agravos, por meio de esforços conjuntos de diversos profissionais e setores da saúde, com iniciativas principalmente daqueles ligados às universidades. Estas mudanças aconteceram em meio ao movimento pela reforma sanitária, que ganhou força em busca

da possibilidade de oferta de um atendimento amplo de saúde a toda população, que foi se ampliando apesar dos insucessos, advindos no bojo das diversas crises que comprometem todos os setores da sociedade.

Assim, o primeiro capítulo deste trabalho procurou, sobretudo, analisar os envolvimento biológicos e sociais de problemas que afetam a visão, especialmente aqueles ligados às crianças menores de 7 anos. A importância desta questão relaciona-se a perda da visão dessas crianças se houver negligência na sua abordagem e não se efetivarem medidas de intervenção nesta faixa etária. A solução destes problemas e de outros ligados à saúde dos escolares da pré-escola está na dependência de um atendimento precoce, correto e sério no conjunto da saúde de nossas crianças, o que nem sempre tem acontecido em nossa realidade.

A criança desta faixa menor de 7 anos esteve, ao longo dos anos, na maioria das vezes, fora do sistema institucionalizado da educação e da saúde, ficando assim duplamente excluída, já que a escola tem sido considerada também como local de se fazer alguns atendimentos de saúde. Após 1988, com a vigência da nova Constituição, fruto de um longo processo de avanços e recuos, as creches e pré-escolas passam a ser consideradas como parte integrante do sistema educacional e, portanto, como um direito social. A criança menor de 7 anos, que até então, não estava incluída no sistema educacional, passa a ser entendida como um cidadão ativo e participante, com direito a frequentar a pré-escola, com fins educacionais e não mais de "guarda" ou compensação das deficiências das primeiras séries do 1º grau. Este fato, fruto de pressões, conquistas e avanços da

sociedade, depende para sobreviver e ir avante, sobretudo da contínua mobilização dos grupos organizados da sociedade em garantir os direitos conquistados. Nossa história tem demonstrado que os governos procuram "escapar" às pressões e responsabilidades e a criação de órgãos burocráticos de atendimentos à infância, geralmente com funções similares e permeados de clientelismo, tem sido uma realidade, principalmente onde há maior vulnerabilidade, como a saúde e a questão dos menores "carentes".

A saúde do escolar faz parte deste contexto e vem sendo, em nossa realidade, abordada, nos diversos momentos históricos, na maioria das vezes, de forma fragmentada, conforme interesses políticos, econômicos, sociais e, sobretudo, reivindicações e conquistas da sociedade em busca de seus direitos, como foi abordado na segunda parte do capítulo II, que privilegiou o período compreendido entre 1973 e 1989 para analisar os programas governamentais de saúde ocular dos escolares do Estado de São Paulo.

O POSE - Plano de Oftalmologia Sanitária - posto em prática a partir de 1973, consistiu num programa educativo e assistencial realizado basicamente no ambiente escolar com a proposta de prevenir e tratar problemas oftalmológicos das crianças matriculadas nas classes de 1ª série do 1º grau e de pré-escola vinculadas ao sistema estadual de ensino. Foi concebido em meio ao clima de euforia do "milagre" brasileiro, compatível com a ideologia dos grandes projetos e implantado num período de crise nacional e internacional, na qual a saúde foi envolvida e procurou saídas, dentre as quais, situa-se a utilização de pessoal com pouca qualificação e baixo custo de mão-de-obra.

O POSE envolveu muitas pessoas na sua execução, marcadamente os professores das classes almejadas. Esses professores eram treinados pelas educadoras sanitárias. Seu papel vai ganhando importância e em 1980 oficializa-se por decreto, ficando a partir de então ratificada sua participação.

Em 1977, no bojo das reformas administrativas ocorridas no Estado de São Paulo, o POSE tem continuidade e passa a integrar o "Programa de Assistência à Criança". No ano seguinte se junta aos projetos de "Orientações sobre Necessidades e Problemas de Saúde do Escolar", posteriormente denominado "Educação em Saúde na Escola" e "Atenção Médica ao Escolar". Em 1979 integra-se ao SIAME - Sistema Integrado de Atendimento Médico ao Escolar" - e em 1980 ao "Diagnóstico Médico Escolar". Assim, em curto espaço de tempo, muitos programas procurando lidar com a saúde do escolar foram criados, nos quais o POSE foi mantido, incluindo-se aí praticamente a mesma forma de operacionalização, que enfatizava a atuação do professor. O ano de 1987 apresenta modificações na forma de gestão das Secretarias da Educação e Saúde, fazendo com que o POSE deixasse de existir nos moldes em que vinha sendo desenvolvido. Em 1989, o Governador Quércia lança por meio de decreto, outro programa de oftalmologia para escolares, agora sob a coordenação das Primeiras-Damas do Estado (no caso - Alaide Quércia - uma médica oftalmologista) e dos Municípios. Este programa tem sido desenvolvido apenas na capital e tem ficado quase que restrito à correção ótica da visão das crianças, cujo título campanha de "óculos escolar", que aparece nos impressos que utiliza, denuncia suas intenções. Mantém, em comum com o POSE, a utilização do

professor como operador principal. Os problemas de estrabismo e ambliopia funcional, além de outros, responsáveis importantes pela diminuição da acuidade visual, nesta perspectiva, recebem pouca atenção. Além disso, um programa instituído para as escolas públicas estaduais nem sempre atinge as municipais, onde se localizam basicamente as creches e pré-escolas, o que evidencia que, desta forma, as crianças menores de 7 anos estão sendo omitidas.

À luz dos fatos analisados no segundo capítulo deste trabalho evidencia-se que as causas biológicas da deficiência visual dos escolares da pré-escola, concretizam-se nas determinações sociais da realidade em que agrupam-se as pessoas. Essa efetivação está diretamente relacionada aos interesses e decisões políticos e econômicos, à conscientização dos grupos organizados da sociedade em reivindicar e manter seus direitos sociais, assim como às condições de vida e trabalho das pessoas. De uma forma geral a saúde representa uma das sínteses do processo de desenvolvimento humano e sem ela o contexto histórico pode tornar-se caótico. Nossa realidade, em muitos momentos, tem demonstrado isso e os governantes, para enfrentar a problemática, têm sido criativos em ampliar e reformular a burocracia do setor saúde adotando diversos tipos de abordagem, desde a multiplicação de órgãos até a adoção da linguagem e metodologia analisada e proposta pelos intelectuais e grupos organizados, que estudam e reivindicam melhores atendimentos em saúde, oferta e garantia de trabalho, queda no custo de vida, educação, etc.. A saúde ocular, incluída nas questões globais de saúde do escolar, demonstrou a fragilidade e fragmentação com que vem sendo

abordada. A criação de planos, programas, projetos e decretos adotada pelos setores responsáveis tem conseguido, no período estudado, atender parte das necessidades de saúde ocular, sem, no entanto, garantir a extensão do direito a todas as crianças na faixa etária correta. As crianças que frequentam creches e pré-escolas municipais particulares e que não estão vinculadas a nenhuma instituição estão sendo omitidas de um direito que lhes é garantido, que é o de ter saúde, aí incluído o direito de enxergar. Esta trajetória demonstra que, apesar de alguns avanços no trabalho de prevenção da cegueira das crianças, a deficiência visual, enquanto fenômeno social, discutida neste trabalho, tem caráter recorrente. Em alguns momentos e para um determinado grupo de crianças, houve uma sistematização de medidas preventivas que permitiram um certo controle. No entanto, sua presença persiste em nossa realidade, apesar do aparente crescimento da consciência social em reivindicar direitos e do estatuto jurídico-constitucional asseverar o direito à saúde.

Além disso, no capítulo II, foi salientado que a estratégia utilizada para lidar com a saúde ocular do escolar representou quase que um esforço isolado, no conjunto das políticas de saúde, com abrangência limitada da população-alvo e utilização em grande parte de trabalhadores da área da educação e não da saúde. Os professores recebiam os "pacotes" de incumbências já prontos, sem terem participado das discussões que precedem a elaboração de qualquer projeto e eram "treinados" para desempenhar as funções referentes à saúde dos escolares. Para isto recebiam apenas um acréscimo de responsabilidades. Assim, a escola,

com essa sequência de planos, projetos e programas de saúde do escolar, consistiu num local onde se desenvolveram atividades típicas da área da saúde, com concentração de atribuições na figura do professor.

Estas questões nos remetem a considerações a respeito da escola e da interseção da saúde no seu meio. Como já vimos, de forma ampla a educação caracteriza-se como uma das práticas sociais, que por sua abrangência e complexidade permeia todas as outras e acontece em todas as esferas da sociedade. Inserida no modo de produção capitalista a educação associa-se à escola e passa a se constituir na forma organizada, institucionalizada de ensinar e de aprender e seu entendimento adjetiva-se, transformando-se em educação escolar e/ou prática educativa. Apesar disso, contraditoriamente, a "educação se define no interior das relações sociais de produção da existência, que se estabelecem entre as classes sociais, numa determinada formação social (FRIGOTTO, 1984:33). Desta forma não se pode reduzir educação a educação escolar, que se processa exclusivamente na escola. As práticas e os problemas sociais não ocorrem isoladamente. Todos têm as mesmas raízes históricas e se misturam. Contudo, a operacionalização da educação, enquanto prática educativa que tem seu "locus" na escola, possui saber específico, que muitas vezes está associado ao currículo escolar e permite abertura de espaço para muitas outras práticas. Neste trabalho, procuramos não fugir ao entendimento de escola como o local, a instituição onde se efetiva a educação escolar, enquanto prática com conteúdo próprio e educação, como prática social que compõe a vida das pessoas e que pode ocorrer na sociedade. A saúde,

outra prática social, pode ser aí incluída e se processar em conjunto com a educação, como é o caso de se desenvolver temas de preservação e promoção da saúde e de prevenção das doenças em todos os meios de comunicação e segmentos da sociedade, inclusive na escola. Neste conjunto o professor toma parte como um dos responsáveis pela educação como um todo. Por outro lado, a saúde tem seu "locus" de atuação, sua prática e seus profissionais específicos e se utiliza, muitas vezes, da educação para executar seu trabalho. Contudo, entendemos que a escola não é o local adequado para que as ações de saúde sejam desenvolvidas. Esta interpretação aparece ligada à visão idealista de que a escola pode resolver os problemas de saúde de seus alunos por meio do fornecimento de informações (e até tratamentos medicamentosos), visão esta ligada às soluções individuais e fragmentadas hegemônicas no setor, em contraposição às medidas coletivas básicas, que são contrárias aos interesses dominantes.

Isto significa que a criação de programas isolados e fragmentados de saúde do escolar, de curta durabilidade e sob a responsabilidade da escola, representam soluções imediatas e de pouca abrangência para as reais necessidades das crianças. São necessárias medidas integrais que atuem através do sistema de saúde, nos níveis locais, com os recursos qualificados e que tenham continuidade e possam garantir avanços. Para isto é preciso articulação entre os problemas de saúde e a realidade social, num trabalho coletivo, no qual os esforços são agrupados em busca de ações contínuas. A Unidade Básica de Saúde local coordena as ações de Saúde e representa a porta de entrada da criança no

Sistema de Saúde. Por sua vez, na escola, ocorrem as ações educativas para a promoção da Saúde e prevenção e detecção precoce de problemas. Portanto, é importante destacar a relevância da articulação entre os recursos disponíveis e a integralidade das ações, uma vez que a abordagem das questões de saúde centralizando-se na educação, que concentra-se no recinto escolar, significa excluir muitas crianças do direito à educação e à saúde, já que não estão inseridas no sistema escolar. Os problemas específicos de saúde precisam ser trabalhados pelas instituições e profissionais da área da saúde em integração com diversos setores a ela ligados. O envolvimento de outros profissionais, ou a formação de uma equipe multiprofissional acabará por ocorrer em programas abrangentes, como é o caso daqueles ligados à saúde do escolar, a exemplo da experiência de FERRIANI (1988) de KARA JOSÉ e cols. (1992), que descrevem trabalhos sistematizados que não se localizam exclusivamente na escola, e nem enfocam o professor como figura central.

Contudo, a realidade tem demonstrado que o enfermeiro, que seria indicado para atuar na saúde do escolar está inserido em atividades curativas da área hospitalar. Desta forma, julgar incorreto e negar o fato de que a saúde ocular do escolar vem sendo feita pelos professores, por meio de decretos e programas isolados e campanhas não contribui para solucionar a situação. Ao contrário, reforça o fato. É preciso, antes de mais nada, conhecê-lo e chegar a admitir que apresentou algum resultado positivo para a população-alvo. Este estudo, procurou justamente compreender os determinantes da problemática em

questão em busca de indagações, para a partir daí, procurar saídas.

A década de 90, apesar das inúmeras conquistas e dos avanços conseguidos, principalmente no final dos anos 80, caminha para um desmantelamento no setor saúde, num quadro de piora das condições de vida da maioria da população, com falta de investimentos e decisão política e piora da rede básica e hospitalar de atendimento à saúde. Essa situação serve como elemento de sustentação do "status quo" que garante e expande a privatização do modelo de assistência médico-sanitária brasileiro, no qual o processo saúde-doença é visto como fenômeno exclusivamente fisiopatológico, com destaque para a doença, que pode ser resolvida por meio de medidas individuais, ligadas a medicamentos e especialidades médicas que fragmentam o corpo, a vida e a morte.

Na esteira deste processo está inserido o enfermeiro, conforme analisado no capítulo III, que evidencia uma profissão historicamente voltada para o cuidado direto e indireto (atividades administrativas) no âmbito hospitalar e secundariamente às atividades preventivas. A década de 80 mostrou que diversos avanços ocorreram na enfermagem, indicando um maior entendimento de seu trabalho como prática social e uma procura, por parte de seus profissionais, em participar ativamente das decisões importantes no cenário nacional e buscar garantias de melhores condições de vida e de trabalho. No entanto, necessário se faz ir adiante em busca de superação das limitações ideológicas, de um redirecionamento da prática de enfermagem, de suas atividades e compromissos, do seu ensino

e produção científica. Enfim, procurando romper o atual quadro que distorcidamente circunscreve-se à área hospitalar em direção de priorizar os interesses coletivos das populações e as medidas preventivas de saúde, saneamento básico e condições humanas de sobrevivência. É preciso que o enfermeiro relacione os fenômenos ligados ao processo saúde-doença como dentro de um processo amplo e sujeito a múltiplas determinações e tome parte de um bloco de forças sociais capaz de construir uma ordenação mais justa dos modos de vida e de atenção à saúde.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALMEIDA, M.C.P. de e ROCHA, J.S.Y. O saber de enfermagem e sua dimensão prática, São Paulo, Cortez, 1986.
- ALMEIDA, M.H.T. de Estado e classes trabalhadoras no Brasil, 1979 São Paulo, Tese de Doutorado - USP, 1979.
- ALVES, L. de S. Causas de cegueira e visão sub-normal no 1985 Centro Louis Braille - Porto Alegre, Arg. Bras. Oftal., 48(2):65-67, 1985.
- ANDERSON, P. As antinomias de Gramsci, IN: ANDERSON, P. et 1986 alii. As estratégias revolucionárias na atualidade, São Paulo, Joruês, 1986.
- ARIÈS, P. História social da criança e da família, 2ª ed. 1981 Rio de Janeiro, Zahar, 1981.
- AROUCA, A.S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Tese de Doutorado, Campinas, FCM - UNICAMP, 1975.
- _____ Crise brasileira e reforma sanitária, 1991 Divulgação em Saúde para Debate, 4:15-18, junho, 1991.
- BARBOSA, N.L.M. e KARA JOSÉ, N. Leucocorias - Traumas oculares, mitos em oftalmologia - glossário, 1980-a Clínica Pediátrica, 5(2):23-26, 1980-a.

- _____ Conjuntivite-patologia das vias lacrimais
1980-b a criança-glaucoma congênito, Clinica
Pediátrica, 5(2):16-22, 1980-b.
- BARRETO, M.L. A epidemiologia, sua história e crises: notas
1990 para pensar o futuro. IN: COSTA, D.C.
Epdemiologia - Teoria e objeto. São Paulo,
HUCITEC - ABRASCO, 1990.
- BARROS, S.M.P.F. de Prática educacional em enfermagem, Anais
1985 do Seminário: A prática de enfermagem e o
currículo de graduação, Ribeirão Preto - SP,
1985.
- BAZUCHI, M.A.S. Importância dos aspectos educativos na pro-
1974 gramação oftalmológica da região da
Delegacia de Ensino Básico de Amparo,
Trabalho apresentado no 19 Congresso Brasi-
leiro de Prevenção da Cegueira - São Paulo,
1974, mimeo.
- BELLETATO, A. Problemas oftalmológicos, Clinica Pediátrica,
1979 3(3):42-46, 1979.
- BERNARDES, S.P. O dilema entre estatização e privatização
1992 dos serviços de saúde no Brasil, Campinas -
SP., Dissertação de Mestrado, IFCH -
UNICAMP, 1992.
- BICAS, H.E.A. et alii. Rotinas de exames do estrabismo, Arg.
1987-a Bras. Oftal., 50(1):13-35, 1987-a.
- _____ Estado atual do tratamento da ambliopia,
1987-b Arg. Bras. Oftal., 50(1):5-12, 1987-b.

- BUDSTEIN, R.C. de A. e FONSECA, C. M. O. Desafio da reforma
1989 Sanitária: consolidação de uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde. IN: COSTA, N. R. et alii. (orgs.) Demandas populares, políticas públicas e saúde, Petrópolis - RJ, Vozes/ABRASCO, 1989. vol. I.
- BRAGA, J.C. de S. e PAULA, S.G. de Saúde e Previdência - estudos de política social, São Paulo, CEBES - HUCITEC, 1981.
- BRASIL, República Federativa Lei nº 7.498/86, Diário Oficial da União, 26/06/1986.
- _____ República Federativa Decreto nº 94.657/87, Diário Oficial da União, 21/07/1987.
- 1987
- _____ Ministério da Educação e Cultura, Lei 5.692/71, Brasília - DF, 1980.
- 1980
- _____ República Federativa Lei 8.080/90, Diário Oficial da União, 20/09/1990.
- 1990
- BREILH, J. Epidemiologia, medicina y política. Quito, Equador, Editorial Universirária, 1979.
- 1979
- _____ El marxismo en la defensa y transformacion de la vida: breves reflexiones sobre sus aportes en la salud. Documentos CEAS, nº 13, Quito, Equador, 1989.
- 1989
- BREILH, J. e GRANDA, E. Epidemiologia e contraegemonia. Documentos CEAS no. 1, Quito, Equador, 1985.
- 1985

- Investigação da Saúde na Sociedade:
1986 guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. São paulo, Inst. de Saúde SP/ ABRASCO, 1986.
- BRIK, M. Profilaxia da ambliopia - contribuição para o
1971 estudo do problema, Arq. Bras. Oftal., 34(6):155-218, 1971.
- BRIK, M. e BRIK, D. Retinoscopia a dois metros: um teste
1989 para detecção de fatores ambliogênicos na população pré-verbal. Rev. Bras. Oftal., 52(4):91-96, 1989.
- BUCI - GLUCKSMANN, C. Gramsci e o Estado - por uma teoria
1980 materialista da Filosofia, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1980.
- BURNIER, J.P. O tracoma no Brasil - sua origem e difusão.
1932 Arq. do Inst. Penido Burnier, 1(1): 62-63, 1932.
- CAMPANHOLE, A. e CAMPANHOLE, H.L. Constituições do Brasil,
1989 10ª ed., São Paulo, Editora Atlas S.A., 1989.
- CAMPOS, G.W.S. Os médicos e a política de saúde, São Paulo,
1988 Hucitec, 1988.
- Um balanço do processo de municipalização
1990 dos serviços de saúde no Brasil, Saúde em Debate, 28: 24-27, Março, 1990.
- A saúde pública e a defesa da vida. São
1991 Paulo, Hucitec, 1991.

- CAMPOS, M.M.M. Assistência ao pré-escolar: uma abordagem crítica. Cad. Pesq. da Fund. Carlos Chagas, 28:53-61, Março, 1979.
- CARMO, A.A. do Deficiência física: a sociedade brasileira cria, "recupera" e discrimina. Tese de doutoramento, Faculdade de Educação, UNICAMP, 1989.
- CEBES e ABRASCO Saúde é qualidade de vida (documento), Saúde em Debate, 36: 7-18, Out., 1992.
- CINTRA, F.A. et alii. Ensino de Oftalmologia na graduação em Enfermagem: levantamento da situação no Brasil - 1987. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo 23(3):243-256 dez., 1989.
- COHN, A. Caminhos da Reforma Sanitária no Brasil. Revista Crítica de Ciências Sociais, 33: 171-188, Out., 1991.
- CONSTANTI, F. V. et alii. Projeto de Oftalmologia Sanitária escolar. Rev. Bras. Oftal., 47(5):307-310, 1988.
- _____ Avaliação das alterações oculares encontradas na aplicação do Projeto de Oftalmologia Sanitária Escolar. Rev. Bras. Oftal., 48(1):39-42, 1989.
- COSTA, M. N. et alii. Estudo da incidência de ambliopia, estrabismo e anisometropia em pré-escolares. Arq. Bras. Oftal., 42: 249-52, 1979.
- COUTINHO, C.N. Gramsci, Porto Alegre, L e PM Editores, 1981.

- COVRE, M. de L.M. A formação e a ideologia do administrador de empresas, 2ª ed., Petrópolis - RJ, Vozes, 1982.
- _____ O que é cidadania, São Paulo, Brasiliense, 1991.
- CUNHA, L.A. Educação e desenvolvimento social no Brasil, 10ª ed., Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1988.
- CUNHA, R.P. et alii. Retinopatia da prematuridade: tratamento e prevenção. Aspectos médico-legais. Arq. Bras. Oftal., 47(4):142-145, 1984.
- DECCA, E. O silêncio dos vencidos, São Paulo, Brasiliense, 1983.
- DIAGNÓSTICO DA PRÉ-ESCOLA NO ESTADO DE SÃO PAULO-1988, 1990. Fundação para o Desenvolvimento da Educação, 1990.
- DONNANGELO, M.C.F. e PEREIRA, L. Saúde e sociedade, 2ª ed., 1979. São Paulo, Duas Cidades, 1979.
- Estatutos do Departamento Regional de São Paulo da Liga Nacional de Prevenção da Cegueira. IN: Arq. Bras. Oftal., 2(3):207-213, 1939.
- FARIAS, N.L. de A cegueira no Brasil: condições atuais da prevenção no país, Arq. Bras. Oftal., 1(32):1-4, 1969.
- _____ Prevenção da cegueira no Brasil. Rev. Bras. Oftal., 34(1):243-259, 1975.

- 1980 Introdução à história da prevenção da ce-
gueira no Brasil. Relatório oficial do IV
Congresso Brasileiro de Prevenção da
Cegueira, Belo Horizonte, 1980, vol. II.
- FAUSTO, B. Trabalho urbano e conflito social, Estudos
1974 CEBRAP, nº 10, 1974.
- FERNANDES, F. Nova República?, 3ª ed., Rio de Janeiro,
1986 Zahar, 1986.
- FERRARINI, M. de L. Contribuição à prevenção da cegueira:
1974 POSE - avaliação das atividades desenvolvi-
das pela Secretaria de Educação de São
Paulo, em 1973, trabalho apresentado no
1º Congresso Brasileiro de Prevenção da
Cegueira - São Paulo, 1974, mimeo.
- FERRIANI, M. das G.C. A inserção do enfermeiro na saúde es-
1988 colar, Tese de Doutorado, Ribeirão Preto-SP,
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP,
1988.
- FIGUEIREDO, H. S. Ambliopia. um problema social no Brasil.
1974 Rev. Bras. Oftal. 33(4):853-858, 1974.
- FIORI, J.L. Introdução. IN: Guimarães, R. (org.) Saúde e Me-
1984 dicina no Brasil: contribuição para um
debate, 4ª ed., Rio de Janeiro, Edições
Graal , 1984.
- FREITAS, C.A. Prevalência do tracoma no Brasil, Rev. Bras.,
1976 de Malariologia e Doenças Tropicais,
28(1):1-4, 1976.

- FRIGOTTU, G. A produtividade da escola improdutiva, São Paulo, Cortez, 1984.
- Fundação Hilton Rocha Ensaio sobre a problemática da cegueira, Belo Horizonte, Senado Federal, Centro Gráfico, 1987.
- FURTADO, C. A formação econômica do Brasil, 7ª ed., São Paulo, Editora Nacional, 1967.
- FURTADO, F. Participação pediátrica em duas grandes causas de cegueira e medidas preventivas. Rev. Bras. Oftal., 47(5):302-305, 1988.
- GARCIA, J.C. Medicina e sociedade: as correntes do pensamento no campo da saúde. IN: NUNES, E.D. (org.) Medicina Social: aspectos históricos e teóricos, São Paulo, Global Ed., 1983.
- GEHRMANN, H.W. Novos métodos da terapêutica do estrabismo, Rev. Bras. Oftal., 18(1): 5-32, 1959-a.
- _____ Psicoterapia da ambliopia, Rev. Bras. Oftal., 18(1):33-37, 1959-b.
- GERMANO, J.W. Estado militar e educação no Brasil: 1964/1985 - um estudo sobre a política educacional, Tese de doutoramento, Faculdade de Educação - UNICAMP, Campinas - SP, 1990.
- GERMANO, R.M. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil, São Paulo, Cortez, 1983.

- GIÉDISE (Grupo Informal de Estudos e Discussões sobre Saúde
1990 Escolar de São Paulo) IN: Rev. Bras. Saúde
Esc., 1(2):31, Abr., 1990.
- GONÇALVES, R. B. M. O processo tecnológico do trabalho em
1991 saúde, Divulgação em saúde para debate,
CEBES, 4, junho, 1991.
- GUANAES, L.P. Reorganização da Secretaria da Educação do Es-
1976 tado de São Paulo (de acordo com o Decreto
nº 7510 de 29/01/76), São Paulo, Ática,
1976.
- GUIMARRES, R. (org.) Saúde e medicina no Brasil: contri-
1984 buição para um debate, 4ª Ed., Rio de
Janeiro, Edições Graal, 1984.
- HABERT, N. A década de 70: apogeu e crise da ditadura mili-
1992 tar brasileira, São Paulo, Editora Ática,
1992.
- IANNI, D. A ditadura do grande capital, Rio de Janeiro, Ci-
1981 vilização Brasileira, 1981.
- _____ Dialética e capitalismo - ensaio sobre o
1982 pensamento de Marx, Petrópolis - RJ, Vozes,
1982.
- IDE, C.A.C. Fundamentos e perspectivas para a questão da
1989 formação e utilização da força de trabalho
na enfermagem, São Paulo, Tese de
Doutorado, Faculdade de Educação - USP,
1989.

- ILLICH, I. A expropriação da saúde - nêmesis da medicina,
1975 4ª ed., Nova Fronteira, 1975.
- JANNUZZI, G. A luta pela educação do deficiente mental no
1985 Brasil, São Paulo, Cortez, 1985.
- KARA JOSÉ, N. Informações Verbais, Faculdade de Ciências
1993 Médicas - UNICAMP, 1993.
- KARA JOSÉ, N e TAIAR, A. Incidência de ambliopia em 1400 es-
1976 colares da cidade de São Paulo em 1975.
Anais do 50 Congresso Latino Americano de
Estrabismo Editora Loyola, 1976.
- KARA JOSÉ, N. et alii. Avaliação do Plano de Oftalmologia
1977 Sanitária Escolar em três anos de sua
aplicação no Estado de São Paulo. Arq. Bras.
Oftal., 40(1): 9-15, 1977.
- _____ Ferimento perfurante do globo ocular na
1981 infância, Rev. Bras. Oftal. 40(3):243-255,
1981.
- _____ Nota sobre "Manual da Boa Visão", Arq. Bras.
1983 Oftal., 46(6):191, 1983.
- _____ Atendimento de ambliopes e prevalência na
1984-a população pré-escolar. Campinas - SP, Bol.
Of. San. Panam., 96(1): 31-37,
1984-a.
- _____ KARA JOSÉ, N. et alii. Causas de deficiência
1984-b visual em crianças, Bol. Of. San. Panam.,
97:405-13, 1984-b.

- 1986 KARA JOSÉ, N. et alii. Plano Nacional de -
Prevenção da Cegueira Anais do VII Congresso
Brasileiro de Prevenção da Cegueira, Porto
Alegre - RS, 2 a 4 de out. /86.
- 1987 KARA JOSÉ, N. et alii. Criação do Núcleo de
Prevenção da Cegueira, Rev. Bras. Oftal.,
46(1):33-36, 1987.
- 1992 Projeto Comunitário de Saúde Ocular
Infantil, trabalho apresentado no X Con-
gresso Brasileiro de Prevenção da
Cegueira, Manaus - AM, 1992.
- 1983 KOWARICK, L. A espoliação urbana, 2ª ed., Rio de Janeiro,
Paz e Terra, 1983.
- 1985 KRAMER, S. O papel da pré-escola Card. Pesq., 58:77-81,
agosto, 1985.
- 1987 A política do pré-escolar no Brasil-a arte
do disfarce, 3ª ed., Rio de Janeiro,
Dois Pontos, 1987.
- 1988-a O desafio da formação infantil é o desafio
de construção de cidadania - ponto de vista
de uma brasileira. Anais do I Congresso de
educação pré-escolar dos países do Cone Sul,
Santa Maria - RS, 1988-a.
- 1988-b A pré-escola como direito social Idéias -
Fundação para o desenvolvimento da
Educação, (1):13-16, 1988-b.

- KRAMER, S. e SOUZA, S.J. e Avanços, retrocessos e impasses
1987 da política de educação pré-escolar no
Brasil, Educação e Sociedade, 28:12-31,
Dez., 1987.
- LAURELL, A.C. A saúde - doença como processo social, IN:
1983 NUNES, E.D. (org.) Medicina social: aspectos
históricos e teóricos, São Paulo, Global
Ed., 1983.
- LAURETTI Fo., A. e ROMÃO, E. Estudo da acuidade visual e dos
1982 vícios de refração em crianças com baixo
rendimento escolar Rev. Bras. Oftal.,
41(5):331-336, 1982.
- LAVINSKY, J. et alii. Levantamento das causas de cegueira.
1977 Anais do VII Congresso Brasileiro de
Prevenção da Cegueira, Porto Alegre - RS,
Out. /86.
- LEAVELL, H. e CLARK, E.G. Medicina Preventiva, São Paulo,
1977 McGraw-Hill, 1977.
- LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO NACIONAL - LDB - Texto
1990 aprovado na Comissão de Educação, Cultura e
Desporto da Câmara dos Deputados, com
comentários de SAVIANI, e cols., São Paulo,
Cortez/ANDE, 1990.
- LIMA, G.Z. de Saúde escolar e educação, São Paulo, Cortez,
1985.

- MACCHIAVERNI FILHO, N. et alii. Levantamento Oftalmológico em escolares de 1ª a 4ª séries do 1º grau da cidade de Paulínia - SP, Arg. Bras. Oftal., 42:189-94, 1979.
- MAGALHAES, P. B. de Rumos da Oftalmologia no Brasil. Arg. Bras. Oftal., 36(2): 33-34, 1973.
- MAIS, F.A. Aspectos oftalmológicos da prevenção da cegueira no Brasil, Rev. Bras. Oftal., 36(3):187-190, 1977.
- MANTEGA, G. Pactos sociais e hegemonia na Nova República, 1986 IN: SANDRONI, P. (org.) Constituinte, economia e política na Nova República, São Paulo, Cortez/Educ., 1986.
- MARCONDES, E. (coord.) Pediatria básica, 4ª ed., São Paulo, 1974 Sarvier, 1974 (vol. I)
- MARSHALL, T.H. Cidadania, classe social e status, Rio de Janeiro, Zahar, 1967.
- MARTINS, A.M. e ALVES, M.L. A municipalização do ensino no Estado de São Paulo: o Decreto 30.375/89 e suas implicações para a escola pública, ANDE (Rev. da Assoc. Nac. de Educação), 9(16):26-29, 1990.
- MELU, C. Divisão social do trabalho e enfermagem, São Paulo, 1981 Cortez, 1986.
- MELU, J.A.C. de Educação Sanitária: Uma visão crítica, Cadernos Cedes, 4:28-43, 1981.

- MENDES, D. et alii Observação de saúde do escolar: manual para o professor, São Paulo, Secretaria de Estado da Educação, 1978.
- MERHY, E.E. Brasil pós-64: financiamento e modelos dos serviços de saúde, IN: SOUZA, G. W. S. e cols. Planejamento sem normas, São Paulo, Editora Hucitec, 1989.
- _____ A saúde (do) pública (o) assassinada (o). 1991 Saúde em Debate, 31:36-37, março, 1991.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA - Departamento de Ensino 1975 Fundamental, Coordenação de Educação Pré-Escolar, Diagnóstico preliminar da educação pré-escolar no Brasil, Brasília, DF, 1975.
- MISHIMA, S.M. et alii. Recursos médicos sanitários do município de Ribeirão Preto - 1984, Rev. Medicina HCFCMRP-USP e CARL, 21(1 e 2):23-42, 1988.
- MOREIRA, J.B. de C. Censo pré-escolar e prevenção da cegueira, Arq. Bras. Oftal., 43(2):53-54, 1980.
- _____ Projeto Osasco - exame de pré-escolares 1983 na cidade de Osasco em 1975, Arq. Bras. Oftal., 46(1):24-47, 1983.
- NAGLE, J. Educação e sociedade na Primeira República. São Paulo, EPU-EDUSP, 1976.

- NAKAMAE, D.D. Novos caminhos da enfermagem, São Paulo, Cortez, 1987.
- NETO, A. de A. et alii. Fatos e datas importantes para a prevenção da cegueira no Brasil. Relatório oficial do IV Congresso Brasileiro de Prevenção da Cegueira, Belo Horizonte, 1980. vol. II.
- NOGUEIRA, R.P. Sobre Jaspers e a visão de mundo do médico liberal. Saúde em Debate, 29: 24-26, junho, 1990.
- OLIVEIRA, J.A. Reforma e Reformismos: uma teoria política da Reforma Sanitária (ou, reflexões sobre a Reforma Sanitária de uma perspectiva popular), IN: COSTA, N. do R. e cols. orgs.) Demandas populares políticas públicas e saúde, Petrópolis - RJ, Vozes/ABRASCO, 1989, vol. I.
- OLIVEIRA, J.A. de A. e TEIXEIRA, S.F. (IM) Previdência Social - 60 anos de história da Previdência no Brasil, 2ª ed., Petrópolis - RJ, Vozes ABRASCO, 1989.
- OLIVEIRA, Z. de M.R. de A creche no Brasil: mapeamento de uma trajetória. Rev. Fac. Educ. - USP, São Paulo, 14(1):43-52, Jan./Jun., 1988.
- ORÉFICE, N.L. Fatores causais dos resultados muitas vezes negativo do tratamento da ambliopia, Arq. Bras. Oftal., 47(1):17-21, 1984.

- DSÓRIO, L.A. Esclarecimento da população em geral sobre ce-
 1969 gueira e sua prevenção. Planejamento. Arg. Bras. Oftal. 32(1):505-58, 1969.
- PAIM, J. Medicina Comunitária - introdução a uma análise
 1976 crítica. Rev. Saúde em Debate, 1:9-12, Out./Dez., 1976.
- PAOLI, M.C. Os trabalhadores urbanos na fala dos outros,
 1987 IN: LOPES, J. S. L. (coord.) Cultura e identidade operária: aspectos da cultura da classe trabalhadora, Rio de Janeiro, Ed. Marco Zero, 1987.
-
- Movimentos sociais, cidadania, espaço
 1991 público: perspectivas brasileiras para os anos 90. Revista Crítica de Ciências Sociais, 33:115-133, Outubro, 1991.
- PELLEGRINI F^o-et alii. A Medicina Comunitária, a questão ur-
 1984 bana e a marginalidade social, IN: GUI-MARRES, R. (org.) Saúde e medicina no Brasil-contribuição para um debate, 4ª Ed., Rio de Jnaeiro, Edições Graal, 1984.
- PEREIRA, C.L. Meio acadêmico de Campinas já enterra mar-
 1991 xismo. Campinas - SP, Jornal Correio Popular, 15/09/91.
- PINHEIRO, P.S. Política e trabalho no Brasil, Rio de Ja-
 1975 neiro, Paz e Terra, 1975.

- PINO, A. A questão do menor e o significado da infância na sociedade burguesa, Educação e Sociedade, 28:32-50, Dez., 1987.
- PORTELLI, H. Gramsci e o bloco histórico, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1983.
- POSE - Plano de Oftalmologia Sanitária Escolar, São Paulo, Secretarias de Educação e Saúde, DAE, 1973, mimeo.
- POSSAS, C.A. Saúde e trabalho: a crise da previdência social, Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1981.
- PRADO, D. A escola como elemento educacional na luta de prevenção da cegueira. Arq. Bras. Oftal., 4(3): 146-151, 1941.
- REHDER, J.R.C.L. et alii. Glaucoma congênito, visão binocular e ambliopia, Rev. Bras. de Oftal., 44(4): 14-21, 1985.
- Relatório apresentado à Conferência Nacional de Prevenção de Cegueira dos Estados Unidos e Associação Pan-Americana de Oftalmologia. IN: Rev. Bras. Oftal., 9(1): 27-36, 1950.
- ROCHA, H. - Formação, aperfeiçoamento e atualização de oftalmologistas. Arq. Bras. Oftal., 1(32):12-21, 1969.
- ROCHA, S.M.M. Fuercultura e enfermagem, São Paulo, Cortez, 1987.

- RODRIGUES, M. de L.V. et alii. A importância para a prevenção da cegueira, da avaliação oftalmológica em diferentes fases da vida, Arg. Bras. Oftal., 48(3):99-102, 1985.
- ROSEMBERG, F. et alii. Creches e pré-escolas, São Paulo, Nobel: Conselho Estadual da Condição Feminina, 1985.
- SANTOS, B.F. e UCHOA, P.P.M. A profilaxia do tracoma em São Paulo, Rev. Bras. Oftal., 14(1):49-56, 1955.
- SANTOS, L. A recentralização do Sistema de Saúde promovida pelo Ministério da Saúde e INAMPS: a flagrante violação de direito líquido e certo de Estados e Municípios, Núcleo de Pesquisas em Direito sanitário da USP, 1991, mimeo.
- _____ A ilegalidade das normas baixadas pelo INAMPS de financiamento do SUS para 1991: contribuições para sua mudança, Saúde em Debate, 31:14-18, março, 1991.
- SANTOS, N.R. O dilema estatista II- de como é forjado o espaço das políticas públicas com exemplos da área da saúde. Saúde em Debate, 28: 5-15, março, 1990.
- SANTOS, W.G. dos Reflexões sobre a questão do liberalismo: um argumento provisório. IN: LAMOUNIER, B.; WEFORT, F. C. e BENEVIDES, M. V. (orgs.) Direito, cidadania e participação, São Paulo, T.A. Queiroz Editor, 1981.

- _____ Cidadania e justiça: a política social na
1987 ordem brasileira, Rio de Janeiro, Editora
Campos, 1987.
- SAO PAULO, Estado Decreto s/nº, Diário Oficial do Estado de
1971 São Paulo, 19/08/1971.
- _____ Estado Decreto nº 15.023/80, Diário Oficial
1980 do Estado de São Paulo, 07/05/1980.
- _____ Estado Decreto nº 26.962/87, Diário Oficial
1987 do Estado de São Paulo, 23/04/1987.
- _____ Estado Resolução SS nº 68/88 Diário Oficial
1988 do Estado de São Paulo, 23/04/1988.
- _____ Estado Decreto nº 30.053/89, Diário Oficial
1989-a do Estado de São Paulo, 16/06/1989.
- _____ Estado Decreto nº 30.514/89, Diário Oficial
1989-b do Estado de São Paulo, 03/10/1989.
- _____ Estado, Constituição do Estado de São Paulo,
1989-c Imprensa Oficial do Estado S.A., IMESP,
São Paulo, 1989.
- _____ Estado Decreto SS - nº 122/90, Diário
1990 Oficial do Estado de São Paulo, 18/08/1990.
- SAVIANI, D. Escola e democracia, São Paulo, Cortez, 1983.
1983
- _____ Sobre a natureza e especificidade da
1984 educação, Em Aberto, 22:1-6, 1984.

- _____ Sentido da pedagogia e papel do pedagogo,
1985 ANDE, 5(9):27-28, 1985.
- _____ Educação, cidadania e transição democrática,
1986 IN: COVRE, M. de L.M. (org.) A cidadania que não temos, São Paulo, Brasiliense, 1986.
- SCARPI, M.J. et alii. Incidência de ambliopia em 1400 escolares da cidade de São Paulo, em 1975. Arg. Bras. Oftal. 40(1):16-23, 1977.
- SCHEIRE, L. et alii. Educação compensatória ou compensação educativa IN: MELLO, G. N. de Escola Nova, tecnicismo e educação compensatória, São Paulo, Edições Loyola, 1984.
- SCHELLINI, S.A. et alii. Estudo de afecções oculares nos pré-escolares da cidade de Botucatu - SP, Rev. Bras. Oftal., 46(2):61-66, 1987.
- SECRETARIA DA EDUCAÇÃO Coordenadoria do Ensino Básico e Normal. Serviço de Saúde Escolar. Plano de Oftalmologia Escolar: relatório, 1975, São Paulo, 1975, mimeo.
- _____ DAE - Departamento de Assistência ao Escolar. Relatório do Plano de Oftalmologia Sanitária Escolar, 1976, São Paulo, 1977, mimeo.

- 1978 SP - Departamento de Assistência ao Escolar. Divisão de Estudos, Normas e Programas em Assistência Médica. Equipe Técnica em Educação em Saúde. Projeto: treinamento de coordenadores de saúde. São Paulo, 1978 (mimeo).
- 1983 SP - Departamento de Assistência ao Escolar. Orientação de Assistência ao Escolar. Atos oficiais específicos, São Paulo, SE/DAE, 1983 (mimeo).
- 1984 SP, Coordenadoria de Estados e Normas Pedagógicas, 2ª ed., São Paulo, 1984.
- 1986 DAE - Programa de oftalmologia Sanitária do DAE/1983: fase escolar e recursos de atendimento médico oftalmológico utilizados, São Paulo, SE/DAE, 1986, mimeo.
- 1988 Programa de Oftalmologia Sanitária Escolar do DAE/1983: fase escolar e recursos de atendimento médico-oftalmológico utilizados. São Paulo, SE/DAE, 1988, mimeo.
- SECRETARIA DA SAÚDE. Coordenadoria de Saúde da Comunidade.
1978 Programa de Assistência à Criança. São Paulo, 1978, mimeo.
- 1987 Programa de Oftalmologia Sanitária no Estado de São Paulo, São Paulo, 1987, mimeo.
- SILVA, G.B. da Enfermagem profissional - análise crítica,
1986 São Paulo, Cortez, 1986.

- SINGER, P. Economia na Nova República: modelos e contra-
1986 dição. IN: SANDRONI, P. (org.) Constituinte, Economia e política na Nova República, São Paulo, Cortez/Educ, 1986.
- _____ Intelectuais de esquerda no Brasil: a
1988 experiência do poder, IN: SOLA, L. (org.) O Estado da transição: política e economia na Nova República, São Paulo, Vértice, 1988.
- SINGER, P. et alii. Prevenir e curar: o controle social
1981 através dos serviços de saúde, Rio de Janeiro, Forense - Universitária, 1981.
- SOLA, L. Choque heterodoxo e transição democrática sem rup-
1988 tura: uma abordagem transdisciplinar. IN: SOLA, L. (org) O Estado da transição: política e economia na Nova República, São Paulo, Vértice, 1988.
- SOUZA, S.J. e Tendência e fatos na política da educação
1984 pré-escolar no Brasil, Cad. Pesq., São Paulo 51:47-53, Nov., 1984.
- TEIXEIRA, S.F. Municipalização da Saúde: os caminhos do la-
1991 birinto, Saúde em Debate, 33:27-32, Dez., 1991.
- TEIXEIRA, S.F. e MENDONÇA, M.H. Reformas Sanitárias na Itália
1989 e no Brasil: comparação, IN: TEIXEIRA, S. F. (org.) Reforma Sanitária: em busca de uma teoria, São Paulo, Cortez Editora/ABRASCO, 1989.

- TEMPORINI, E.R. O Plano de Oftalmologia Sanitária Escolar do
1979 Estado de São Paulo: aspectos técnicos e
administrativos. Dissertação de Mestrado,
Faculdade de Saúde Pública - USP, São Paulo,
1979.
-
- 1986 A saúde do escolar - conduta e opinião de
professores do sistema de ensino do Estado
de São Paulo. Tese de doutoramento, Fac.
de Saúde Pública - USP, São paulo, 1986.
- TEMPORINI, E.R. et alii. Envolvimento de pessoal da comuni-
1983 dade em projeto de detecção de ambliopia em
pré-escolar. Arq. Bras. Oftal., 46(3):85-89,
1983.
- UBEDA, E.M.L. A educação para a saúde na escola: um estudo
1986 de algumas práticas de saúde desenvolvidas
na pré-escola. Dissertação de Mestrado,
Escola de Enfermagem - USP, Ribeirão
Preto, 1986.
- VAUGHAN, D. e ASBURY, T. Oftalmologia geral, 7ª ed., São
1977 Paulo. Atheneu Editora, 1977.
- VAUGHAN, V.C. et alii. Nelson: Tratado de Pediatria, 11ª
1983 ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1983.
- VIEIRA, E.A. Estado e miséria social no Brasil: de Getúlio a
1985-a Geisel - 1951 a 1978, 2ª ed., Cortez
Editora, 1985-a.
-
- 1985-b A república brasileira: 1964-1984, São
Paulo, Editora Moderna, 1985-b.

VIII CONFERENCIA NACIONAL DE SAUDE. Brasilia, 17-21 março,
1986 Relatório Final, 1986.

WEGNER, S.G.J. Um programa de educação sanitária visando a
1989 prevenção da cegueira através de programas
de rádio. Rev. Bras. Oftal., 48(1):39042,
1989.