

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE C/

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

TESE DE DOUTORADO



1150082995

T/UNICAMP  
R296p  
FE

**PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE: trilhas, discursos e sujeitos**

ROGÉRIO DIAS RENOVATO

2009

UNICAMP - FE - BIBLIOTECA

**ROGÉRIO DIAS RENOVATO**

**PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE: TRILHAS, DISCURSOS E  
SUJEITOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação para obtenção do título de Doutor em Educação, na Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, área de concentração:  
Ensino, Avaliação e Formação de Professores ✓

**ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> MARIA HELENA SALGADO BAGNATO**

**Campinas, SP**

**2009**

**UNICAMP - FE - BIBLIOTECA**

UNIDADE = EE  
Nº C...  
TIPO DE P R296p  
V  
TOMBO 30782995  
PROC 16-148-04 © by Rogério Dias Renovato, 2009.  
C  
PREÇO 11,00  
DATA 18/08/09  
CÓD III 449830

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca  
da Faculdade de Educação/UNICAMP**

Renovato, Rogério Dias  
R296p Práticas educativas em saúde : trilhas, discursos e sujeitos / Rogério Dias  
Renovato. – Campinas, SP: [s.n.], 2009.

Orientador : Maria Helena Salgado Bagnato.  
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de  
Educação.

1. Educação em saúde. 2. Vulnerabilidade. 3. Estudos culturais. 4.  
Biopoder. 5. Saúde pública. I. Bagnato, Maria Helena Salgado. II.  
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.

09-042/BFE

**Título em inglês :** Health Education Practice: trails, discourses and subjects

**Keywords :** Health Education ; Vulnerability ; Cultural Studies ; Biopower ; Health Public

**Área de concentração :** Ensino, Avaliação e Formação de Professores ✓

**Titulação :** Doutor em Educação

**Banca examinadora :** Profª. Drª. Maria Helena Salgado Bagnato (Orientadora)

Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

Profª. Drª. Dagmar Elisabeth Estermann Meyer

Profª. Drª. Heleisa Helena Pimenta Rocha

Profª. Drª. Dirce Djanira Pacheco e Zan

**Data da defesa:** 23/03/2009

**Programa de Pós-Graduação :** Educação

**e-mail :** [rrenovato@uof.com.br](mailto:rrenovato@uof.com.br)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

TESE DE DOUTORADO

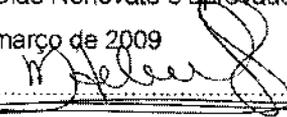
PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE: TRILHAS, DISCURSOS E SUJEITOS /

Autor: ROGÉRIO DIAS RENOVARO /

Orientador: PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. MARIA HELENA SALGADO BAGNATO /

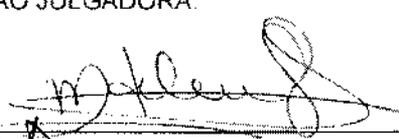
Este exemplar corresponde à redação final da Tese defendida  
por Rogério Dias Renovato e aprovada pela Comissão Julgadora.

Data: 23 de março de 2009

Assinatura: 

\_\_\_\_\_  
Orientador

COMISSÃO JULGADORA:

  
\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_  
Hermano Moraes  
  
\_\_\_\_\_  
Maria Helena Pimenta Rocha  
  
\_\_\_\_\_  
D. A. S. J. P.

2009

## AGRADECIMENTOS

Na revisão de literatura e busca por outras e novas fontes, a parte dos agradecimentos sempre me chamou a atenção. Imaginava o dia em que chegaria a minha vez de fazê-los, de colocar no papel os meus agradecimentos a todos aqueles que contribuíram, que pertenceram de certo modo a essa caminhada de quatro anos.

Finalmente chegou o dia. Trazer à memória as múltiplas vozes, vozes de apoio, falas de saudade, de ânimo, de orientação, de conversas, de gentilezas, de alegrias, e às vezes, não muito alegres. Nessa polifonia, nesse emaranhado de gentes, de autores, de pessoas, de fatos, de fontes, construiu-se essa pesquisa.

Antes de tudo, quero agradecer a Deus sim, pelo seu amor, pelo seu cuidado e proteção, e pelo amparo em todos esses momentos. A Ele o meu louvor e adoração.

À Maria Helena, por ter me auxiliado nessa caminhada não apenas como pesquisador ou docente, mas também como ser humano. Sua generosidade e acolhimento, seu olhar refinado como orientadora, possibilitaram adentrar em outros campos do saber. Sua força e comprometimento reforçam em seus orientandos relações de solidariedade e reciprocidade.

Agradeço à banca de qualificação de doutorado, os professores José Ricardo Ayres, Heloísa Helena P. Rocha e Neusa Gusmão, pelas orientações pertinentes que me auxiliaram a finalizar essa etapa da pesquisa.

Agradeço aos professores José Ricardo Ayres e Heloísa Helena que aceitaram também compor a banca de defesa de doutorado, e com suas leituras e olhares trouxeram preciosas contribuições.

Às professoras Dirce e Dagmar, pelo aceite em participar da defesa e pelas suas contribuições relevantes nesse trabalho.

Ao nosso grupo de pesquisa, o PRAESA, que saudades tenho das nossas reuniões, do convívio agradável, dos nossos almoços, do trabalho coletivo. Sinto saudades da Lúcia, da Greice, da Lourdes, da Cristiane, da Silvana, e mais recentemente daquelas que adentraram ao grupo, Érika e Márcia.

Agradeço à Lourdes, colega do PRAESA e também da Enfermagem da UEMS, pela sua ajuda, e não foram poucas. Pelo seu olhar sempre prestativo e generoso. E pela construção de uma parceria no campo da Educação e Saúde.

Agradeço à Lúcia, também colega do PRAESA, pelo seu acolhimento e companheirismo. Pelo seu auxílio na leitura de minha tese e pelo carinho prestado na qualificação. Obrigado mais uma vez.

Agradeço à Greice, também colega do PRAESA, sua alegria e vivacidade, e pelo seu ânimo em nos incentivar a elaborar artigos, participar de congressos, e por eu ter aprendido um pouquinho da história da Enfermagem.

À Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), que possibilitou meu afastamento em tempo integral, e assim contribuiu para a realização do doutorado.

Ao Curso de Enfermagem da UEMS, docentes, discentes e administrativo, cujo encontro enriqueceu meu olhar para o outro, e onde tenho aprendido com mais profundidade a perspectiva do cuidado.

À FUNDECT pela cessão da bolsa de doutorado, que sem dúvida, contribuiu em muito para a realização desse sonho.

À minha avó Maria Soares Dias, mulher de fibra, forte, determinada, grande exemplo de vida e de fé. Vó, mais uma vez eu agradeço pelo seu apoio e seu amor.

Aos meus tios Sônia e Domingos, que sempre torceram e oraram por mim.

À minha sogra dona Sônia, pelo apoio à nossa família, pela sua presença que nos deu suporte nesses quatro anos, de perdas, mas também de muita vida.

À minha família, meu irmão Renato, minhas cunhadas Hellen e Érica, à Maruza, à Floriza e à Conceição, obrigado.

Aos meus pais, Dario e Elsa, pelo amor. Amor que percorreu todos esses anos, das nossas mudanças de cidade incontáveis, das nossas férias, do sofrimento do vestibular, da saudade e muita saudade quando em Maringá, das nossas parcerias, da família que foi aumentando, e do enfrentamento da dor e das perdas. Graças a Deus, pelos pais que tenho. Pai e mãe, valeu por tudo isso. OBRIGADO!

Ao Felipe e João Pedro meus filhos queridos. Lindos, inquietos, com tanta energia, tanta vida. Das nossas despedidas na rodoviária. Hoje acabou. Da dor da saudade. E da felicidade em reencontrá-los. Passou, eles cresceram. E como cresceram! A vocês, Felipe e João Pedro, meu carinho.

À Crysthiany, pela força, pelo amor e pela coragem em ter enfrentado esses 4 anos. Solidão, saudades, paciência, cuidado. Sim muito cuidado. Sua paciência para ouvir os

ditos da tese, as dúvidas, e as conclusões. E do cuidado ao ouvir, ao escutar e ao compartilhar esses momentos. Pelo suporte e atenção. Enfim pelo seu amor sempre companheiro, OBRIGADO!

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABE	Associação Brasileira de Educação
ABED	Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas
EC	Estudos Culturais
EPS	Educação Popular em Saúde
FSESP	Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
IAIA	Instituto de Assuntos Inter-americanos
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAM	Posto de Assistência Médica
PECE	Programa Especial de Controle de Esquistossomose
PES	Práticas Educativas em Saúde
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PRAESA	Laboratório de Estudos e Pesquisas em Práticas de Educação e Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1:** Auxílios realizados pelo SESP em relação às Escolas de Enfermagem Brasileiras Pág.166

**Tabela 2:** Documentos sobre Educação em Saúde do Ministério da Saúde, 1980 a 1992 Pág.181

## RESUMO

Esta pesquisa tem como objeto principal o estudo das práticas educativas em saúde (PES), sob a perspectiva da multirreferencialidade, que propõe a construção do conhecimento como resultado sempre incompleto de uma conjugação de saberes disciplinares. Entendo que essa pesquisa se aproxima do campo histórico-cultural, tendo como objetivo problematizar as PES em contextos históricos particulares, e assim compreender se elas contribuíram na constituição de subjetividades, a partir de seus discursos, com suas intencionalidades e racionalidades. E assim perceber como e quando as PES emergiram como tema, como discurso e como preocupação histórica. Para essa análise-compreensão utilizei como eixos analíticos, o conceito da vulnerabilidade, os estudos culturais e o biopoder e seus deslocamentos. A respeito dos recortes realizados, afirmo que não ocorreram *a priori*. E sim, a partir dos diálogos e embates com as fontes históricas selecionadas, percebendo nesses emaranhados de discursos, a relevância de espaços e tempos em que se concretizaram as PES. Nas primeiras décadas da República, as PES aparecem como dispositivos que auxiliaram na construção de subjetividades, trazendo para essa população inculta os comportamentos considerados saudáveis naquela época. Esses discursos circularam em espaços, como as escolas primárias e centros de saúde na cidade de São Paulo, em consonância com os saberes da higiene, tentando atingir a consciência sanitária. No Serviço Especial de Saúde Pública (1942-1960), o enfoque inicial das PES recaía sobre as crianças, sobre as professoras primárias, sobre os clubes de saúde, em outro momento posterior, o adulto foi selecionado como sujeito dessas práticas educativas. Percebi deslocamentos nas estratégias educativas, das palestras aos métodos fundamentados no aprender a fazer, na perspectiva da participação. No entanto, as condições sociais do homem rural no Vale do Amazonas e no Vale do Rio Doce ainda eram muito precárias, visto que a proposição de soluções restringia-se ao nível técnico. Sem contar a extensa área de atuação do Serviço Especial de Saúde Pública, que dificultava a disseminação dessa concepção, em um Brasil tão heterogêneo, cenário de negociações e disputas locais. Na contemporaneidade, as PES se deparam ainda com a presença dos modelos tradicionais, que tem na pedagogia da informação e na coerção, resquícios de práticas autoritárias. Em outro momento, as PES trazem as concepções da Reforma Sanitária, do sujeito emancipado, do enfrentamento e da luta contra opressão social. Com o avanço do neoliberalismo, outras e novas matrizes identitárias circularam rapidamente, construindo novas subjetividades, como a do sujeito ativo. Assim, a compreensão das PES, como práticas biomédicas, sociais, políticas e culturais se encontram no fio cortante da tradução e da negociação, o entre-lugar, o terceiro espaço que se estabelece no encontro com o outro; nessa relação de fronteira de saberes, saberes compartilhados imersos em representações provisórias, em histórias e narrativas de sujeitos.

**Palavras-chave:** Educação em Saúde, Vulnerabilidade, Estudos Culturais, Biopoder, Saúde Pública

## ABSTRACT

This research has as its main object, the study of the health education practices (HEP), over the perspective of multi references, which proposes the construction of knowledge as an always incomplete result of a conjugation of disciplinary knowledge. It is understood that this research approaches the historic – cultural field, having as an objective to problematize the HEP in private and historical contexts, and this way, understand if they contributed in the constitution of the subjectivities, starting from its speeches, with its intentionalities and rationalities. And this way realize how and when the HEP emerged as a theme, as a speech and as a historical concern. For this analysis – comprehension, I will use as analytical axes, the concept of vulnerability, the cultural studies and biopower and its displacements. Concerning clippings made, I affirm they did not happen *a priori*. And so, from the dialogues and collisions with the selected historical sources, realizing in this tangle of speeches, the relevance of spaces and times in which the HEP were achieved. In the first decades of the Republic, the HEP appear as devices which help in the constructions of subjectivities, bringing to this hidden population the behavior considered healthy at the time. These speeches circulated in spaces, like the primary schools and health centers in São Paulo, in consonance with the knowledge of hygiene, trying to hit the sanitary conscience. On the Serviço Especial de Saúde Pública (1942 – 1960), the initial focus of the HEP fell over children, over primary teachers, over health clubs, and in a posterior moment, the adult was selected as a subject of these educational practices. I noticed displacements in the educational strategies, from the lectures to the methods reasoned on learning to do, on the perspective of participation. However, the social conditions of the rural man at the Vale do Amazonas and at the Vale do Rio Doce were still very precarious, considering that the proposition of solutions was restricted to technical level. Not to mention the extensive area of actuation of the Serviço Especial de Saúde Pública, which made the dissemination of this concept harder, in such a heterogeneous Brazil, scenery of negotiations and local disputes. In contemporaneity, the HEP encounter themselves even more with the presence of the traditional models, which have in pedagogy of information and coercion, vestiges of authoritarian practices. In another moment, the HEP bring the conceptions of the Sanitary Renovation, the emancipated subject, the coping and the fight against social oppression. With the advance of Neoliberalism, these and new identity matrices circled quickly, building new subjectivities, as the one of the active subject. This way, the comprehension of the HEP, as biomedical, social, political and cultural practices find themselves in the cutting wire of the translation and negotiation, the between – place, the third space which establishes in the meeting with the other, in this relationship of border of knowledge, shared knowledge, submerged in provisory representations, in stories and narratives of subjects.

**Key words:** Health Education, Vulnerability, Cultural Studies, Biopower, Health Public.

## SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	v
LISTA DE ABREVIATURAS.....	ix
LISTA DE TABELAS.....	xi
RESUMO.....	xiii
ABSTRACT.....	xv
SUMÁRIO.....	xvii
INTRODUÇÃO .....	1
<b>CAPÍTULO 1 – PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>7</b>
1.1 Através das Trilhas.....	25
1.1.1 Articulando as PES com o campo da história.....	28
<b>CAPÍTULO 2 - DO RISCO À VULNERABILIDADE: PROPOSIÇÕES PARA O ESTUDO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE. ....</b>	<b>35</b>
2.1 A biomedicina e as práticas educativas em saúde (PES).....	36
2.2 Pedagogia da informação e as práticas educativas em saúde (PES).....	41
2.3 O discurso do risco e as práticas educativas em saúde (PES) .....	46
2.4 Vulnerabilidade como marco conceitual de reflexão e inflexão das PES .....	57
<b>CAPÍTULO 3 – A EDUCAÇÃO SANITÁRIA: DISPOSITIVO DE DOCILIZAÇÃO DO SER HUMANO?.....</b>	<b>71</b>
3.1 Das urbes aos sertões: a construção de espaços higiênicos .....	74
3.2 Instituições da Ciência e da Formação sanitária .....	77
3.3 Leis, códigos, regulamentos e reorganização dos serviços sanitários .....	80
3.4 As práticas educativas em saúde como dispositivo do ideal republicano.....	85
3.4.1 A educação sanitária e as escolas primárias .....	87
3.5 Centros de Saúde como novos espaços da educação sanitária .....	97
3.5.1 As educadoras sanitárias: de normalistas a profissionais da higiene.....	103
3.5.2 O cotidiano das educadoras sanitárias em um centro de saúde. ....	106
3.5.3 A propaganda sanitária: levando conselhos ao povo .....	109
3.6 De Vargas ao pós-guerra: novos e velhos dispositivos .....	114
3.7 Considerações transitórias. ....	116
<b>CAPÍTULO 4 - EDUCAÇÃO SANITÁRIA E O SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA: A DOENÇA NÃO CONHECE FRONTEIRAS. ....</b>	<b>121</b>
4.1 Educação Sanitária: a pedra fundamental da saúde pública .....	125
4.2 A organização da educação sanitária no SESP .....	135

4.3 Os métodos educativos em saúde do SESP .....	140
4.4. A educação sanitária nas escolas e os clubes de saúde: saúde, trabalho e alegria para viver melhor dia a dia .....	147
4.5 A contribuição do SESP para a formação inicial e continuada de profissionais da saúde em nível superior e nível técnico.....	155
4.5.1 – Programa de Treinamento do SESP e o Serviço de Enfermagem .....	158
4.5.2 Contribuição do SESP para o ensino da Enfermagem no Brasil .....	162
4.6 Considerações Transitórias.....	170
<b>CAPÍTULO 5 – AS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DO SUJEITO ATIVO .....</b>	<b>173</b>
5.1 Da educação sanitária para a educação em saúde: permanências e discontinuidades.....	174
5.1.1 Os discursos oficiais sobre a educação em saúde na década de 80 .....	180
5.1.2 A educação em saúde nos postos de saúde: relatos de casos.....	188
5.2 Segurança-liberdade: políticas, estratégias e tecnologias da governamentalidade na construção do sujeito ativo.....	193
5.2.1 – Sujeitos ativos-prudentes-empresendedores-performativos.....	203
5.3 As PES contemporâneas e seu entrelaçamento de discursos.....	207
5.3.1 A PES e a Promoção da Saúde .....	209
5.3.2. As PES e os processos educativos implementados no e pelo SUS.....	212
5.3.3. As PES: das pedagogias culturais à alfabetização em saúde .....	217
5.4 Considerações transitórias .....	223
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>225</b>
<b>FONTES E REFERÊNCIAS.....</b>	<b>233</b>
<b>ANEXO 1.....</b>	<b>279</b>

## INTRODUÇÃO

Por acaso a educação em saúde tornou-se um tema obsoleto, explorado sobre vários matizes, perscrutado em inúmeras pesquisas e confrontado com outros aportes teóricos? Machado de Assis em um texto belíssimo dissertou como os medicamentos envelheciam (2008). Como eles desapareciam das farmácias e das boticas. Em que lugar os remédios de sua infância foram parar? O tema Educação em Saúde também teria o mesmo destino? Diante de tantos campos disciplinares em expansão, as nanotecnologias, os estudos sobre genoma, a educação em saúde finalmente sucumbiu aos novos frescores de temas mais abrangentes e mais instigantes? Finalmente foi abraçada e apagada pelo conceito guarda-chuva chamado promoção da saúde?

Em seu percurso histórico no século vinte, da educação sanitária para a educação em saúde, do higienismo à promoção da saúde, ainda seria possível anelar novidades nesse território. Ou, ainda ressoam pelas escolas, universidades, unidades de saúde, hospitais, associações de moradores, paróquias, igrejas, os mais variados espaços que a educação em saúde ainda é, ainda se resume a palestras, ao enfoque individualista e à mudança de hábitos. Outras dimensões, outras resistências parecem não conseguir romper essa identidade sobre a educação em saúde.

Não se trata de uma visão sem esperanças, mesmo porque na historiografia da educação em saúde, foram e são tantos os pesquisadores/as, homens e mulheres, pensadores/as, cientistas, professores/as, educadores/as que percorreram esse território chamado educação em saúde. Trago aqui, apenas alguns nomes, aqueles que estão em minha memória, sem, no entanto ter a pretensão de que apenas esses e essas esgotam o cabedal de personagens que contribuíram e contribuem para o estudo das práticas educativas em saúde no Brasil. Lembro-me de Maria Antonieta de Castro, Carlos Sá, José Paranhos Fontenelle, Nilo Chaves Brito Bastos, Ruth Sandoval Marcondes, Nelly Candeias, Joaquim Alberto Cardoso de Melo, Eymard Mourão de Vasconcelos, Victor Valla, dentre outros.

A Educação em Saúde tem sido tema de levantamentos bibliográficos e estudos exploratórios, que resgatam a produção brasileira, sendo analisada sob várias perspectivas analíticas, como o processo pedagógico, a visão saúde-doença, as concepções teóricas e os sujeitos envolvidos. Enfim, esse detalhamento de possibilidades analíticas vem comprovar que a minha tese caiu por terra. Isto é, a Educação em Saúde tem sido cada vez mais investigada, e as pesquisas que tratam desse tema ocupam mais espaços nos periódicos nacionais (MELLES, ZAGO, 1999; SILVA, 2001; PEREIRA, 2003b; TOLEDO, RODRIGUES, CHIESA, 2007).

Também encontrei o aumento numérico de pesquisas sobre Educação em Saúde em minha própria busca. Utilizando como descritores os termos educação em saúde e educação do paciente, procurei nas bases LILACS, BDNF e MEDLINE, no intervalo de 1980 a 2005. Como resultado, recuperei 85 artigos, sendo onze publicados no período que vai de 1980 a 1989, trinta e sete artigos, de 1990 a 1999, e trinta e sete artigos, de 2000 a 2005. Logo, ficou evidente pelos números acima a franca expansão de pesquisas que tratam da Educação em Saúde, nos mais variados campos, Hipertensão, Diabetes, Glaucoma, Aleitamento materno, Obesidade, Esquistossomose, dentre outros (anexo 1).

A Enfermagem é a área da Saúde que mais está envolvida com a Educação em Saúde. Cerca de 54% dos artigos selecionados foram publicados em periódicos específicos da Enfermagem, sem contar que os estudos exploratórios sobre Educação em Saúde, citados anteriormente, dos quatro relatados, três são provenientes da Enfermagem. Todavia, seria possível verificar mudanças nas perspectivas tradicionais da Educação em Saúde?

Seria possível afirmar que a Educação em Saúde ainda se configura no modelo biomédico, com enfoque em ações sobre o indivíduo, em estratégias de delimitar condutas através de métodos pedagógicos informacionais? Todavia, espero que com o avanço das pesquisas e das discussões em torno desse tema, essas concepções possam ser reconstruídas, desmontadas e outras possibilidades de fazer e agir enriqueçam o mosaico de saberes que compõe o que hoje entendemos ser Educação em Saúde.

Ao participar de um congresso de Epidemiologia, na cidade do Recife, Pernambuco, em um dos cursos realizados neste evento, entrei em contato com o conceito da

vulnerabilidade e suas potencialidades. E assim, pensei nas várias possibilidades de se trabalhar esse conceito emergente, tentando construir ainda de forma embrionária, uma proposta de pesquisa que pudesse articular o campo da Educação em Saúde com o da Vulnerabilidade, explorar suas aplicações e sua novidade e fertilidade em construir articulações, e estabelecer diálogos com outras áreas do saber.

O caminho escolhido e que hoje está delimitado nesta tese não foi formatado de antemão. Foi sendo tecido lentamente, através de aproximações com outros autores, adquirindo solidez a partir dos debates e seminários no Laboratório de Estudos e Pesquisas em Práticas de Educação e Saúde (PRAESA), Faculdade de Educação/UNICAMP, bem como a procura por respostas aos questionamentos que apareceram nesse percurso.

A minha proposta inicial, que tinha como objetivo analisar as práticas de educação e saúde desenvolvidas por trabalhadores de saúde, junto aos usuários/idosos com hipertensão, nas unidades básicas do município de Dourados – MS ganhou outros contornos. Não pretendia olhar apenas para a realidade atual das práticas educativas em saúde, e sim, compreender como chegamos a esse momento presente. Como essas práticas foram se constituindo e como contribuíram na invenção, na fabricação, na produção de subjetividades? Essa pergunta passou a me conduzir nas trilhas que percorri, e a nortear essa pesquisa.

À medida que fui adentrando nas produções bibliográficas sobre a vulnerabilidade, outro conceito foi emergindo como suporte para esse estudo – o conceito de cultura. Desse modo, articular o conceito de cultura com a vulnerabilidade, pareceu-me cada vez intenso e límpido como estratégia de análise dessa pesquisa. Mais uma vez, a partir de discussões que tivemos no PRAESA, propus articular o conceito de vulnerabilidade com o conceito de cultura a partir dos Estudos Culturais. E aí, outra vez emergiram mais questões: será que esse campo teórico plural poderia contribuir para a minha pesquisa?

E assim a luta por delimitar minha pesquisa, em definir os referenciais, em buscar articular racionalmente encontrava-se em um imbróglio epistemológico. Percebia, sim, a fertilidade dos Estudos Culturais, mas como trabalhar com esse campo tão anti-disciplinar?

Nesses tempos de idéias em efervescência, o caldo de teoremas elevou a fervura, e perdeu o compasso, nas aproximações instigantes com Michel Foucault. Até hoje, não é um encontro tranqüilo e passivo. Suas idéias, suas propostas, suas entrevistas e seminários, seus ditos e escritos possibilitaram outras leituras, remexendo com verdades e provocaram inquietação. Sua escrita literária e até um pouco hermética, inicialmente para mim, provocou, sim, novas angústias e ansiedade em delimitar a pesquisa, que tem um prazo determinado de tempo para se cumprir, para se esgotar, bem como uma finalização, nem que seja provisória.

E por fim, retornando à questão norteadora desse estudo, entrei no campo da história, na visão de Foucault, buscando em fontes, muitas delas já exploradas por outros pesquisadores. Propus, então, encontrar as camadas sedimentadas, as relações, as interdições, as contingências e as suas singularidades. Com muitos pruridos, e até temeroso, adentrei nesse universo da história, traçando diálogos com as fontes históricas que selecionei.

Neste caminho de escolhas teóricas, de tomada de posições, tendo como objeto de pesquisa as práticas educativas em saúde (PES), procurei atentar para suas particularidades históricas em seus tempos e espaços. Assim, pretendo, mesmo que precariamente, considerar as singularidades e deslocamentos, suas diferentes concepções e nomenclaturas utilizadas ao longo do período estudado.

A concepção de Práticas Educativas em Saúde se aproxima da argumentação proposta por Bagnato e Renovato, em que as PES “são práticas que podem envolver trabalhos junto a famílias, grupos, usuários dos serviços de saúde; educação continuada/permanente dos trabalhadores da área de saúde, assim como a educação inicial nos cursos de nível médio e superior e cursos de pós-graduação” (2006, p.96).

Ao assumir esta concepção, aproximo do conceito de práticas, ou seja, considero que as PES são ações detentoras de racionalidades e de significados históricos. As PES envolvem intencionalidades educativas, não se restringindo às informações, orientações e ações com ênfase somente na técnica, mas são processos que ocorrem no encontro entre

pessoas com diferentes culturas e realidades sociais e econômicas, com representações diversas sobre a saúde, e as formas de ser e estar saudável.

Para Bagnato e Renovato (2006, p.88), as PES, como práticas sociais e culturais, “se prestaram muito mais para regular, controlar e disciplinar homens e mulheres, para um certo modelo de sociedade, para um projeto civilizatório”. Ao invés de considerar a multiplicidade do ser humano, como apresentam os estudos da antropologia filosófica que o apresentam em suas inúmeras concepções – o homem ético de Sócrates, o homem racional de Descartes, o homem simbólico de Cassirer, o homem universal de Kant, o homem matéria de Kant, o homem fragmentado de Hall. Isto é, “visões diferentes de homens, visões nem sempre percebidas pelos sujeitos, mas que podem ser interiorizadas [...] esta pluralidade de concepções de ser humano afloram no processo educativo (BAGNATO; RENOVATO, 2006, p.95)”.

Todavia, nas trilhas das histórias sobre as PES no Brasil, vários discursos foram pronunciados em nome de uma consciência sanitária, na busca pela identidade nacional, ou na tentativa de romper com o ciclo da miséria e das doenças presentes. Esses discursos singulares e particulares assumiram sentidos múltiplos e tiveram seus representantes: em geral, os profissionais de saúde e da educação, podendo ter contribuído na formação de identidades nos espaços e tempos específicos.

Desse modo, o objetivo principal dessa pesquisa é:

- Compreender como as PES se constituíram e como contribuíram na constituição de subjetividades, podendo levar à formação de sujeitos.

Como objetivos específicos, delimitei três:

- Conhecer e compreender as PES, como dispositivos de assujeitamento, e sua contribuição na formação de seres humanos disciplinados, sendo o recorte histórico referente às cinco décadas iniciais do período republicano.

- Discutir a contribuição das PES sob a perspectiva do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e suas estratégias e intervenções sobre a população assistida por esse serviço, no período de 1942 a 1960.
- Problematizar as PES no Brasil, no período histórico que vai de 1960 até os dias atuais, tecendo articulações teóricas e epistemológicas, com as concepções de sujeito ativo e sujeito emancipado.

O percurso dessa pesquisa foi distribuído em cinco capítulos, além das considerações finais. Para o primeiro capítulo, relatei o caminho metodológico escolhido, bem como os eixos que conduziram essa análise e compreensão das PES. São eles, a vulnerabilidade, os estudos culturais e o biopoder.

No segundo capítulo, apresentei os componentes teóricos e epistemológicos da vulnerabilidade, tentando tangenciar sua emergência na contemporaneidade com o conceito de risco, biomedicina e pedagogias da informação.

No terceiro capítulo, procurei articular e problematizar a contribuição das PES como dispositivo na invenção do homem republicano saudável, de espaços educativos em saúde fabricados, como as escolas primárias e os centros de saúde, e a docilização do ser humano.

O quarto capítulo tratou das PES realizadas pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), seu modelo de educação em saúde, e a inserção ainda embrionária de concepções, como participação e comunidade.

No quinto e último capítulo, relatei os discursos das PES contemporâneas, seus deslocamentos, as publicações oficiais sobre as PES em 1980, as reformulações das PES sob o ideário da Reforma Sanitária e a constituição atual de outras subjetividades que também ecoam nos espaços e serviços de saúde, como o sujeito ativo.

## CAPÍTULO 1 – PERCURSO METODOLÓGICO

Teremos que saber reconhecer o pensamento no seu  
constrangimento anônimo, persegui-lo em todas as  
coisas ou gestos que lhe conferem uma figura positiva,  
deixá-lo desdobrar-se nessa dimensão do “se”, em que  
cada indivíduo, cada discurso, não forma mais que o  
episódio de uma reflexão.

Michel Foucault<sup>1</sup>

Esta pesquisa tem como objeto principal o estudo das práticas educativas em saúde. Segundo Minayo (2004, p.97), “o objeto é sempre colocado em forma de pergunta – é uma questão – e se vincula a questões anteriores e a indagações de múltiplos interesses”.

A escolha dessa temática como caminho-percurso na construção de conhecimentos não pretende se amoldar aos fundamentos da racionalidade moderna e cartesiana, que propõem o distanciamento entre sujeito e objeto. Pelo contrário, a idéia de implicação, que emerge a partir da abordagem da multirreferencialidade, considera sim, o engajamento pessoal e coletivo do pesquisador, inserindo elementos interditados no positivismo, como suas motivações mais profundas, seus desejos, seus conflitos, sua trajetória pessoal e suas representações (MARTINS, 1998).

Apóio-me na perspectiva da multirreferencialidade, que propõe a construção do conhecimento como resultado sempre incompleto de uma conjugação de saberes disciplinares. Na multirreferencialidade, o pesquisador trilha por outros territórios não se restringindo a um único paradigma metodológico e epistemológico. O conhecimento é tecido como *bricolage*.

Ao propor como objetivo principal desta pesquisa, a análise das práticas educativas em saúde (PES), também me aproximo do conceito de análise sob a concepção de Ardoíno. Para este autor, a análise de um objeto precisa considerar sua complexidade, que se antepõe

---

<sup>1</sup> Trecho extraído da resenha escrita por Foucault sobre o livro *A Filosofia das Luzes*, de Ernst Cassirer.

à análise cartesiana, cuja característica é a decomposição e desmonte, buscando ao final uma síntese, isto é, uma explicação e depuração desse objeto (BURNHAM, 1998).

A análise proposta por Ardoíno reconhece a opacidade do objeto, considerando sua complexidade como processo, e não como objeto estático e individual. Ao analisar as PES, sob a perspectiva da multirreferencialidade, a elucidação desse processo de produção do conhecimento “se renova, se recria, na dinâmica intersubjetiva da penetração, na sua intimidade, na multiplicidade de significados” (BURNHAM, 1998, p.41).

Na multirreferencialidade, a análise é qualificadora e o olhar do pesquisador tenta mais entender que explicar; pois tem por objeto uma realidade explicitamente heterogênea. “A complexidade não deve, portanto, ser concebida como uma característica ou uma propriedade que certos objetos possuem por natureza e outros não, mas deveria muito mais ser concebida como uma hipótese que o pesquisador elabora a respeito do objeto” (ARDOÍNO, 1998, p.36).

Essa abordagem propõe rupturas epistemológicas, ao possibilitar uma análise do objeto, a partir de leituras plurais, sob vários ângulos, não somente diferentes, mas, sobretudo outros. Porém, a multirreferencialidade não pretende ser uma integração desses saberes, visto que, quanto mais se conhece, mais se criam áreas de não-saber. Como afirma Ardoíno (1998, p. 39), “a abordagem multirreferencial não é nem idealista, nem espiritualista [...] sua única ambição limita-se a fornecer uma contribuição analítica à inteligibilidade das práticas sociais”, como as PES.

Diante desse questionamento epistemológico, do apelo deliberado à complexidade através da pluralidade de olhares, supõe-se como exigência a capacidade do pesquisador ser poliglota. Para Ardoíno (2000, p.551), o objeto “se complexifica a partir do momento em que uma inteligência da desordem se elabora para refinar, enriquecer e tornar mais sutil o olhar que se dirige aos fenômenos”.

Assim, a perspectiva da multirreferencialidade possibilita a elucidação de fenômenos sociais, promovendo rupturas com o paradigma da modernidade, fundamentado na epistemologia positivista que se caracteriza pela fragmentação do conhecimento, a

neutralidade do saber, o distanciamento do pesquisador em relação ao objeto, a homogeneização dos caminhos metodológicos e a sua auto-legitimação como único paradigma capaz de possibilitar todo o conhecimento.

Para Martins (2004, p.93), a multirreferencialidade

[...] restaura o espaço de sentido de cada participante da relação e nos permite pensar esse espaço restaurado como circunscrevendo o discurso de um sujeito falante – tanto para aquele que se diz pesquisador como para aquele que é olhado como objeto – libertando o homem da sua condição de objeto.

A perspectiva supracitada possibilita novos debates, dentre eles, o conceito da vulnerabilidade, que se apresenta como um elemento epistemológico emergente, mas em processo de construção, ainda em fase inicial, de suas cruzadas no campo da saúde.

Esse conceito traz consigo a concepção de fragilidade do ser humano imerso nas amarras de um mundo globalizado, porém, ao mesmo tempo, evoca um campo de lutas, de embates e de reconhecimento por direitos, que precisam ser conquistados, operacionalizados e que alcancem o cotidiano de cada cidadão.

Ao fazer uso do conceito de vulnerabilidade em minha pesquisa, é possível empregar esse marco conceitual como elemento operacional da análise das PES. Na verdade, a premissa está em fazer desse conceito, ferramenta de análise dessa pesquisa, explorando suas potencialidades para compreender o processo das PES, em espaços formais de assistência à saúde – como as unidades básicas de saúde (UBS).

O conceito de vulnerabilidade é recente e sua construção está diretamente relacionada com a epidemia da AIDS. O termo vulnerabilidade designa, em sua origem, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania (AYRES *et al.*, 2003b).

O avanço que o conceito de vulnerabilidade alcançou no combate à AIDS deveu-se justamente ao fato de se ter percebido que a epidemia respondia a determinantes cujos alcances iam muito além da ação patogênica de um agente viral específico. A proposta da

vulnerabilidade tem o seu mérito, pelo fato de que pode ser aplicada a qualquer dano ou condição de interesse para saúde coletiva.

A contribuição da vulnerabilidade na análise das PES envolverá a análise articulada de três eixos interligados: componente individual, como o grau e a qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema; componente social que diz respeito, por exemplo, ao acesso aos meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidades de enfrentar barreiras culturais; componente programático, ou seja, o papel do Estado e suas políticas públicas voltadas para garantir o direito à saúde ao cidadão, através de ações planejadas e sistematizadas.

Em relação ao componente individual a concepção da vulnerabilidade não pode e não deve apenas reproduzir os elementos informação e comportamento presentes ainda nas PES, mas acrescentar a essa dimensão “condições que dizem respeito às possibilidades e ao desejo que os indivíduos têm para reconhecerem-se como sujeitos das representações ‘saúáveis’ produzidas e veiculadas nas práticas educativas” (MEYER *et al.*, 2006, p. 1340).

A preocupação em informar ou produzir mudanças comportamentais tão impregnadas no modelo biomédico e que se estende às PES, torna possível, a partir da vulnerabilidade, a construção de um *ethos* que não se reduz a estilos e comportamentos passíveis de escolha ou troca. Castiel, citando Stotz e Valla (2003, p.91), relata que “as pessoas ao viverem suas vidas, buscam construir ordenações totalizantes, mediante processos de *bricolage*; juntam pedaços de impressões, experiências, aprendizados, sob diferentes misturas (narrativas, imagens) com aspectos muitas vezes inconscientes.”

O conceito de vulnerabilidade traz consigo elementos críticos ao modelo biomédico, que adotou como estratégias de combate à AIDS, o conceito de grupos de risco e, posteriormente, comportamentos de risco. Esse modelo fundamenta-se primeiro na proposta kantiana e, mais tarde, na concepção flexneriana, em que a razão e a ciência, e somente elas, podem trazer o esclarecimento (*Aufklärung*), e com isso, a emancipação, a

autonomia e a liberdade. A modernidade, alicerçada em uma razão instrumental, aflorou a ciência e a técnica, que se transformaram em muitas situações de dominação.

A vulnerabilidade, como matriz teórica, apresenta o ser humano fragilizado diante da contemporaneidade e se recusa a aceitar a hipótese de que o ser humano, como indivíduo, é o único responsável pela sua condição patológica. O conceito de vulnerabilidade traz consigo os componentes sociais, que estão entrelaçados com os componentes individuais. E a idéia de se inserir os programas de saúde entre os componentes da vulnerabilidade, reacende a discussão sobre o papel do Estado, o direito à saúde, bem como as políticas públicas de saúde. O conceito de vulnerabilidade amplia a discussão das PES e, mais uma vez, lança outros horizontes no cotidiano dos serviços de saúde. A proposta do conceito de vulnerabilidade é uma crítica à modernidade, chamando a atenção para as patologias oriundas do modernismo, propondo outros caminhos e outras possibilidades.

Na construção desse conceito, alguns elementos compõem esse edifício ainda inacabado. Não se trata de apresentá-lo como antinomia ao conceito de risco, porém, pretende-se dar alguns contornos. Para Ayres *et al.* (2003b), a elaboração teórica da vulnerabilidade compreende a co-presença, a mutualidade, a interferência, a relatividade, a inconsistência, o não unívoco, o não constante, o não permanente, o próprio a certas totalidades circunscritas no tempo e no espaço.

Seu caráter eminentemente relacional e sua abordagem conceitual denunciam a falácia de uma universalização extremada e acrítica. Porém, esse conceito ou forma de raciocínio que nos prepara para a ação não apresenta um caminho metodológico prescritivo.

Como já comentado anteriormente, a vulnerabilidade, didaticamente, apresenta-se constituída em três componentes: o individual, o social e o programático. Essa classificação, porém, não esgota suas potencialidades, mas avança em compreender o processo educativo em saúde realizado em microespaços, onde relações de micropoderes se encontram capilarizadas, sob a tutela de olhares que não se restringem apenas ao indivíduo, mas consideram também a relação desse ser humano com a sociedade, o coletivo e a interferência-ação-intervenção do Estado.

A vulnerabilidade constitui-se em três dimensões, todavia a partir da articulação e o movimento dessas dimensões, a opacidade do objeto de pesquisa vai tomando formas e contornos, a partir da compreensão que avança em territórios do saber com limites cada vez mais difusos. As divisórias rígidas desse conhecimento compartimentalizado esfumaçam-se, sem perder o foco que está na compreensão dessas PES.

Assim, considerei oportuno dedicar o capítulo dois ao conceito de vulnerabilidade e delinear sua historicidade, sua emergência conceitual, sua interface com o risco e suas possibilidades propositivas na contribuição dos estudos sobre as PES, não apenas na contemporaneidade, mas também em incursões espaço-temporais singulares e particulares, visto que sua perspectiva conceitual percorrerá com menor ou maior intensidade as análises realizadas nos capítulos três, quatro e cinco.

Em minha pesquisa, também optei pela cultura como um dos elementos principais que podem ampliar essa compreensão-análise e permitir trilhar por outros caminhos, que vão além do paradigma centrado no biológico, modelo ainda dominante e totalizante na construção do conhecimento em saúde.

O conceito de cultura foi inserido em discussões epistemológicas a partir do século XIX. A evolução desse conceito aproximou-se da educação e da instrução. Logo, um homem culto passou a ser sinônimo de um ser humano letrado, dotado de um espírito ilustrado. Desse modo, estabeleceu-se uma espécie de dicotomia em que o homem culto é sempre um “ser iniciado em formas consideradas superiores de conhecimentos, que se distingue da massa de seus concidadãos pelas qualidades intelectuais” (HELL, 1989, p. 6).

Tal constatação desencadeou uma generalização excessiva e a redução da cultura a um elenco de atividades consideradas nobres. Assim, o conceito de cultura ou *Bildung* é considerada a formação intelectual, moral e estética do ser humano. Não é um meio, mas um fim. Para Goethe e Fichte, a *Bildung* assegura a primazia da cultura em relação à política. A partir da cultura ou *Bildung* os homens podem se tornar livres e autônomos. Essa pretensão ao universal é inerente à ideologia revolucionária desses pensadores e poetas alemães e um dos componentes da modernidade (HELL, 1989).

O conceito de cultura ao longo da modernidade caracterizou-se pelo seu caráter diferenciador e elitista. A articulação da cultura com a civilidade constituiu-se em um “apanágio dos homens e das sociedades superiores” (VEIGA-NETO, 2003, p.9). A idéia de um universalismo idealista também se fez presente nos modelos educativos em saúde, em que a educação é vista por muitos como a solução natural para a “elevação cultural de um povo”, isto é, a educação em saúde constituiu-se em um instrumento para levar informações em saúde, suprimindo a assimetria de saberes entre os seres humanos não cultos.

Todavia essa opção pelo conceito acima, uma escolha interessada e “interesseira” não poderia limitar-se a uma epistemologia carcerária e ortodoxa. A escolha em como trabalhar a cultura nessa análise deveria considerar, para mim, uma visão interdisciplinar. E em segundo lugar, permitir abrir outras janelas, dentre elas um olhar político e crítico, que não apenas desconstruísse, mas acenasse com possibilidades e que reconhecesse os conflitos e as relações de poder, entremeadas nesse espaço de práticas cotidianas.

Assim, além do conceito de vulnerabilidade, escolhi como aporte teórico-metodológico os Estudos Culturais, que tem na cultura seu objeto de conhecimento e de dúvidas. Os Estudos Culturais (EC) nunca foram unanimidade em relação aos referenciais teóricos e também em relação aos métodos utilizados em pesquisa, mas caracterizam-se por tratarem de um projeto político, mesmo que enfraquecido na última década de 90.

Os EC propõem como método, a *bricolage* e não se reduzem a uma única disciplina, todavia se permitem mergulhar em outros saberes. E não foram poucos os instantes, que alguns de seus teóricos, propuseram os EC como sendo anti-disciplinares.

O tumulto teórico dos EC não se caracteriza em um *mixtum compositum*, como uma plêiade de aportes teóricos que trilham por territórios do saber sem objetividade, denunciando a inexistência de fio condutor:

[..] ainda que os estudos culturais, como um projeto, estejam em aberto, não podem ser simplesmente pluralistas desta maneira. Recusam-se, sim, a ser um discurso dominante ou um metadiscurso de qualquer espécie. Constituem, sim, um projeto sempre aberto àquilo que ainda não conhece, àquilo que ainda não pode identificar. Porém, tal projeto possui, também, um certo desejo de conectar-se, um balizamento nas escolhas que faz. Portanto, realmente fará diferença interpretar-se os estudos

culturais como sendo uma coisa ou outra (HALL apud ESCOSTEGUY, 2003, p.69).<sup>2</sup>

Para os EC, a cultura é um conjunto de práticas sociais, práticas discursivas, que circulam sentidos e contribuem na formação de identidades, que são ressignificados e reelaborados. A cultura não é vista mais como subsumida pelo econômico e político, porém, se articula e sofre interferências dessas áreas. Na complexidade e pluralidade desse mundo globalizado, a cultura assume tal relevância.

Para Hall (1997), a cultura assume papel central na constituição da subjetividade, da própria identidade e da pessoa como ator social. E ainda, segundo o autor, “toda ação social é cultural, pois todas as práticas sociais expressam ou comunicam um significado e, neste sentido são práticas de significação” (HALL, 1997, p.16).

Assim, as PES, como práticas sociais, também podem contribuir para a construção de subjetividades e identidades, uma vez que “toda prática social depende e tem relação com o significado” (HALL, 1997, p.33), além do mais, toda prática social possui uma dimensão cultural e tem o seu caráter discursivo.

Sobre a centralidade da cultura e o interesse pelas questões culturais na atualidade, Veiga-Neto traz algumas questões:

Assiste-se atualmente a um crescente interesse pelas questões culturais, seja nas esferas acadêmicas, seja nas esferas políticas ou da vida cotidiana. Em qualquer caso, parece crescer a centralidade da cultura para pensar o mundo. Mas tal centralidade não significa necessariamente tomar a cultura como uma instância epistemologicamente superior às demais instâncias sociais – como a política, a econômica, a educacional; significa, sim, tomá-la como atravessando tudo aquilo que é do social. Assim, assiste-se hoje a uma verdadeira virada cultural, que pode ser resumida, como o entendimento de que a cultura é central, não porque ocupe um centro, uma posição única e privilegiada, mas porque perpassa tudo o que acontece nas nossas vidas e todas as representações que fazemos desses acontecimentos (VEIGA-NETO, 2003, p.5).

---

<sup>2</sup> Adotei intencionalmente a tradução de Ana Carolina D. Escosteguy. O mesmo texto de Stuart Hall também pode ser encontrado no capítulo *Estudos Culturais e seu legado teórico*, do livro *Da diáspora: identidades e mediações culturais*, 2003.

Assim, a partir dos EC, é possível verificar que o processo educativo, ora limitado às paredes de sala de aula de uma escola ou em uma sala de um centro de saúde, também ocorre nos espaços informais, através de artefatos que colidem e se fazem presentes nas atividades diárias de cada ser humano. São os filmes, os *outdoors*, as músicas, os programas de rádio, a televisão, as fotografias, os *shoppings*, a internet. Essa multiplicidade de momentos instantâneos educativos, que se repetem, exaustivamente, também transmite temas da saúde, também educam. Assim, as PES aplicadas em um espaço formal entrecruzam-se com outros saberes apreendidos pelos seres humanos através dos mais variados artefatos culturais<sup>3</sup>.

A proposta dos EC em romper com as concepções elitistas da cultura, caracterizada por um movimento das margens para-contrá o centro, caminhou pela ruptura dos binarismos epistemológicos entre a alta e a baixa cultura. A cultura e os deslocamentos de seus sentidos passam a ser vistos como um lócus de lutas ideológicas, de resistências e palco de “incorporações”.<sup>4</sup>

O conceito de cultura assume, então, sentidos mais amplos, passando a incluir não apenas as artes e as formas de produção intelectual tradicionais, “mas também todas as práticas significativas – desde a linguagem... até o jornalismo, a moda e a publicidade – que agora constituem esse campo complexo e necessariamente extenso” (WILLIAMS, 2000, p. 13)<sup>5</sup>.

Segundo Barros (2004, p. 57):

[...] negligenciava-se o fato de que toda vida cotidiana está inquestionavelmente mergulhada no mundo da cultura. Ao existir, qualquer indivíduo já está

<sup>3</sup> Segundo Costa (2002) e Steinberg e Kincheloe (2001): todos os locais da cultura, em que o poder se organiza e se exercita, como programas de TV, filmes, jornais, revistas... entre tantos outros são espaços que educam, praticando pedagogias culturais que moldam nossa conduta.

<sup>4</sup> As primeiras manifestações dos EC ocorreram na Inglaterra, ao final dos anos 50, a partir dos trabalhos de Richard Hoggart (*The uses of literacy*, 1957), Raymond Williams (*Culture and society*, 1958) e Edward Palmer Thompson (*The making off the english working-class*, 1963). Essa afirmação parece ser lugar-comum, segundo Escosteguy (2001).

<sup>5</sup> “Raymond Williams propôs tanto o reconhecimento das práticas comuns quanto das obras criativas na composição do conceito de cultura. Dessa forma, o *modo de vida global* não se refere meramente a uma expansão antropológica e descritiva da cultura como, aliás, é muitas vezes incorporada entre os próprios praticantes de estudos culturais. Sua concepção, embora implicasse no reconhecimento das práticas culturais populares, não pressupunha a exclusividade destas como constituintes da cultura (ESCOSTEGUY, 2006, p.6).

automaticamente produzindo cultura, sem que para isto seja preciso ser um artista, um intelectual, ou um artesão. A própria linguagem, e as práticas discursivas que constituem a substância da vida social, embasam esta noção mais ampla de Cultura.

A cultura qualificada como sendo ordinária<sup>6</sup>, decorrente da experiência vivida de homens e mulheres comuns, construída na prática cotidiana, permitiu aos EC abrirem-se para diferentes objetos de estudo e trilharem diferentes áreas do conhecimento. Os rituais da vida cotidiana, suas práticas e instituições, ao lado das artes, são constitutivos da formação cultural.

A teoria da cultura de Raymond Williams considera a cultura como um modo de vida global. Conforme sua teoria, a cultura não é apenas prática, nem a soma de costumes e culturas populares, mas perpassa por todas as práticas sociais e constitui a soma dos inter-relacionamentos das mesmas (HALL, 2003).

No transcorrer dos anos dos EC, podemos atentar para as várias influências teóricas e suas diferentes conjunturas. “Os EC são uma formação discursiva, no sentido foucaultiano do termo” (HALL, 2003, p.200). Suas aproximações com o estruturalismo e marxismo não refletem uma convivência tranqüila. O que se pode verificar é um desenvolvimento desordenado, porém irregular. Hall ainda acrescenta que: “o que importa são as rupturas significativas – em que velhas correntes de pensamento são rompidas, velhas constelações deslocadas e elementos novos e velhos são reagrupados ao redor de uma nova gama de premissas e temas” (HALL, 2003. p.132).

---

<sup>6</sup> No ensaio *Culture is Ordinary*, de autoria de Raymond Williams (1989), publicado inicialmente em 1958, evidenciou-se a proposta de reformulação teórica e a constituição de um novo campo. Segundo Cevasco (2001, p.55), “a cultura como todo um modo de vida envolve processos e não apenas produtos culturais. Para dar conta dessa percepção é preciso mudar não só o que se estuda – para abarcar as inúmeras formas de significação, assim como as convenções e instituições, mas também, esta mudança radical, como e porque se estuda. Os *cultural studies*, porém, não interessam apenas porque expandem o campo e os métodos da literatura ou da sociologia ou da antropologia. Interessam porque exprimem uma posição relevante para se entender a cultura”.

A relação entre os EC e o marxismo resulta de uma crítica ao modelo base e superestrutura e ao seu reducionismo economicista. A ortodoxia, o caráter doutrinário, o determinismo, a imutável lei da história e o seu estatuto como metanarrativa foram considerados como elementos que aprisionavam o marxismo. Assim, segundo Hall (2003, p.205), “a noção de que o marxismo e os estudos culturais encaixaram um no outro, reconhecendo uma afinidade imediata entre si e dando as mãos em algum momento de síntese hegeliana ou teleológica – consistindo este no momento fundador dos estudos culturais – está totalmente errada.”

A contribuição do legado marxista para os EC pode ser assim resumida: os processos culturais estão intimamente vinculados com as relações sociais; a cultura envolve poder, contribuindo para produzir assimetrias nas capacidades dos indivíduos e dos grupos sociais; e por último, a cultura não é um campo autônomo, nem externamente determinado, mas um local de diferenças e de lutas sociais (JOHNSON, 2004).

As contribuições dos EC para o estudo das PES consistem, de acordo com Guareschi *et al.* (2003, p.37), em “reconhecer a capacidade dos sujeitos sociais de manifestar diferentes práticas simbólicas, sendo que estas estão situadas em um determinado contexto histórico”. Desse modo, no encontro que se dá entre seres humanos em um espaço formal, onde se realizam ações de saúde como as UBS, as ações sociais adquirem relevância, levando em conta também as práticas da vida cotidiana e não apenas a hegemonia do saber biomédico-alta cultura, em detrimento do saber do ser humano, objeto de intervenções educativas em saúde, considerado, muitas vezes, de baixa cultura.

A cultura compreende os processos que dão sentido ao nosso modo de vida, ou seja, através da linguagem a cultura produz e reproduz os significados sociais<sup>7</sup>. Desse modo, o conceito de cultura pode auxiliar a compreender as identidades e subjetividades construídas

---

<sup>7</sup> Os significados são produzidos pela linguagem, cujo caráter produtivo encontra-se articulado com a noção de representação. A representação por sua vez envolve práticas de significação através das quais estes significados possibilitam compreender as experiências da vida, sendo específicas em espaços e tempos históricos singulares. Na obra *Work of Representation* (1997) Stuart Hall analisa o conceito de representação. Para Hall, a linguagem funciona através da representação, ou seja, os significados culturais têm efeitos reais e regulam práticas sociais. O reconhecimento desses significados contribui na constituição de identidades e nos interpelam a ocupar posições construídas em práticas discursivas.

através de práticas de significação, como no caso das PES. As PES, inseridas em seus limites históricos, podem ou puderam ter contribuído no assujeitamento de nossas condutas e de nossas ações, através de processos de regulação permeados de significações culturais.

Como elemento que articula as dimensões da vulnerabilidade, a cultura conduz através da regulação social, a conduta dos indivíduos e da sociedade, produzindo identidades e diferenças. Assim, “a cultura implica em relações de poder, onde significar é fazer valer significados particulares de um grupo social sobre o significado de outros grupos sociais” (SILVA, 2003, p.23).

Ao partir do pressuposto de que o universo sócio-cultural influencia nas formas como os sujeitos cuidam de si, o conceito de cultura poderá ou não elucidar a seguinte assertiva: Quais as representações (discursos, vivências, subjetividades) que os seres humanos possuem sobre sua doença e os cuidados de si e como tais saberes podem contribuir na análise das práticas educativas?

As questões levantadas acima podem encontrar nos EC possibilidades de algumas respostas, isto é, como esses sujeitos compreendem a si mesmos dentro da cultura e como esses conhecimentos imbricados nas mais diversas esferas da vida são produzidos em diferentes momentos históricos.

Para Guareschi *et al.* (2003, p.45), “ a questão do sujeito nessa perspectiva passa a ser pensada através da cultura, dentro dela [...] Os sujeitos e suas subjetividades são, então, produzidos parcialmente de modo discursivo e dialógico”.

A biomedicina, com seu caráter homogeneizante, ampliando as tecnologias de poder, através da medicalização, pode desconsiderar outras racionalidades, outras possibilidades. O conceito de cultura e seus sentidos poderão auxiliar não apenas na análise das PES, como também na proposição de outros olhares, auxiliando os profissionais de saúde a reconhecer a alteridade ou o universo sócio-cultural dos seus “pacientes”. E, assim, atenuar a assimetria do saber muitas vezes qualificada como ignorância ou falta de cultura (TESSER, 1999). Logo, a compreensão das PES sob a ótica da vulnerabilidade e suas

aproximações e diálogos com os EC, permitirá outros trajetos menos totalizantes e mais fecundos.

A aproximação com os campos da Educação e da Saúde expressa, portanto, a potencialidade dos EC como “teoria viajante”, admitindo, conforme Holanda (1997), sua vocação para transitar por variados universos simbólicos e culturais. É a teoria que viaja mais facilmente (SCHWARTZ, 2000).

Para Escosteguy (2003, p.53),

[...] a expansão do projeto dos Estudos Culturais para outros territórios é um processo de negociação cultural. Cada um desses lugares onde os Estudos Culturais estão chegando está envolvido um processo de re-articulação e re-contextualização de suas posições teóricas. Nesse movimento, os termos vão mudando, existindo uma apropriação particular. Em qualquer processo desse gênero há elementos que permanecem, mas também existem outros que mudam sua face. Se não fosse assim, o processo estaria incompleto, pois não daria conta das particularidades da sociedade em análise.

No campo da Educação, já existem muitas produções nacionais acadêmicas tecendo articulações com os EC e alguns desses exemplos foram citados por Costa, Silveira e Sommer (2003)<sup>8</sup>. Na área da Saúde embora a articulação com os EC ainda seja incipiente, já é possível encontrar algumas produções bibliográficas, como teses, artigos e livros que trazem essa temática<sup>9</sup>.

Nesse território de articulações, de dobradiças, de pensamentos em expansão, considero fecundo me aproximar do referencial foucaultiano sobre biopoder para a análise das PES. A analítica do biopoder como poder positivo, segundo Foucault (DREYFUS; RABINOW, 1995), não assume o tipo de valoração que identifica negativo como mau e positivo como bom. O fator positivo atribuído ao biopoder é pensado como relações de forças que criam o real, criam sentimentos, criam corpos, vontades e desejos.

---

<sup>8</sup> *Estudos Culturais em Educação*, organizado por Costa (2000), *Infância e Maquinarias de Bujes* (2002), *Educação em tempos de globalização*, organizado por Schmidt (2001) e *Professoras que as histórias nos contam*, organizado por Silveira (2002).

<sup>9</sup> Renovato *et al.* (2006); Kruse (2004); Meyer *et al.* (2004); Oliveira *et al.* (2004); Santos (2002).

O deslocamento apresentado por Foucault – das práticas para os objetos – poderá contribuir para a análise das PES. Assim, tomando por base essa proposta, não se parte mais do objeto para mostrar como ele tem sido operacionalizado, como tem se manifestado e diferenciado ao longo da história, mas sim, chegar ao objeto a partir do estudo das práticas e perceber de que maneira(s) e quando as PES emergiram como tema, como discurso e como preocupação histórica. Em outras palavras: “o ponto de partida se torna agora terminal. E nossa tarefa seria então desconstruí-lo, revelando as imbricadas teias de sua constituição e naturalização” (RAGO 1995, p.74).

Aproximo-me da hipótese de Caliman (2001), em que o biopoder é delimitado por dois percursos genealógicos, em vez de utilizar uma classificação estanque, mesmo porque a caracterização desse tipo de poder na obra foucaultiana não se apresenta de forma definida, como um conceito rígido e estático. Essa mesma autora afirma que a conceitualização de biopoder não é precisa, visto que esse termo ora se confunde com a biopolítica, como se fossem sinônimos, ora como derivação do segundo pelo primeiro, assumindo contornos variados e muitas ambivalências.

O conceito de biopoder no primeiro deslocamento foi mais bem delineado no último capítulo de *A vontade de Saber* (Foucault, 2005a) e na última aula do curso *Em defesa da sociedade* (Foucault, 2005c). Esse conceito ressalta a noção de um poder que se constitui na articulação entre a tecnologia disciplinar, voltada para os indivíduos, e a tecnologia biopolítica, dirigida à população.

Ainda sob o mesmo prisma, o biopoder é visto como um poder que incide sobre os corpos e que emergiu nos séculos XVII e XVIII, desenvolvendo outra mecânica de poder, o de gestão e maximização da vida: “o poder penetrou no corpo, encontra-se exposto no próprio corpo” (FOUCAULT, 2006a, p.146).

Neste primeiro percurso genealógico, o biopoder caracteriza-se por um momento notadamente disciplinar. A disciplina é uma das formas de biopoder que torna possível suas objetificações, ou melhor, contribui na construção de identidades e sujeitos.

[...] o primeiro (poder) a ser formado, ao que parece, centrou-se no corpo como máquina: no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos – tudo isso assegurado por procedimentos de poder que caracterizam as disciplinas: anátomo-política do corpo humano (FOUCAULT, 2005a, p. 131).

Desse modo, a articulação entre as tecnologias disciplinar e da biopolítica, por meio da politização da população, auxiliaria na análise das PES, entendendo que tais práticas viriam a contribuir na constituição dos sujeitos. Essa possibilidade pode encontrar respostas a partir da expansão do biopoder, como referencial analítico no estudo de temáticas contemporâneas, desde que exista a precaução necessária ao se fazer uso do conceito e se pondere que também há outros deslocamentos, os quais ainda produzem a individualização e a totalização da vida humana.

A materialidade do biopoder ganhou um importante aliado, a medicina. A medicina passa a ser percebida como uma estratégia de biopolítica, que permite a articulação entre a mecânica da disciplina e a regulamentação das populações. Para Foucault (1997), a medicina é a ciência da normalidade dos corpos que possibilita o panoptismo<sup>10</sup>, ou seja, a vigilância generalizada e constante, através da observação do corpo-máquina. Por intermédio da medicina, o biopoder se expande e assume papel central na constituição das subjetividades.

Para Caliman (2001, p. 34),

[...] a medicalização das sociedades modernas acompanha e possibilita a expansão do Biopoder, tanto nas estruturas de centralização do poder como nos domínios que formam a trama tênue do social. Em todo este processo, a garantia e a busca da saúde configuram-se como objetos centrais no exercício e generalização do poder sobre a vida.

---

<sup>10</sup> Metáfora apresentada no livro *Vigiar e Punir*, de Michel Foucault, referente à forma de controle e poder que segue o princípio do panóptico de Bentham, dispositivo penitenciário em que os prisioneiros ficavam sob vigilância, porém nunca sabiam se estavam, de fato, sendo vigiados ou não (SILVA, 2000, p.87).

Com base na perspectiva foucaultiana, a especificidade da medicina moderna passa a ser a constituição da individualidade, isto é, da conduta individual como objeto da atenção médica. Esse caráter individualizante e totalizante do biopoder que articula os cuidados em saúde faz com que o sujeito adquira uma preocupação permanente com a própria saúde. Os componentes da tecnologia disciplinar estão imbricados em práticas de auto-regulação, autodomínio, apreendidas também e não somente a partir das PES, incentivando os sujeitos a uma constante disciplina da alimentação, da higiene, dos exercícios físicos, das relações sexuais, entre outros (PINHEIRO, 2006).

Para o segundo percurso genealógico do biopoder, a noção de poder não está mais vinculada somente à ação exercida sobre um corpo com a finalidade de adestrá-lo, mas sim, sobre a ação que se exerce sobre outra ação. Desde então, o exercício de poder não age direta e imediatamente sobre os outros: trata-se de uma ação sobre a conduta, seja ela eventual, presente ou futura. Neste deslocamento, o sujeito docilizado, passivo e dominado cede espaço ao sujeito ativo<sup>11</sup>, que é capaz de cuidar de si. A liberdade de ação é condição indispensável para essa nova especificidade do biopoder.

Em tal situação, o poder é exercido somente sobre o sujeito livre, individual ou coletivo, que possui diante de si um leque de condutas a serem seguidas e comportamentos passíveis de se concretizar. A arte de governo e suas versões a partir do Estado consideram as relações de poder nas sociedades modernas não mais por meio dos dispositivos de dominação das relações de guerra. A racionalidade desse governo de e sobre os homens e suas subjetividades envolve o governo do *Omnes et Singulatum* (do todo e de cada um), como forma predominante do exercício do poder.

A essa ruptura da arte de governo que inaugura uma nova racionalidade política e que convive com os modelos anteriores de governo, Foucault denominou governamentalidade. O enfoque da governamentalidade é centrado na população, não como

---

<sup>11</sup> No prefácio da edição espanhola do livro *Foucault y la Educación: disciplinas y saber*, organizado por Stephen J. Ball (2001) com o subtítulo *Del sujeto disciplinado al sujeto activo?*, Julia Varela comentou sobre a mudança de temática nos últimos textos foucaultianos – História da Sexualidade II e III, em que Foucault passou a tratar de técnicas e práticas através dos quais os sujeitos modificavam ativamente ao ocupar de si, tornando-se aptos para atuar tanto no plano individual, como no plano político e social. Assim, segundo Varela, as práticas de si seriam também práticas de resistência às tentativas de homogeneização e dominação.

uma “simples soma dos sujeitos que vivem num território [...] como uma coleção de sujeitos de direito, nem como um conjunto de braços destinados ao trabalho” (FOUCAULT, 1997, p.84), todavia estende-se ao domínio da biopolítica, “que tende a tratar a população como um conjunto de seres vivos e coexistentes, que apresentem traços biológicos e patológicos particulares e que, por conseguinte, dizem respeito a técnicas e saberes específicos” (FOUCAULT, 1997, p.86).

Assim, nas palavras de Foucault, a governamentalidade é entendida como:

O conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer essa forma bem específica, bem complexa de poder, que tem como alvo principal a população, como forma mais importante de saber, a economia política, como instrumento técnico essencial, os dispositivos de segurança... a tendência, a linha de força, que em todo o Ocidente não cessou de conduzir, e há muitíssimo tempo, e em direção à preeminência desse tipo de saber que se pode chamar de “governo” sobre todos os outros: soberania, disciplina (FOUCAULT, 2003a, p.303).

As tecnologias governamentais avançam sobre a educação, as instituições, a família e sobre o governo de si, de modo que o autor ainda acrescenta: “eu chamo de governamentalidade este contato entre as tecnologias de dominação sobre os outros e as tecnologias de si” (FOUCAULT, 1988, p.19).

Assim, esse deslocamento de um poder que se fundamenta nas preocupações com a população e sua segurança engendra o conceito de regulação, que tem o objetivo de proteger a sociedade e prioritariamente expandir esse governo, através de tecnologias governamentais como a polícia<sup>12</sup>.

Esse segundo deslocamento do biopoder, a governamentalidade, que concilia a razão do Estado e a ciência da polícia pode contribuir na análise das PES e das técnicas inseridas nessas práticas, por exemplo, como essas práticas exercem o controle sobre os outros. O processo de governamentalização não se resume apenas ao Estado, pois a

---

<sup>12</sup> Nos séculos XVII XVIII, polícia era uma tecnologia governamental específica do Estado, que deveria englobar tudo o que fosse de seu interesse: as pessoas e as coisas, o que elas faziam e o modo como viviam (CALIMAN, 2001).

condução da vida constitui um dos aspectos centrais da racionalidade, que se expande em microespaços, onde se articulam também com o poder disciplinar. A disciplina, neste segundo deslocamento, é parte integrante e participante desse processo de regulação e segurança<sup>13</sup>.

Além dos dois percursos genealógicos do biopoder considerados como ferramentas de articulação e suporte para a análise das PES, acrescento outro deslocamento, mais contemporâneo desse biopoder: as bio-asceses. Ortega (2005) apresenta uma genealogia da ascese<sup>14</sup>, considerando que esta implica em processos de subjetivação. Logo, a adoção de comportamentos saudáveis, como dietas alimentares e hábito de exercícios físicos implicam práticas que constroem identidades, impostas, sugeridas e propostas pela cultura desse indivíduo, como a higiomania<sup>15</sup>. Essas tecnologias disciplinares e governamentalizadas, pautadas no auto-governo e regidas pela filosofia do risco, produzem indivíduos que continuamente se auto-vigiam. As bio-asceses são formas mais contemporâneas do biopoder, que sob a tutela da liberdade e da segurança, evocam a formação de subjetividades, em que o corpo passa a ser o principal componente dessa identidade. As duas principais características do biopoder permanecem – o poder individualizante e totalizante – todavia se apresentam em uma forma mais sutil, sob a égide do discurso do risco, “o corpo e o self são modelados pelo olhar censurante do outro” (ORTEGA, 2005, p.156) e esse outro pode ou não ser um *expertise*.

As práticas bio-ascéticas, como formas de biopoder também poderão contribuir na análise das PES, principalmente porque na atual cultura ocidental, que tematiza a importância do gerenciamento de si, como elemento de autonomia e sucesso, essas práticas constituem elementos fecundos no estudo de novas matrizes identitárias, como o *homo medicus*.

---

<sup>13</sup> Optei em discorrer sobre a construção do sujeito ativo, a partir dos conceitos foucaultianos de segurança e liberdade, somente no capítulo cinco, por considerá-la mais profícua e fecunda nesse recorte intencional da minha tese.

<sup>14</sup> A ascese constitui um deslocamento de um tipo de subjetividade para outro tipo. O asceta oscila entre a identidade a ser recusada e outra a ser alcançada (ORTEGA, 2002, p.141).

<sup>15</sup> Segundo Nogueira (2001, p.64), “a saúde na modernidade tardia passou a ser mais cultivada, é agora idolatrada. Há uma adoração da saúde que é também uma mania coletiva da saúde, uma higiomania”.

Os aportes teóricos discutidos acima e suas potencialidades para análise-compreensão do objeto de pesquisa poderão ser bastante úteis e apropriados para o caminho que pretendo trilhar. Todavia, como alerta Veiga-Neto (2000), existem dificuldades, limitações, vantagens e desvantagens nas aproximações com pensamentos como os de Foucault. Ao propor a articulação entre a vulnerabilidade, os estudos culturais e o conceito de biopoder e seus deslocamentos para a análise das PES apóio-me na perspectiva da multirreferencialidade, que requisita diferentes disciplinas ou campos epistemológicos, para se colocarem mutuamente a respeito do objeto implicado, possibilitando a compreensão da sua complexidade.

### 1.1 Através das Trilhas

A proposta inicial da minha pesquisa foi analisar as PES realizadas por trabalhadores de saúde em espaços de saúde pública, como os centros de saúde e as equipes de saúde da família. Nas veredas dessa pesquisa, nas leituras realizadas e nas discussões, percebi que para encontrar talvez parte das respostas, precisaria retornar à história das PES, não como quem busca uma origem, um monumento, mas como diz o próprio Foucault (2006a, p.34):

[...] a história, genealogicamente dirigida, não tem por fim reencontrar as raízes de nossa identidade, mas ao contrário se obstinar em dissipá-la; ela não pretende demarcar o território único de onde nós viemos; essa primeira pátria a qual os metafísicos prometem que nós retornaremos; ela pretende fazer aparecer todas as descontinuidades que nos atravessam.

Esse retorno ao passado é considerado por Foucault, como uma ontologia histórica de nós mesmos. Questão essa que parece surgir em *O que é o Iluminismo*, interpretação do filósofo francês sobre o texto de Kant (1995) publicado em 1784, no debate que se estabeleceu no *Berlinische Monatsschrift*.

Para Foucault (1984, p.34), a pergunta que surge no texto de Kant é “a questão do presente, a questão da atualidade: o que é que acontece hoje? O que acontece agora? E o que é esse ‘agora’ no interior do qual estamos, uns e outros, e que define o momento onde escrevo”. Assim, o presente é problematizado, pois “ao se interrogar pelas condições de possibilidade de que nos é dado, move-se na mesma direção em que o faz a dedução transcendental kantiana em relação às categorias, mas o faz num sentido inverso” (CAPONI, 1992, p.13).

No pensamento foucaultiano, a indagação sobre a ontologia dos sujeitos supõe que haveremos de nos questionar a respeito dos mecanismos e estratégias responsáveis pela constituição dos mesmos. Desse modo, o sujeito, antes considerado como constituinte passa a ser problematizado como se fosse um objeto a ser constituído.

Com base nessa perspectiva, seria possível pensar de outro modo nosso presente? Partindo dessa tentativa proposta por Foucault, meu esforço seria problematizar as PES, inquirindo seus discursos e suas práticas, que se encontram hoje presentes nos espaços supracitados e, valendo-me da história, não como uma estrada principal, “mas composta de atalhos e veredas, onde o esquecimento de certos fatos é necessário” (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2000, p. 125).

No texto de Foucault sobre o ensaio de Kant, o *ethos* que provém da tematização da atualidade, caracteriza-se:

[...] por uma crítica constante do tempo presente; esta crítica se realiza por meio de uma investigação que perquire naquilo dado como universal, necessário e obrigatório, qual o papel representado pelo singular, contingente e resultado de constrangimentos arbitrários. Isto dentro de uma abordagem em que se procura identificar as fragilidades e os limites da situação vigente, na busca de transgressões e transformações possíveis (MAIA, 2000, p.283).

Inspirado nas questões levantadas por Foucault sobre a analítica do presente, ou uma ontologia de nós mesmos, os caminhos os quais me proponho trilhar nessa investigação sobre as PES, para auxiliar na interrogação da atualidade, estão compreendidos em três capítulos: o três, o quatro e o cinco, respectivamente.

Neles procurarei articular as PES com a história da saúde no Brasil e suas políticas públicas implementadas no século XX, atentando para as descontinuidades, as dispersões e como essas práticas discursivas e não-discursivas contribuíram na fabricação de identidades, não apenas dos pacientes, mas também dos trabalhadores em saúde.

Como o próprio Foucault explica, estudar a análise das práticas consiste em considerar “o lugar de encadeamento do que se diz e do que se faz das regras que se impõem e das razões que se dão, dos projetos e das evidências” (FOUCAULT 2003a, p.338).

Parafraseando Bujes (2002), a finalidade desse bloco de três capítulos é construir bocados dessa história, sem, no entanto, ter a pretensão de refazer uma história das PES. O propósito é então, o de contribuir na compreensão-análise das PES, inspirado em noções foucaultianas apresentadas por Rago: “as práticas discursivas e as não-discursivas e as redes de poder constituem determinadas configurações culturais e históricas que resultam na produção de determinados objetos e de determinadas figuras sociais” (RAGO, 1995, p.75).

Entendo que essa pesquisa se aproxima da perspectiva histórico-cultural, que, sob abordagem da multirreferencialidade, se propõe a conhecer e compreender as PES e a produção de subjetividades decorrentes, tendo como suporte dessa análise, o conceito da vulnerabilidade, os estudos culturais e o biopoder.

### 1.1.1 Articulando as PES com o campo da história

A primeira questão que surge para um pesquisador que não tem formação em História seria como trilhar por este percurso metodológico; quais referências e quais abordagens possibilitariam alcançar os objetivos dessa parte da pesquisa, contumaz interessante, mas também espinhosa.

Foucault, em seu trajeto filosófico nos estudos que fez sobre a loucura, a prisão, a medicina e a sexualidade, inseriu-se no campo da história, não de forma tranqüila e aceitável por todos aqueles que “protegiam” esse território, mas provocou censuras, desprezo, como também elogios e tremores, em um campo que parecia bastante sólido e epistemologicamente estável.

O’Brien (2001) relata as controvérsias da obra de Foucault, sua abordagem alternativa e sem dúvida, seu rompimento com os modelos sócio-históricos. Foucault era criticado por sua falta de zelo em relação à cronologia, seus descuidos, seus exageros, e seu modo simplista de elaborar suas considerações. A falta de ortodoxia do trabalho de Foucault resultou em debates ásperos por parte de seus ferozes críticos.

Todavia, sua construção intelectual produziu efeitos em toda a historiografia, talvez porque a história do discurso ou a história da cultura, realizadas por Foucault, sejam apresentadas com começos, mas sem causa. Ao invés disso, seu método procurou não tomar nada por garantido. Questionou, sim, a periodização tradicional e a necessidade de histórias nacionais.

Para Barros (2004), a revolução de Michel Foucault no âmbito da história chama a atenção para a necessidade de ampliação da noção do discurso. Seu método, se assim podemos denominar, consistiu em expandir as fontes históricas, que poderiam incluir diários de pessoas anônimas, registros criminais, sem, no entanto, desprezar documentos oficiais do ponto de vista da história tradicional.

Neste trabalho de pesquisa histórica, como abordagem para o estudo das PES e suas articulações com a história da saúde no Brasil, optei por aproximar-me de algumas concepções foucaultianas para a pesquisa historiográfica, procurando utilizá-las com maior ou menor intensidade.

Para nortear meu trabalho, destaco a seguir, algumas concepções do pensamento de Foucault que considero relevantes para que o trajeto proposto se desenvolva em estreiteza com o referencial adotado.

A concepção de discurso em Foucault não se reduz a um grupo de signos, mas a um conjunto de enunciados, que podem pertencer a campos diferentes, uma ordenação dos objetos entremeados de relações de poder.

[...] os discursos, tais como podemos ouvi-los, tais como podemos tê-los sob a forma de texto, não são, como poderia se esperar, um puro e simples entrecruzamento de coisas e de palavras: trama obscura das coisas, cadeia manifesta, visível e colorida das palavras, gostaria de mostrar que o discurso não é uma estreita superfície de contato, ou de confronto, entre uma realidade e uma língua, o intrincamento entre um léxico e uma experiência; gostaria de mostrar, por meio de exemplos precisos, que, analisando os próprios discursos, vemos se desfazerem os laços aparentemente tão fortes entre as palavras e as coisas, e destacar-se um conjunto de regras próprias da prática discursiva (FOUCAULT, 2005b, p.54).

Em relação às fontes históricas, conforme já comentado anteriormente, para o filósofo, tudo é histórico, ou seja, toda a produção humana pode se constituir como elemento a ser pesquisado e utilizado como objeto de investigação. Essa abordagem requer um trabalho metódico, que considere os detalhes, o acidental, aquilo que parece insignificante, mas pode auxiliar a compor, com outros elementos, a compreensão dessa teia social. Foucault descreve essa pesquisa metódica e inovadora, quando comenta sobre o registro de internamento do século XVIII, empregado em seus levantamentos para o livro *A vida dos homens infames* (2003a, p. 203):

É uma antologia de existências. Vidas de algumas linhas ou de algumas páginas, desventuras e aventuras sem nome, juntadas em um punhado de palavras. Vidas

breves, encontradas por acaso em livros e documentos... Vidas singulares, tornadas, por não sei quais acasos, estranhos poemas, eis o que eu quis juntar em uma espécie de herbário.

Para os historiadores, o maior impacto vem da forma pela qual Foucault interroga a história. Ao focalizar um tema, a análise não se dirige às instituições, ou às teorias, mas às práticas, ao regime de práticas. Ao propor essa inversão torna-se possível analisar tais práticas, seus efeitos sobre a conduta, e ao mesmo tempo, seus efeitos de prescrição e seus efeitos de codificação em relação ao que se deve saber:

[...] quis, portanto, fazer a história não da instituição prisão, mas da prática de aprisionamento. Mostrar sua origem, ou mais exatamente, mostrar como essa maneira de fazer, muito antiga, é claro, pôde ser aceita em um momento, como peça principal no sistema penal. A ponto de aparecer como uma peça inteiramente natural, evidente, indispensável (FOUCAULT, 2003a, p.338).

Nesse percurso descrito por Foucault, a descontinuidade foi evidenciada, apregoando mudanças na forma de pensar a história tradicional, como composta apenas de linearidades e constâncias. Para Foucault, é preciso trabalhar no sentido de uma “acontecimentalização”. Isto é, mostrar que tal fato não era tão necessário assim. E exemplifica (2003, p.339): “não era tão evidente que os loucos fossem reconhecidos como doentes mentais, não era tão evidente que a única coisa a fazer com um delinqüente fosse interná-lo, não era tão evidente que as causas da doença devessem ser buscadas no exame individual do corpo”. Essas descontinuidades são rupturas de evidências que, em um dado momento da história, constituíram-se como naturais, universais e necessárias.

A partir daí, Foucault propõe uma desmultiplicação causal. Para o filósofo francês, esse processo consiste em analisar o acontecimento segundo os vários processos que o constituem. Assim, no caso das PES, será necessário decompor os processos que engendraram tais práticas, não se limitando apenas ao campo da saúde, mas entendendo que processos múltiplos se circunscrevem na fabricação dessas práticas.

A análise das PES, segundo a proposta foucaultiana, implica um polimorfismo crescente. O polimorfismo dos elementos que são postos em relação às PES, como as políticas pedagógicas, a concepção ideológica do processo saúde-doença, a formação dos trabalhadores em saúde, as mudanças dos espaços e a criação de novos espaços, os componentes econômicos e políticos, a expansão do complexo médico-industrial, o crescimento das mídias. Existem muitas relações diversas, e ao mesmo tempo há poucas análises.

A respeito das construções dos capítulos, dos recortes realizados, afirmo que não ocorreram *a priori*. E sim, a partir dos diálogos e embates com as fontes históricas selecionadas, percebendo nesses emaranhados de discursos, a relevância de espaços e tempos em que se concretizaram as PES, por exemplo, aquelas realizadas pelo SESP. E com isso, mesmo que exista uma linha cronológica, não se constituiu em uma preocupação inicial. E assim, a partir dos conceitos expostos anteriormente, cada capítulo e cada item foram adquirindo forma, buscando correlacionar com o objeto de pesquisa e a abordagem proposta, em um exercício contínuo de articulação e *bricolage*.

Sobre as fontes históricas para a análise das PES e suas articulações com a história da saúde no Brasil no século XX, consultei livros sobre a temática, artigos, teses de doutorado, documentos, ensaios, procurando enfim “definir no próprio tecido documental, unidades, conjuntos, séries, relações” (FOUCAULT, 2005b, p.7).

Como ponto de partida, utilizei algumas pesquisas históricas sobre as PES, dentre elas, a tese de Joaquim Alberto Cardoso de Melo. O autor analisou as PES, desde 1920 até meados de 1970. Desta pesquisa, fui ao encontro das fontes citadas, como os Anais dos Congressos Brasileiros de Higiene.

Nesse caminho de labirintos, também profilei minha tese na busca de autores que estudaram a História da Saúde Pública brasileira. Dentre as produções bibliográficas pesquisadas, recorri aos trabalhos de Gilberto Hochman, Rodolfo Telarolli Júnior, Nísia Trindade Lima, Luiz Castro-Santos, Sidney Chalhoub, Cristina Fonseca, Emerson Merhy, dentre outros. Tais estudos auxiliaram na compreensão dos cenários de materialização das PES, nas primeiras décadas da República, elencadas aqui, no capítulo três, tendo como

questão principal: como essas práticas contribuíram na formação de sujeitos docilizados e disciplinados.

Procurei também dialogar com o campo da História da Educação brasileira referente a esse período histórico. Destaco as pesquisas de Jorge Nagle, Marta Maria Chagas de Carvalho, Heloísa Helena Pimenta Rocha, Vera Regina Beltrão Marques e Maria Stephanou.

Como fontes primárias, empreguei os Anais dos Congressos Brasileiros de Higiene, as teses de Almeida Júnior, Adamastor Cortez e Rodolfo Mascarenhas e os Anais dos Congressos da Associação Brasileira de Educação. Dentre os periódicos escolhidos, selecionei a Revista de Higiene e Saúde Pública, os Arquivos de Higiene e os Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Para a compreensão das PES realizadas pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), no período que vai de 1942 a 1960, escolhi como fontes históricas, a Revista do SESP e os Boletins do SESP. Em relação ao SESP, constatei a ausência de pesquisas sobre esta instituição, mas encontrei na produção bibliográfica de André Campos, fonte rica e robusta, o que contribuiu para minha investigação delimitada no capítulo quatro.

Foi em tal capítulo que procurei problematizar e dissertar as concepções de educação, saúde e educação sanitária presentes no SESP. Em outro momento, discutir a inserção das PES no modelo de administração sanitária proposto pela agência e as subjetividades construídas a partir de suas práticas discursivas, evidenciadas em seus métodos educativos aplicados às crianças, às professoras primárias e aos pais e adultos da região assistida pelo SESP.

E o final dessa trajetória, relatada no capítulo cinco, as fontes históricas primárias e secundárias incluíram os documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre a Educação em Saúde, bem como as pesquisas de Denise Gastaldo, Nelly Candeias, Ruth Sandoval Marcondes, Isabel Bicudo, Cristina Ornellas, Dagmar Meyer, entre outras – articulando essas fontes com artigos e teses sobre o período que avançou de 1960 aos dias atuais.

Dentre as questões enunciadas nessa última porção da tese, procurei compreender as PES no Brasil, tecendo articulações teóricas e epistemológicas com o segundo deslocamento do biopoder. Procurei problematizar os discursos oficiais das PES e sua materialidade nas unidades básicas de saúde, assim como as concepções de sujeito ativo e sujeito emancipado, que atravessam essas práticas e se encontram entremeadas nos discursos contemporâneos da Promoção da Saúde.

## CAPÍTULO 2 - DO RISCO À VULNERABILIDADE: PROPOSIÇÕES PARA O ESTUDO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE.

A idéia revolucionária que define a fronteira entre os tempos modernos e o passado é o domínio do risco: a noção de que o futuro é mais que um capricho dos deuses e de que homens e mulheres não são passivos diante da natureza. Até os seres humanos descobrirem como transpor essa fronteira, o futuro era um espelho do passado ou o domínio obscuro de oráculos e adivinhos que detinham o monopólio sobre o conhecimento de eventos previstos (Bernstein, 1996).

As práticas educativas em saúde (PES) têm se caracterizado pelo seu papel regulador, normatizador, de controle sobre os corpos através de dispositivos que se utilizam de estratégias fundamentadas, principalmente, no poder disciplinar descrito por Foucault (2005a).

O processo de medicalização<sup>16</sup> na educação em saúde avançou sistematicamente desde a década de 70, como decorrente de mudanças na concepção do processo saúde-doença, a partir da aplicação de pesquisas que focalizavam a redução dos fatores de risco e o estudo de intervenções sobre o comportamento.

Segundo Allegrante (2006), nas duas últimas décadas as tecnologias de intervenção e seus instrumentos de avaliação evoluíram rapidamente, possibilitando a construção de indicadores que pudessem prever e prevenir comportamentos de risco, sem contar no investimento em pesquisas sobre a medicina do comportamento e a construção de infra-estruturas que dessem suporte a esse ramo do conhecimento, o estudo do comportamento humano.

A primeira questão a emergir seria, então, quais as condições que propiciaram o aparecimento de discursos sobre comportamentos de risco, elemento que parece ser nuclear na concretização das PES contemporâneas.

---

<sup>16</sup> A medicalização da sociedade ocidental tem sido discutida por Illich (1975) desde a década de 70. Medicalização pode significar o ato de “transformar aspectos da vida cotidiana em objeto da medicina de forma a assegurar conformidade às normas sociais” (MILES apud VIEIRA, 2002). Já para Mattos (2004), o termo medicalização também está associado a um exagerado consumo de bens e serviços ditos de saúde. Então, a medicalização pode ser vista tanto do ponto de vista de uma racionalidade que produz normatizações do corpo social, como também estimula o consumo de bens e tecnologias relacionados ao item saúde.

Como explica Meyer *et al.* (2006), as PES seguem o modelo informação e mudança de comportamentos, partindo da premissa de que a população é carente de conhecimentos e, portanto os saberes devem ser transmitidos por especialistas, a fim de produzir modificações nos hábitos indesejáveis e inadequados, do ponto de vista sanitário.

Desse modo, podemos considerar as seguintes hipóteses: as PES estão inseridas em uma concepção de saúde-doença, em conformidade com o modelo biomédico, que promove a homogeneização e mutila as outras possíveis racionalidades. A hegemonia da biomedicina parece desconsiderar o universo sócio-cultural dos pacientes-seres humanos. As PES apresentam, em seus enunciados, elementos do conceito de risco, conceito abstrato que se materializa a partir de ações sobre o outro, procurando delinear suas estratégias de governamentalidade. As PES podem ser dispositivos do biopoder, ao produzirem a imputação da carência ou *deficit* de conhecimento.

Logo, para isso, a transmissão de informações tornou-se necessária, proveniente de especialistas ou instituições legitimadas. Nas PES, o biopoder e seus desdobramentos encontram-se na dispersão dos espaços e temporalidades, dos atores e autores dessas práticas e no aglomerado dos enunciados, construindo subjetividades, que se movimentam da docilização promovida pelo poder disciplinar ao auto-cuidado e auto-governo, estimulados pelo neoliberalismo e pelas novas tecnologias de governamentalidade, bem como as práticas bio-ascéticas.

A finalidade deste capítulo é explicitar as contribuições do discurso de risco em relação às PES, procurando articulá-lo com a arena epistemológica da biomedicina e da pedagogia da informação, como também discorrer sobre o conceito de vulnerabilidade, seu processo de construção, suas aproximações e afastamentos quanto ao conceito de risco, os trabalhos já publicados e as potencialidades da adoção da vulnerabilidade na análise das PES.

## 2.1 A biomedicina e as práticas educativas em saúde (PES)

O termo 'educação sanitária' foi proposto pela primeira vez em uma conferência internacional sobre a criança, nos Estados Unidos, em 1919, inserido nos princípios

científicos da higiene, que se fortalecia com os avanços da bacteriologia e da imunologia (MELO, 1987).

Desse modo, as PES têm sua trajetória histórica vinculada às ciências da vida, como a medicina ocidental contemporânea-biomedicina, sendo construída em conformidade com as proposições dessa racionalidade, como por exemplo, a produção de discursos com validade universal, a objetificação do corpo, das lesões e das doenças sob a ótica do corpo-máquina e a elucidação das verdades ou leis gerais, com base em uma abordagem teórica e instrumental (CAMARGO JR., 2005).

O paradigma da biomedicina teve e tem como elemento nuclear a doença. As doenças e suas classificações são realizadas a partir da visualização das lesões, que parecem se comportar como seres autônomos. As PES, pelo seu caráter teleológico decorrente, são conduzidas com a finalidade de manter esse corpo saudável e livre de doenças.

Como racionalidade fundamentada no saber científico, seu incremento foi ampliado pelas tecnologias instrumentais, intensificando o processo de decomposição do conhecimento, por meio de uma perspectiva analítica. Logo, para o aprofundamento desse saber, a biomedicina passou a dar ênfase nas partes, a fim de se conhecer a totalidade.

A insinuação desses discursos e a sua legitimação através de espaços formais, como os hospitais e as faculdades, garantiram aos seus seguidores – os médicos – suas práticas e a organização do exercício de suas atividades, a possibilidade de desautorizar e desqualificar “outros discursos e outras práticas, de modo a se projetarem nos diferentes estratos da sociedade, como autoridades portadoras de um conhecimento suficiente e necessário para regular tanto a vida do indivíduo, como a ordem social” (GONDRA, 2004, p. 31).

Se a biomedicina constituiu-se como legítima ciência, no processo de condução do comportamento individual e ordenamento social, seu domínio sobre a sociedade e seu cotidiano, por intermédio do processo de medicalização, em vez de promover a autonomia do ser humano sem saúde, alimentou sua dependência, reivindicou submissão, criando mais

necessidades, e o controle pelo outro-especialista, que interpreta e intervém em seu corpo (TESSER, 2006).

Para esse autor, a biomedicina pleiteia o monopólio epistemológico institucional, que se expande com a globalização, mas simultaneamente, promove o epistemicídio<sup>17</sup>, desqualificando outras racionalidades e homogeneizando os saberes dos seres humanos, pouco considerando seus universos sócio-culturais.

Segundo Barros (2002), a biomedicina se caracteriza pela baixa capacidade de socializar seus conhecimentos com a população; pelas relações de assimetria e autoritarismo estabelecidas entre os especialistas biomédicos e os pacientes-seres humanos e, notadamente, a exclusão dos saberes desse paciente.

Assim, as PES parecem reproduzir os discursos da biomedicina, como a dicotomia entre a doença do ponto de vista do profissional de saúde e a doença do doente, que não se enquadra na objetividade do diagnóstico, mas é permeado pelas vivências, pelas sensações e pelos sentidos desses doentes. Essa racionalidade médica parece não considerar as singularidades, pois fundamentada em uma perspectiva sócio-histórica, constituiu-se como a mais social das disciplinas modernas, “que institui e normaliza estruturas de relações sociais a partir de enunciados naturais típicos do seu campo de objetivações” (LUZ, 2004, p.31).

Tesser (1999) menciona que cerca de um terço de casos clínicos não se enquadram em quadro nosológico algum, não são objetificáveis pela ciência e, classificados como crendices, caem no grande buraco negro das doenças psicossomáticas, o que comprova a ruptura na relação terapêutica, cujo progressivo desaparecimento do contato com o corpo e com a fala do doente, foi e tem sido mediado pelas tecnologias frias.

A biomedicina nos escritos de Foucault (2004, 2006b, 2006c, 2006d) é concebida como uma estratégia biopolítica capaz de tecer articulações entre os dispositivos

---

<sup>17</sup> Epistemicídio trata-se de termo empregado por Boaventura de Souza Santos sobre o papel de monopólio epistemológico da ciência moderna sobre as outras formas de saber e fazer.

disciplinares e a regulamentação da população. De acordo com Rose (2001), a existência biológica dos seres humanos tornou-se questão política de várias maneiras. Em uma de suas teses, Foucault escreve que vivemos na era da biopolítica-biopoder.

Armstrong (1995) disserta sobre as transformações da medicina e suas relações com o biopoder, focalizando não apenas a sintaxe do diagnóstico, mas também a invenção de outros espaços e temporalidades entre o saber médico e a população. Uma das características desse processo de mudanças deu-se com a expansão da possibilidade de se estabelecer instrumentos mais eficazes sobre a vigilância dos corpos. A vigilância médica estendeu-se dos hospitais, para outros espaços pouco explorados, como as comunidades, as famílias e as indústrias.

Com o aprimoramento das tecnologias e dos recursos matemáticos foi possível estender o aparato médico não apenas sobre a lesão já estabelecida, mas a partir dos fatores de risco, prever lesões ainda silenciosas, detectadas por relações abstratas de causalidade. Essa constante vigilância sobre o corpo e sobre as protolesões possibilitaria, ao longo do tempo, detectar precocemente um quadro patológico. Porém, suas certezas estariam sempre envoltas pela volatilidade do futuro, em que outras variáveis poderiam ou não interferir na manifestação dessa doença.

Logo, a biomedicina da vigilância, que se fundamenta no discurso do risco, investe cada vez mais, na busca pela prevenção do indivíduo, não apenas na fabricação de outros espaços, mas se estende em outras temporalidades, em que o acompanhamento ao longo da vida preconiza a perpetuação desse biopoder que investe sobre o corpo social, de modo individualizante e totalizante.

Para Rose (2001), as biopolíticas contemporâneas são mais complexas e o papel do Estado, antes acompanhado de um discurso mais disciplinar e policialesco, assume outras funções, como a de facilitar e interagir articulações entre os mais variados setores da saúde, dentre eles, os planos de saúde, as instituições privadas assistenciais e as corporações que compõem o complexo médico-industrial. Na atualidade, o Estado passa a desenvolver discursos em que os cidadãos devem ser mais ativos e capazes de monitorar sua saúde.

Baseada no discurso de risco, a biomedicina incorpora diferentes estratégias biopolíticas, em que a distinção binária entre normal e patológico, componente central do biopoder, passa a ser organizado em tecnologias de governo do risco. Essas tecnologias atingem vários níveis, entre os quais, o gerenciamento de grupos de alto risco, por meio de sua identificação pela epidemiologia e a intervenção pautada em modelos preventivistas.

Rose (2001) ainda acrescenta que o poder pastoral contemporâneo deixou de ser organizado apenas pelo Estado e se estende através da legislação, de normatizações referentes ao financiamento das ações em saúde, da participação de associações e entidades do terceiro setor, bem como representantes do complexo médico-industrial.

A concepção de saúde oriunda desse modelo de racionalidade médica é constituída por atribuições morais, individualizantes e apolíticas, cuja responsabilidade pela manutenção desse estado saudável é fomentada pelo acesso que esse indivíduo tem ao conhecimento, assegurando-lhe meios de se auto-vigiar, prevenir e avaliar os possíveis riscos. O sujeito-cidadão também assume o papel de consumidor dos serviços biomédicos, que contribuem para manter seu corpo saudável.

Assim, a biomedicina contemporânea pode se utilizar das PES como instrumentos de reprodução de seus discursos, entremeados de interesses políticos e econômicos, que circulam efeitos de verdade e constroem subjetividades e identidades, a partir do avanço das novas tecnologias biomédicas, da distribuição e consumo dos saberes biomédicos. Todavia, segundo Clarke *et al.* (2003), o processo de medicalização atual ou biomedicalização<sup>18</sup> não é pré-determinado, e sim contingente, refletindo relações de poder/saber, que se transformam, sofrem interferências e apresentam contradições.

---

<sup>18</sup> Biomedicalização é uma somatória de processos que se inter-relacionam, dentre eles, as contemporâneas mudanças na política e econômica do mundo globalizado, o novo enfoque sobre saúde e risco, privilegiando ações de vigilância, o aporte técnico-científico mais acentuado da biomedicina, as transformações da produção, distribuição e consumo de conhecimentos biomédicos, e finalmente a transformação dos corpos e identidades (CLARKE *et al.*, 2003).

Porém, as observações e críticas apontadas não pretendem desqualificar a utilidade desse saber no enfrentamento dos desafios da saúde coletiva, mas como afirma Mattos (2004, p.129):

[...] reconhecemos que o uso do conhecimento por profissionais de saúde é absolutamente crucial. Não o conhecimento sobre o todo (posto que impossível). O conhecimento fundamental é aquele que diz respeito às formas de cuidado, que permitem reconhecer as necessidades e ter a habilidade de aplicar as tecnologias pertinentes. Mas não podemos aceitar que, das intervenções médicas (ou dos profissionais de saúde) resulte a colonização, a progressão da expropriação da saúde, o aprofundamento da distância entre o conhecimento que permite a um profissional dizer que cuidado é necessário num certo momento. Ao contrário, devemos buscar que o uso desse conhecimento se faça de forma cada vez mais partilhada, levando à sua crescente apropriação não-profissionalizada.

## 2.2 Pedagogia da informação e as práticas educativas em saúde (PES)

O núcleo principal das PES, ao longo do tempo, tem sido a relação informação-ação. Este núcleo vincula-se a diferentes objetivos e perspectivas metodológicas compondo principalmente o modelo em que os indivíduos e grupos são apresentados como passíveis de desenvolvimento, desde que sofram a adequada intervenção técnica. Esta intervenção é realizada através de métodos didáticos mais ou menos participativos, em que a ênfase maior é na formação de condutas e mudança de comportamentos de risco (SILVA, 2001).

Para Bagnato (1999), quando o processo educativo é utilizado como um espaço prescritivo e de dominação, tem-se como finalidade formar sujeitos dependentes e alienados, sem a possibilidade de refletir sobre as realidades em que irão atuar, o que interessa apenas aos grupos detentores de poder.

A transmissão de informações através de palestras ou “aulinhas” é bastante incorporada nas PES, como escreve Bonet (2004, p.286): “os médicos consideram importante realizar essas reuniões, a fim de se informar sobre qual é a representação de determinada doença entre os pacientes, e ao mesmo tempo, passar a informação valorizada por eles sobre os cuidados que os pacientes teriam que ter com o tratamento dessa doença”.

Apesar disso, segundo o autor, alguns profissionais tentam escapar dessa visão de educação em saúde em forma de aulas expositivas, avançando em outras esferas, como o conhecimento das práticas culturais de seus pacientes.

Pereira (2003a) descreve as concepções dominantes do processo educativo no campo da saúde, dentre elas, as pedagogias tradicionais, caracterizadas pela transmissão de conhecimento e o papel centralizado na figura do educador. Utilizam-se também as pedagogias críticas, dentre as quais, o método educativo de Paulo Freire, com ênfase no desenvolvimento de habilidades e atitudes, a fim de propiciar a aquisição de saberes e poder para atuar em prol de sua saúde.

As pedagogias críticas mantêm estreita relação com o conceito contemporâneo de promoção da saúde, cujo incremento do poder (*empowerment*) se opera através do conhecimento emancipatório. Essa linha pedagógica substitui a autoridade do profissional de saúde pelo diálogo e clima democráticos, construindo saberes e fazeres coletivos culturalmente aceitáveis. O saber é a condição para as ações do ser humano. A educação é a ferramenta básica para a obtenção desse saber, num processo permanente de interação cultural, desvelamento e legitimação de saberes e de conscientização (GURGEL *et al.*, 2001).

Todavia, como explicar a hegemonia da pedagogia da informação nos espaços das ações de saúde, a exemplo dos centros de saúde? Seria então necessário retornar aos ideais da tradição iluminista, para compreender o predomínio desse modelo. Algumas passagens das preleções de Kant sobre a pedagogia (2004), escritas entre 1776 e 1777, podem auxiliar na compreensão da influência dessa pedagogia dessa influência até a atualidade.

Segundo Eidam (2003), a primeira frase citada por Kant nessas aulas sobre pedagogia – “o homem é a única criatura que precisa ser educada” – explicita a necessidade do desenvolvimento e da formação humanas, visto que nossa espécie não se desenvolve imediatamente a partir de seus instintos, como ocorre com outros animais, mas necessita de alguém para conduzi-lo, pois vem ao mundo em estado bruto.

A educação é o caminho necessário para que o ser humano deixe sua menoridade-dependência para uma auto-interdição na fase adulta. A autonomia é o fim da razão humana, que é alcançada pelo processo educacional. Como afirma Kant: “o homem não pode se tornar um verdadeiro homem senão pela educação. Ele é aquilo que a educação dele faz” (KANT, 2004, p.15).

Com base na educação, as potencialidades do homem (os germes) são aprimoradas, alcançando seu destino. Todavia, Kant entende que o processo de formação é um processo aberto e não pré-figurado, pois “ser educado para o futuro, porém, não através de um plano imposto, mas sim, de acordo com um plano aberto, que é o princípio da educação” (EIDAM, 2003, p.99).

Kant também acredita que:

Um princípio da pedagogia, o qual momento os homens que propõem planos para a arte de educar deveriam ter ante os olhos, é: não se deve educar as crianças segundo o presente estado da espécie humana, mas segundo um estado melhor, possível no futuro, isto é, segundo a idéia de humanidade e da sua destinação (KANT 2004, p.22).

Para tanto, o pensamento kantiano sobre a educação considera esse processo de formação como instrumento para ampliar o horizonte do educando, trazendo consigo a idéia de um mundo melhor, pois a educação jamais seria algo para o *status quo* e muito menos o seria para um mau *status quo* (EIDAM, 2003).

E assim Kant considera que o processo educacional seja capaz de se contrapor a qualquer tipo de adestramento que impossibilitaria a formação da capacidade de julgar, o que desencadearia a perpetuação da menoridade.

As proposições de Kant para a pedagogia e as suas contribuições ainda predominam nas PES se inserem na compreensão do sujeito moderno.

O sujeito moderno, como detalha Veiga-Neto (2003), é uma entidade já dada, por isso, desde sempre aí. Segundo a concepção moderna, é a matéria-prima ou estado bruto a

ser trabalhado pela educação, ou seja, é uma entidade natural, pré-existente no mundo social, político, cultural e econômico. Para este autor, o sujeito moderno, centrado, universal, do conhecimento também se apresenta no pensamento de Piaget e de Marx:

Em qualquer caso, o sujeito já estava desde sempre dado. Fosse ele incompleto, porque ainda vazio – no caso de Kant – incompleto porque alienado/inconsciente da realidade política e social – no caso de Marx –, incompleto porque ainda psicogeneticamente não de todo desenvolvido/realizado – no caso de Piaget –, o importante é que o sujeito é tomado como um ente desde sempre aí, como um ator e agente a ocupar o centro da cena social e capaz de uma racionalidade soberana e transcendente a esse tema. Tal capacidade estaria em estado latente, cabendo à Educação o papel de promover a sua efetivação (VEIGA-NETO, 2003, p.134-135).

O conhecimento emancipatório presente nas pedagogias críticas também apresenta elementos teórico-filosóficos do sujeito moderno. Como por exemplo, o conhecimento que desenvolve uma consciência sanitária, que promove a democracia, que contribui na formação do cidadão. Para Cocco, a partir de articulações com o pensamento de Gramsci (1999), esse conhecimento promove rupturas e avanços, pois leva à reflexão dos valores e práticas no cotidiano dos profissionais de saúde e dos usuários do sistema de saúde brasileiro. Mais uma vez a destinação do ser humano são a autonomia e a cidadania, por meio do conhecimento emancipatório.

Todavia, mesmo com a miríade de linhas de pensamentos citados acima, os ideais decorrentes do Iluminismo como a autonomia, a emancipação e a liberdade, parecem percorrer essas concepções. Mas também é possível atentar que alguns filósofos, como Foucault, Heidegger, Wittgenstein e Norbert Elias se despedem do sujeito moderno, denunciando os males da razão instrumental.

Se o projeto moderno tinha como características a ilimitada confiança na razão, capaz de dominar a natureza em prol da humanidade e a crença num percurso, que, pelo uso dessa razão, levaria a um futuro melhor, como explicar o fracasso dos projetos emancipatórios, ou a crise da racionalidade que assola a cultura ocidental contemporânea, assim como a crise da própria educação? (GOERGEN, 2005; MÜHL, 2003).

O desencantamento em relação ao poder transformador da razão é pautado nas críticas que apontam os conhecimentos científicos, como instrumentos ideológicos, voltados para a dominação, a manipulação e o controle dos indivíduos. Logo, a ciência, em vez de promover a emancipação e o domínio sobre a natureza, tem-se tornado na modernidade, o principal meio de dominação.

Em relação às PES que apresentam como modelos epistemológicos, a biomedicina e o conceito de risco, não é diferente, visto que a extensão desse poder sobre a vida requer a impotência do sujeito, concretizada historicamente, em relação às instituições e à sua própria existência.

Como afirma Mülh (2003, p.26):

[...] a ciência moderna, ao mesmo tempo em que promete um destino promissor para o indivíduo, torna-o manipulável econômica, política e psicologicamente. Isso cria uma situação paradoxal: na mesma medida em que o indivíduo é convidado a pensar, agir e sentir por si mesmo – em outros termos, ser autônomo –, explodem em múltiplas formas as reivindicações egocêntricas e ele se encontra cada vez mais submetido às forças do conformismo e do consumismo.

Desse modo, as questões políticas transformaram-se em questões técnicas, em que a racionalidade técnico-científica plasma o determinismo, a absolutização, tendo como conseqüências a perda de sua auto-referencialidade e criticidade.

Se a pedagogia da informação é insistentemente tida como prática alienante, quais as possibilidades para as pedagogias críticas na saúde, mesmo considerando que nela se fazem presentes concepções do sujeito moderno? Seria o ato educativo capaz de produzir emancipação, mesmo considerando que o poder não é externo às práticas de significação, como afirmam os pós-estruturalistas? Ou que todo conhecimento, mesmo o crítico, expressa uma vontade de poder, não escapando às relações de regulação e governo?

Para Bracht e Oliveira (2006), fundamentados na sociologia baumaniana, as possibilidades para esse imbróglio, não consiste em tornar a crítica dispensável ou

considerar que não existem saídas, mas entender que essa crise da modernidade aponta para uma linha futura. E em relação às PES, a compreensão dessas práticas não pode se reduzir apenas ao campo da saúde e sim, permitir estabelecer diálogos e articulações com outros conceitos, como a vulnerabilidade, que é um conceito relacional, ambivalente e se coloca como um dos elementos de travessia nessa plethora de reflexões.

Sobre os desafios colocados às PES, utilizo-me das palavras de Bracht e Oliveira (2006, p. 164): “é no enfrentamento sério e honesto da questão que aprenderemos a lidar com as incertezas e dúvidas que hoje assolam a prática educacional”.

### 2.3 O discurso do risco e as práticas educativas em saúde (PES)

O risco, como repertório discursivo construído ao longo do processo histórico-social, apresenta-se na contemporaneidade tardo-moderna, como componente performativo do gerenciamento de riscos delineados por *experts*-especialistas. Para Castiel (1996b), as propostas educativas em saúde parecem ter como finalidade: desencadear mudanças de comportamento sob a rubrica estilo de vida. O gerenciamento desses riscos encontra-se ligado à esfera privada, o que desloca para os indivíduos a responsabilidade de fazer escolhas saudáveis, com base em informações veiculadas nas ações educativas em saúde.

O conceito de risco tem suas raízes na modernidade, sendo um termo bastante recente e que trouxe outros modos do ser humano se defrontar com eventos futuros. Apoiado neste conceito, ainda emergente, o ser humano na época moderna passar a ter outras ressignificações sobre o perigo, em uma perspectiva de domesticar esse futuro. Assim, o incerto e o desconhecido podem ser colonizados em contraposição à noção de fatalidade e destino (SPINK, 2006).

Para Luz (2001, p.1289):

[...] a objetivação do futuro como uma série de eventos ou operações controláveis é a ambição máxima da modernidade, tanto em termos de conhecimento ('ciência moderna') como em termos de ação social ('ética do trabalho') [...] a incorporação do risco supõe uma 'racionalização' da conduta e da vida em relação a um futuro abstratizado, cuja imprevisibilidade é mensurada (ou pelo menos 'calculada').

A racionalização e o pragmatismo, elementos do pensamento ocidental, têm no conceito de risco o desenvolvimento de uma racionalidade, como caminho de manutenção da segurança ontológica (NEVES, 2004). Assim, essa percepção construída historicamente reforça a natureza racionalista do risco, que transmite simbolicamente ao eu-outro a crença de "um complexo sistema de pensamento baseado na crença da razão e na evidência das demonstrações, neste caso, de evidências matemáticas e probabilísticas" (NEVES, 2004, p.72).

O risco, como prática discursiva, foi entremeado de rupturas, tanto em relação à sua percepção, na construção de senso comum, como na sua progressiva objetivação, como elemento nuclear na biomedicina e epidemiologia. Segundo Lupton (1999), as modificações nos significados e usos do risco estão associadas com a emergência da modernidade.

Segundo a autora, o risco era percebido como evento natural, tais como uma tempestade ou uma epidemia. Não havia ainda alguma relação com as ações humanas. Todavia, essa concepção sofre mutações, estendendo seu modelo explicativo para as atividades do ser humano em sociedade, suas relações e as conseqüências dessas ações sobre o meio.

Ainda nos primórdios da modernidade, as noções de risco não apresentam o julgamento moral entre o bem e o mal. Sua neutralidade, fundamentada nas leis da probabilística, traz a idéia de que o risco é algo que pode ocorrer, tendo resultados negativos ou positivos.

Desse modo, o risco traz consigo, desde sua provável constituição como elemento da linguagem ocidental, certa ambigüidade, ao mesmo tempo que denota o possível e o provável, outros contrastes ganham contorno, dentre eles, sua associação aos jogos de azar.

Porém ao final do século XX, Lupton (1999) relata que essa dualidade praticamente desaparece, permanecendo a concepção negativa de risco, associada estreitamente, com a noção de perigo. O discurso de risco circula através e pela mídia, produzindo novos significados, sendo alimentado cotidianamente pela fala dos especialistas. A globalização do risco possibilitou a capilarização do conceito, tornando-se componente importante nas relações e práticas sociais, dentre elas, as PES. Ewald (2000) também corrobora a idéia de que o conceito de risco está interligado ao perigo, a uma ameaça objetiva e a um acontecimento funesto.

Para Spink (2006, p.7), “a ancoragem do sentido do risco em *hazard* permite entender também a progressiva negatividade do risco à medida que este migra da noção-chave da teoria da probabilidade para a disciplinarização do corpo social”. O deslocamento do conceito de risco como estratégia de governo deu-se através de um longo processo de formalização, sendo incorporado à ciência e às tecnologias do cotidiano (SPINK, 2001). Ayres (2001) acredita que essa disciplinarização sobre o corpo social passa cada vez mais despercebida, silente, quase imperceptível, difícil de rebelar, logo menos visível e menos acessível à reflexão.

O risco tornou-se progressivamente politizado, bem como o cerne de um intenso debate sobre a responsabilização, em que o risco constituiu-se como recurso forense. Ele incorpora os imperativos de ordem moral, repleto de significados, cuja polissemia pode contribuir para os processos de subjetivação, na relação com o outro, na forma como nós percebemos e experienciamos os nossos corpos, como gastamos nosso dinheiro e como escolhemos, se de fato escolhemos, o modo como vivemos e trabalhamos.

Segundo Neves (2004), a institucionalização do risco é uma construção coletiva de referências culturais que possibilitam pensar e agir a partir de uma forma singular de pensamento, que produz comportamentos, representações e práticas orientados por uma

concepção particular de racionalização dos perigos, do pragmatismo e de sua ênfase sobre os sujeitos como indivíduos sociais.

A construção do risco como fato social está inserida na complexidade social do mundo ocidental contemporâneo e, ao mesmo tempo, contribui nos modos explicativos desse mesmo universo, com o uso de conceitos que fundamentam as representações e concepções que conduzem as relações e ações dos sujeitos. Logo, se considerarmos que o risco é uma das categorias constitutivas e constituintes dessa época, não seria difícil evidenciar sua natureza classificatória das coisas e dos seres, bem como seu caráter performativo, que incorpora justificativas de ação.

Segundo Neves (2004), essa performatividade atribuída ao risco em saúde é evidenciada à medida que os sujeitos orientam seus comportamentos e atitudes com base no conhecimento da avaliação das estimativas de risco e da prevenção sobre o adoecimento e a morte.

E conforme a autora explica:

[...] a constituição moderna da noção de risco está marcada por três grandes revoluções na forma de encarar o universo social: a primeira, do âmbito do conhecimento das coisas, através da mensuração dos fatos e fenômenos naturais e sociais – enfatizada pelo surgimento da ciência moderna; a segunda, da ordem da divulgação do conhecimento científico construído sobre esses fenômenos através da divulgação pela mídia e da crescente tomada de consciência das possibilidades e conseqüências das ações humanas; e, por fim, a revolução vinculada à ordem da gestão das ações, através da interferência no campo da tomada de decisão política e social (NEVES, 2004, p.76).

Sob a perspectiva acima, em que o risco emerge das transformações sociais introduzidas pela modernidade, Ewald (2000) traz outras contribuições sob a ótica foucaultiana. Considera que o risco é um princípio de objetivação e apresenta estreita relação com a segurança. Assim, como a norma está para a disciplina, o risco está para a segurança.

A racionalidade da segurança passa a incorporar uma nova racionalidade de governo, num caminho originado nos deslocamentos do biopoder, incluindo o poder

disciplinar, a biopolítica, a governamentalidade e as práticas de bio-ascese. O par liberdade-segurança configura condição *sine qua non* para a instauração de uma sociedade de controle, transferindo ao indivíduo a responsabilização de seus atos, submetidos à racionalidade do risco.

Então, emergem algumas interrogações destacadas a seguir: como o discurso do risco se articula e se articulou com o campo da biomedicina e, conseqüentemente, como influencia as PES? Como as subjetividades podem ter sido constituídas e se constituem a partir desse entremeado entre risco e saúde? Como as PES contribuem na produção de identidades, com base nesse saber – o saber formalizado do risco – e de suas relações de possibilidades?

Desse modo, para compreender a apropriação do risco pela racionalidade médica ocidental recorro aos estudos de Ayres (2002a, 2002b), sobre o processo histórico de construção da epidemiologia, visto que o paradigma do risco é dominante nessa ciência.

O processo de naturalização do risco na epidemiologia é tão intenso, que durante sua pesquisa de doutorado, Neves (2004) discorreu sobre a perplexidade de alguns epidemiologistas – sujeitos de sua pesquisa – sobre a utilidade de seu estudo. Para eles, sua utilidade era questionável, uma vez que o conceito de risco era óbvio.

Para verificar a formalização do discurso do risco na epidemiologia, Ayres propôs uma sistematização desse processo, dividindo-o, esquematicamente, em três períodos: epidemiologia da constituição (1872-1929), epidemiologia da exposição (1930-1944), epidemiologia do risco (1945 aos dias atuais).

No primeiro período, após a hegemonia do discurso bacteriológico, a epidemiologia renasce, ganhando outra visibilidade e força social. Sob a influência de Pettenkofer, a epidemiologia americana lidera esse movimento de revolução do pensamento epidemiológico. Com a criação da Escola de Higiene e Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins, em 1916, o ensino pragmático, voltado para o desenvolvimento tecnológico, estabelece como visão dominante, uma filosofia científica fundamentada na vocação experimental e laboratorial.

Nessa época, o conceito de risco, ainda em processo de formalização, começa a se adensar, adquirindo uma perspectiva mais tecnicista e pragmática de tratar os fenômenos. Essa configuração mais analítica passa a ocupar uma posição mais central na ciência epidemiológica, deixando para trás elementos discursivos teóricos e ontológicos acerca das constituições desfavoráveis da saúde.

Como afirma Ayres (2002b, p.147), “o caráter eminentemente descritivo desses estudos não dependia de procedimentos quantitativos sofisticados e ainda não havia, tampouco, facilidades técnicas e teóricas que estimulassem a produção científica nessa direção... por isso, os procedimentos descritores se resumiam em sua quase totalidade a indicadores de primeira ordem.” Os indicadores mais empregados eram taxas e coeficientes de mortalidade e morbidades, índices biométricos, ou seja, indicadores denominados de rates.

A epidemiologia e seus índices derivados estavam subordinados às análises clínicas, laboratoriais e microbiológicas. A formalização de seus indicadores era insuficiente, delegando à epidemiologia o papel de testemunha do saber biomédico. Com isso, pela dificuldade metodológica em demonstrar suas relações de necessidade, a epidemiologia aparecia nos artigos de periódicos científicos, como coadjuvante dos protagonistas – as doenças. Os termos epidemiologia da tuberculose, epidemiologia da difteria revelam essa ciência como parte integrante de um universo maior, contribuindo na constituição das patologias, como elemento adjuvante e não independente.

No período que se segue (1930-1944), outros deslocamentos acontecem no processo de construção da epidemiologia. Os estudos populacionais de caráter mais descritivo perdem importância em relação a procedimentos mais analíticos e que se aproximam mais das investigações biomédicas.

Ayres (2002b) cita duas personalidades que contribuíram para o avanço da formalização do risco na epidemiologia. O primeiro, sir William Heaton Hamer, professor da London School, abriu importante espaço para a quantificação e outras possibilidades de manipulação dos fenômenos epidêmicos, com sua teoria mecânica de números e densidade, denominada posteriormente de Lei da Ação das Massas.

“As massas estudadas por Hamer passaram a ser caracterizadas como pessoas sob ameaça, populações em risco” (AYRES, 2002a, p.34) e as ações foram designadas como exposição a infecções. Logo, a mudança proposta por essa teoria considerou o risco representado pela exposição. O objeto epidêmico é, então, refinado, ficando restrito à relação entre infectados/suscetíveis ou como oportunidade de exposição ao agente causal de uma doença.

Wade Hampton Frost contribuiu trazendo maior diversidade dos objetivos de investigação, bem como o aumento de sua aplicabilidade no campo das ciências biomédicas. Em seu trabalho intitulado *Risco de Pessoas em contato familiar com tuberculose pulmonar* publicado no *American Journal of Public Health*, em 1933, Frost aproximou-se fortemente do caráter pragmático da epidemiologia, possibilitando ao pesquisador delimitar e quantificar, na configuração de suscetibilidades, uma quantidade ilimitada de relações médico-sanitárias de interesse (AYRES, 2002b).

Assim, o risco vai deixando cada vez mais seu caráter qualificador e subordinado na ciência biomédica, para tornar-se, ele próprio, autônomo, independente e capaz de representar um conjunto determinado de relações de necessidade. O risco, então, diferencia-se como conceito, não mais restrito à concepção de oportunidade de contato entre infectantes e suscetíveis, e sim, como um “diferencial de oportunidade de quaisquer eventos ligados a uma doença ou condição entre indivíduos de grupos comparáveis” (AYRES, 2002b, p.232).

Sobre o último período (1945 aos dias atuais) – a epidemiologia do risco – chama a atenção um artigo enviado por Brian MacMahon ao *Harvard Public Health Alumni Bulletin*, no ano de 1959. Nele, a argumentação de Brian apresenta outro movimento da epidemiologia pós-guerra: sua necessidade de especialização e sofisticação das metodologias para o estudo de patologias, o que implicará em uma aproximação com a biomedicina e sua conseqüente subordinação epistemológica.

Nesse momento, desponta a chamada segunda revolução da epidemiologia, com a emergência dos estudos das doenças crônicas, permeados de intensificação dos princípios

individualistas e pragmatistas, advindos, principalmente, da hegemonia dos Estados Unidos. A visão tecnicista avança nas lacunas de um espaço público despublicizado.

O projeto higienista do Johns Hopkins, bem como a medicina comunitária, perde seu *status*, pois não se encaixam na nova vertente dominante, que se caracteriza pelo preventivismo individualizante, pela assistência médica e a sua organização na forma de seguros. Com o desprestígio da saúde pública norte-americana, a técnica assume a primazia e sua rarefação teórica é a característica principal da ciência epidemiológica, formalizada e objetivadora.

Como consequência, a epidemiologia do risco restringiu-se, tão somente, "à construção e verificação de associações probabilísticas entre eventos empíricos de interesse no campo da saúde" (AYRES, 2002a, p.37). O elemento nuclear dessa epidemiologia é a doença, tomada por esse campo como "espécie de núcleo duro de todas as ciências da saúde" (AYRES, 2002a, p.37).

Como consequência da subordinação da epidemiologia à biomedicina, "a verdade das ciências biomédicas duras passa a estabelecer profundas relações com a epidemiologia, uma vez que as associações epidemiológicas expandem o horizonte especulativo dessas ciências" (AYRES, 2002b, p.266). Logo, o discurso do risco na epidemiologia e também na biomedicina adquiriu, nesse processo de constituição histórica, duas características epistemológicas: seu caráter instrumental e especulativo e a sua fundamentação teórica superficial, como decorrente de suas inferências oriundas do modelo positivista da biomedicina e sua dependência do conceito de doença ou de eventos relacionados.

Desse modo, retorno à seguinte pergunta: se o risco é uma construção discursiva, que emergiu na modernidade, contendo em si, as características de uma racionalidade moderna, como ele pode contribuir na constituição das subjetividades, uma vez que apresenta caráter performativo?

Em decorrência da interrogação anterior, retorno ao período pós-guerra, com a assunção do preventivismo, doutrina médica que traz consigo algumas re-elaborações do higienismo do século XIX, como: a concepção ampliada do processo saúde-doença,

práticas voltadas quase que unicamente aos cuidados individuais, de caráter assistencial e de forte apelo técnico e ações educativas simplificadas. O preventivismo seria uma solução que requer baixa densidade tecnológica, mas capaz de atenuar as carências do modelo assistencialista especializado.

Castel (1991 e 1987) denuncia que o modelo preventivista moderno é, antes de tudo, um rastreador de riscos. Para esse autor, prevenir é primeiro vigiar, colocar-se em posição de antecipar qualquer acontecimento indesejável: doenças, anomalias, atos de delinqüência, entre outros. Para tanto, as populações são consideradas como portadoras de risco.

É possível classificar o modelo preventivista como um refinamento do panoptismo que, por sua vez, pode conter elementos do poder disciplinar, descrito por Foucault. Todavia, Castel relata que a vigilância atingiu outros patamares de abstração. Os sujeitos estão sob vigilância à distância, pois o contato direto entre o paciente e seu terapeuta não são mais requisitados. Esse espaço virtual é preenchido pelos fatores de risco, que ocupam concretamente a função do que é perigoso, ou melhor, da doença.

Os fatores de risco assumem, então, entidade corpórea, passando a ter a propriedade de se materializar em sua forma nociva, dotados de existência autônoma, desconsiderando os complexos contextos sócio-culturais em que os sujeitos estão inseridos. Segundo Castiel (2001), essa operação semântica da metamorfose da doença em fator de risco, pode transmitir a idéia de que os riscos existiriam como potenciais invasores de corpos. E acrescenta que “o risco adquire um estatuto ontológico, que acompanha, de certa forma, aquele produzido pelo discurso biomédico para as doenças, mas, possuidor de características próprias, ou seja, atributos de virtualidade fantasmáticos” (CASTIEL, 1996a, p.243).

Tanto Petersen (1997) como Nettleton (1997), discutem a emergência de subjetividades constituídas a partir desse modelo preventivista, que adquiriu novas estratégias nas sociedades neoliberais. O risco ou os fatores de riscos tornaram-se diretrizes do sujeito que deve conduzir sua saúde, seu corpo, como um empreendimento ao longo de sua vida.

O sujeito empreendedor de si mesmo deve investir em ações saudáveis, que possibilitem dentro de uma perspectiva temporal, sua auto-preservação, através de medidas contínuas de vigilância dos fatores de risco, inseridas na ideologia do auto-cuidado.

A ênfase sobre os fatores de risco enquadra-se nessa racionalidade de governmentação, como dispositivos de controle, em que o sujeito ativo pode, por intermédio desses indicadores validados pela ciência auxiliar nessa constante vigilância e, em alguns casos, assumir o papel abstrato de um agravado.

O auto-cuidado e o auto-escrutínio integram um processo de individualização, propondo a remodelação da identidade como atividade constante a ser realizada. Para Castiel (2002, p. 297), “existem formas diversificadas de ‘autoconstruir-se saudavelmente’ através de atividades físicas”, dentre elas, as que envolvem aspectos estéticos, relativos a desempenho, como as competições atléticas ou até as mais comuns, relacionadas à prevenção de problemas cardiovasculares.

A saúde na contemporaneidade situa-se em um processo amplo de biomedicalização por meio de processos de vigilância, triagem e medidas rotineiras de indicadores de saúde, cada vez mais realizadas nos lares pelos próprios sujeitos, evidenciando deslocamentos desse processo medicalizante, que inclui ações colaborativas entre os especialistas e os cidadão-usuários-consumidores (CLARKE, 2003).

Assim, os sujeitos inseridos em práticas discursivas do risco são imaginados como consumidores, que dotados da liberdade de escolha, podem exercitar suas capacidades de escolher racionalmente as opções disponíveis e desse modo, minimizar os riscos, ao assumir estilos de vida responsáveis, ou seja, são sujeitos prudentes (O'MALLEY, 2000).

Essas práticas discursivas parecem circular como estratégias das contemporâneas políticas de saúde, em que os sujeitos cidadãos precisam tornar-se responsáveis e adotar práticas de prevenção apropriadas, a fim de reduzir os custos em saúde, possibilitando que o acesso a esses serviços seja mantido e não prejudicado, principalmente em decorrência do envelhecimento da população em nível global (PETERSEN, 2003).

Essa responsabilidade é evocada por especialistas do envelhecimento, que trazem consigo o discurso do sujeito ativo. Na fala de Alexandre Kalache (Fórum da Longevidade, 2007), os governos devem elaborar políticas voltadas ao bem-estar da população idosa, como apregoa o documento da OMS denominado Active Ageing – A Policy Framework, elaborado na 2ª. Assembléia Mundial sobre Envelhecimento, realizada em Madri, 2002. Para esse especialista, as pessoas devem tomar “as rédeas de suas vidas, buscando estilos de vida saudáveis e ativos, se quiserem chegar e ultrapassar os oitenta anos, em condições de desfrutar com prazer e dignidade os anos a mais que a vida lhes reservou” (FÓRUM DA LONGEVIDADE, 2007, p.20).

Como, então, as PES contribuem na produção de subjetividades imbricadas no discurso de risco, que tem privilegiado a constituição de sujeitos ativos?

Mais uma vez, retornamos ao antigo imbróglio envolvendo as PES, em que a reprodução do modelo pedagógico da informação inerente à biomedicina e ao discurso do risco é insuficiente, se não forem consideradas as questões sociais e culturais, como também todos os quesitos já explicitados na concepção de saúde, da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a saber: moradia, lazer, direito à terra, educação, emprego e meio ambiente.

Em se tratando da prevenção da AIDS, os resultados insatisfatórios dos programas de educação em saúde, baseados no conceito de risco, confirmam a afirmação do parágrafo anterior, mostrando que é necessário procurar respostas em outras dimensões, como aquelas que envolvem as relações interpessoais, as de caráter simbólico e as redes sociais (CASTIEL, 1996b).

Portanto, é possível atentar que os discursos veiculados através das PES parecem reforçar a retórica da culpa, atribuindo somente ao indivíduo, toda a responsabilidade pela adoção de ações desviantes do modelo biomédico. O tom moralizante se articula com o enfoque da liberdade de escolha, conforme preconiza o neoliberalismo. A partir do risco, tanto a prevenção, como a promoção da saúde, parecem utilizar-se de PES voltadas ainda para mudança de comportamentos, centradas na dimensão biológica, classificando e

marginalizando aqueles que não se enquadram nas subjetividades recomendadas pelo saber científico (RENOVATO *et al.*, 2006).

Como adverte Bagnato (2007, p.178), “a individualização ao priorizar em todos os espaços o próprio indivíduo acaba esvaziando os espaços públicos; nesta situação o privado coloniza o público... por sua vez, neste processo não há quem culpar pela miséria, não há por que buscar as causas da derrota; é em si que há que buscar saídas”. E assim, vemos que esse processo totalizante e de individualização pode ocasionar a corrosão e uma progressiva desintegração da cidadania.

#### 2.4 Vulnerabilidade como marco conceitual de reflexão e inflexão das PES

Para compreender o surgimento do conceito da vulnerabilidade no campo da saúde, é preciso regressar à história da epidemia da AIDS, suas etapas e as correspondentes formas de resposta científica e técnica. Nesses períodos de avanço da AIDS, que vão desde a descoberta, no início da década de 80 do século XX, passando pela elucidação crescente da dinâmica da epidemia até a descoberta do agente etiológico, bem como a inserção de drogas no tratamento, o elemento nuclear presente foi o conceito de risco, delineando ações e estratégias de prevenção e controle.

Dois elementos derivados do risco – grupos de risco e comportamentos de risco – permearam, não somente os estudos científicos, como também, constituíram-se em categorias ontológicas. Suas identidades abandonaram uma perspectiva mais abstrata, para então conduzir ações de cunho individualista.

Inicialmente, a concepção de grupos de risco acentuou medidas de exclusão e isolamento daquelas populações consideradas de alto risco, como os homossexuais, os hemofílicos, os haitianos e os dependentes de heroína. Em seguida, como decorrência do fracasso das estratégias em relação aos grupos de risco e dos fortes ataques daqueles grupos marginalizados, o segundo elemento emergiu como componente das políticas de saúde

voltadas para a redução de risco. Vemos, então, que o discurso do risco sofreu deslocamentos, incorporando essa segunda categoria, o conceito de comportamento de risco.

A amplitude desse conceito em relação ao anterior pode ser verificada por meio de um outro/novo modo de visualizar o problema da epidemia, que não mais se restringe a este ou aquele grupo, mas sim por universalizar o problema, mesmo que a tendência de individualização permaneça. A culpa e a negligência são evocadas como práticas discursivas das estratégias de combate à AIDS pautadas no conceito de comportamento de risco.

A vulnerabilidade emerge, então, como resposta à necessidade de se promover rupturas com a tradicional abordagem fundamentada na redução de riscos, ao considerar que essas categorias comprovaram-se limitantes e incapazes de construir respostas efetivas e denunciar intervenções inespecíficas e acríticas. Conforme Paiva, Peres e Blessa (2002)<sup>19</sup>:

[...] superamos assim as noções de "grupos de risco" ou "comportamentos de risco" – comportamentos e práticas que afinal a pesquisa social dos últimos anos mostrou que não existem sem contexto, sentido e significados socialmente construídos [...] A 13ª Conferência Internacional de Aids realizada na África do Sul consagrou o consenso da comunidade científica de que a expansão da Aids é resultado de fatos biomédicos que explicam a transmissão do vírus, das diferentes atitudes e comportamento individuais, mas principalmente do contexto social e dos programas de saúde e educação existentes que criam a vulnerabilidade coletiva maior ou menor à infecção e ao adoecimento.

Mesmo não acenando com uma identidade objetiva, a vulnerabilidade apresenta certos contornos, capazes de possibilitar aplicações nas práticas contemporâneas de saúde, bem como constituir-se em uma referência conceitual que representa “um importante passo no caminho da produção de um conhecimento efetivamente interdisciplinar e da construção de intervenções dinâmicas e produtivas” (AYRES *et al.*, 2003b, p.117).

A vulnerabilidade está intrinsecamente relacionada à área dos Direitos Humanos, trazendo desse campo, seu referencial teórico e aplicativo na luta pelos direitos de qualquer grupo ou indivíduos fragilizados jurídica ou politicamente. Referenciada nos Direitos Humanos, a concepção da vulnerabilidade avança para outras áreas, principalmente ao

---

<sup>19</sup> A citação foi extraída de documento eletrônico, sem paginação.

considerar o contexto sócio-econômico e cultural das populações e o papel do Estado, sendo ao mesmo um conceito construído e construtor.

Para Mann e Tarantola (1996, p.463), o enlace entre vulnerabilidade e Direitos Humanos fundamenta-se no fato de que a epidemia da AIDS foi/é dotada de complexidades, de especificidades e de particularidades, em que os modelos de saúde baseados no risco não se apresentaram/apresentam eficazes e suficientes. Esses modelos mostraram limites e falhas, conforme podemos ver em relação ao avanço da AIDS entre as mulheres, principalmente aquelas do continente africano. Por exemplo, ações voltadas apenas para as mulheres, como campanhas informativas e distribuição de camisinhas, não se mostraram eficazes, porque o papel da mulher nessas sociedades está subordinado ao homem, configurando maior vulnerabilidade desse grupo, cujo método informação-ação não pode resolver problemas que envolvem elementos de caráter social e cultural.

Em termos de Direitos Humanos, a vulnerabilidade resulta da violação de vários direitos, dentre eles: o direito a solicitar, receber e partilhar informações; o direito à seguridade social; o direito de liberdade frente a qualquer interferência arbitrária sobre sua privacidade, família e lar; o direito à liberdade de opinião e expressão; o direito de participar e influenciar as ações do governo e o direito de participar dos avanços científicos e seus benefícios.

Logo, uma das assertivas a respeito dessa junção de campos disciplinares é que a vulnerabilidade depende da extensão na qual os Direitos Humanos se concretizam e a dignidade humana é respeitada em determinada sociedade, que estabelece e cria oportunidades para intervir nos estratos sociais e assim combater de frente os problemas de saúde (MANN; TARANTOLA, 1996b).

Mesmo que a vulnerabilidade tenha se desenvolvido no contexto da AIDS, sua aplicabilidade pode se estender a qualquer agravo, pois sua fecundidade em desencadear reflexões e ações não está engessada sobre o paradigma do risco – um conceito analítico e formalizado pelas proposições de verdade oriundas da biomedicina. Mesmo porque a vulnerabilidade “nasce de uma pretensão quase inversa” (AYRES *et al.*, 2003b, p.127), em que a pretensão é a busca da síntese.

Então, como conceituar a vulnerabilidade? Segundo Ayres *et al.* (1999, p. 50) o conceito expressa

[...] o esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas da suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV, segundo a particularidade de sua situação quanto ao conjunto integrado dos aspectos sociais, programáticos e individuais que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento.

Mesmo que o conceito acima esteja interligado à AIDS, é possível atentar para várias características que emanam de seu processo de construção.

A interdisciplinaridade é uma das características iminentes à vulnerabilidade. Essa vulnerabilidade que nasceu fragmentária, assistemática, apoiando-se mais pela sua negatividade do que por contribuições positivamente construídas, pelo menos no início de sua trajetória epistemológica. Poder-se-ia dizer que a vulnerabilidade, como afirma Ayres *et al.* (2003b, p.134):

[...] não é binária – ela é multidimensional, ou seja, em uma situação estamos vulneráveis a alguns agravos e não a outros, o que pode nos deixar vulneráveis sob um aspecto pode nos proteger sob outro. A vulnerabilidade não é unitária – ela não responde ao modelo ‘sim ou não’; há sempre gradações, estamos sempre vulneráveis em diferentes graus. A vulnerabilidade não é estável – as dimensões e os graus de nossas vulnerabilidades mudam constantemente ao longo do tempo.

Esse caráter relacional da vulnerabilidade e que se aproxima da perspectiva da multirreferencialidade, “busca universalidade não na reprodutibilidade ampliada de sua fenomenologia e inferências, mas no interesse e possibilidade trans-regionais de sua pragmática” (AYRES *et al.*, 2003b, p.127). Os elementos que constituem esse conceito são a “co-presença, a mutualidade, a interferência, a relatividade, a inconstância, o não unívoco, o não constante, o não permanente, o próprio a certas totalidades circunscritas no tempo e no espaço” (AYRES *et al.*, 2003b, p.127).

Pela perspectiva da vulnerabilidade, o comportamento individual mais a suscetibilidade biológica à infecção ou a algum agravo estão conectados socialmente, variando durante sua trajetória de vida, sofrendo mutações em resposta à experiência pessoal e relações com sua comunidade, entidades sociais e culturais mais abrangentes. Logo, ao "avaliar a vulnerabilidade, é importante considerar a comunidade, além de outros fatores nacionais e internacionais, que possam influenciar a vulnerabilidade pessoal durante o curso da vida" (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1993, p.276).

Para o estudo da vulnerabilidade, como conceito emergente, é preciso considerar sua sistematização proposta por Mann, Tarantola e Netter (1992), baseada em três dimensões inter-relacionadas, envolvendo: a vulnerabilidade individual – seus fatores cognitivos e comportamentais; a vulnerabilidade programática – o investimento dos programas de controle do HIV/AIDS em relação à informação e educação, saúde e serviços sociais e a garantia do respeito aos direitos dos portadores do HIV/AIDS e a vulnerabilidade social – aspectos econômicos, culturais e sociais, por exemplo: gênero, crenças religiosas, desigualdade social, estrutura de governo (MANN; TARANTOLA, 1996a). Assim, a proposta que se segue, é conhecer cada uma das dimensões dessa sistematização.

A análise da vulnerabilidade individual parte de três pressupostos. O primeiro refere-se ao fato de que toda pessoa que não é soropositiva tem um grau potencial de vulnerabilidade à infecção e suas conseqüências, podendo modificar-se ao longo do tempo. A segunda pressuposição considera que os indivíduos infectados pelo HIV têm seu potencial de vulnerabilidade à morbidade, invalidez ou morte, dependendo do acesso aos serviços sociais e de saúde. E por último, as condições que afetam a vulnerabilidade individual podem ser de origem cognitiva, comportamental e social (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1993).

A vulnerabilidade individual pode estar relacionada a comportamentos que facilitam o adoecimento do indivíduo, tais como: transmissão sexual, uso de drogas, transfusão sanguínea e transmissão vertical. Para Ayres, "os comportamentos associados à maior vulnerabilidade devem ser entendidos não como uma decorrência imediata da ação

voluntária dos indivíduos, mas como relacionados a condições objetivas do meio natural e social em que se dão esses comportamentos, ao grau de consciência que estes indivíduos têm sobre tais comportamentos e condições objetivas e ao efetivo poder de transformação de comportamento a partir dessa consciência” (AYRES, 1996, p.18).

A vulnerabilidade individual envolve, portanto, as seguintes dimensões: valores, interesses, crenças, desejos, conhecimento, atitudes, comportamentos, relações conjugais, relações familiares, redes sociais, amizades, saúde mental e constituição física (AYRES *et al.*, 2006).

Meyer *et al.* (2006), a respeito da vulnerabilidade individual e sua aplicação nas PES, relatam que o enfoque sobre os componentes cognitivos e comportamentais são mais priorizados, e traz elementos sobre a concepção das identidades e subjetividades, que não tem sido consideradas nas análises que utilizam o conceito de vulnerabilidade como referencial teórico:

[...] talvez, se pudesse enriquecer ou mesmo ressignificar esse componente acrescentando a ele condições que dizem respeito às possibilidades e ao desejo que os indivíduos têm para reconhecer-se como sujeitos das representações ‘saudáveis’ produzidas e veiculadas nas práticas educativas. Ou seja, trata-se de perguntar se estas representações são suficientemente inclusivas para dar conta dos desafios colocados à educação em saúde nas sociedades contemporâneas ou se elas podem contribuir para aumentar a vulnerabilidade vivenciada por pessoas que não se incluem em suas descrições (MEYER *et al.*, 2006, p.1340).

Para Delor e Hubert (2000), o estudo da vulnerabilidade é indissociável do estudo dos processos de identidade, ou seja, esses processos de construção e reconstrução das identidades, por intermédio da relação indivíduo e coletivo em tempos contínuos e descontínuos, de resistência e re-elaborações que podem tornar os sujeitos mais ou menos vulneráveis, em um determinado tempo e espaço.

Para exemplificar, podemos conferir elementos discursivos da vulnerabilidade individual em um depoimento de adolescente, parcialmente reproduzido em um vídeo educativo *Vulnerabilidades, vulneradolescente*:

A camisinha rola nas primeiras relações, quando se está conhecendo. Depois, eu acho muito difícil manter essa atitude. Aí envolve muita coisa: o afeto que você tem por aquela pessoa, envolve o gostar, envolve confiança. Se está usando camisinha é porque não confia. Eu, por exemplo. Eu tenho um namorado, com quem eu vivo e, poxa, é muito complicado, estar sempre ali, sabe? (AYRES, 2000, p. 419).

A segunda dimensão da vulnerabilidade é a vulnerabilidade social, ou seja, a avaliação de coletividades. Inicialmente, a vulnerabilidade social encontrava-se integrada à vulnerabilidade programática compondo uma única dimensão, a vulnerabilidade coletiva (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1992). Dentre os aspectos empregados na vulnerabilidade social estão: o acesso à informação, a percentagem do produto nacional bruto destinado a investimentos na saúde, o acesso a serviços de saúde, os indicadores epidemiológicos, os aspectos sócio-políticos, o grau de liberdade de pensamento e expressão dos diversos sujeitos, a relação entre gastos militares e gastos com saúde e as condições de bem-estar social (AYRES, 1996).

Em 1992, a vulnerabilidade social foi avaliada a partir de uma aplicação de escores, em que quando foi possível classificar os países em termos de baixa, média e alta vulnerabilidade. O Brasil foi classificado como de média vulnerabilidade, juntamente com: Áustria, Argentina, Chile, China, Cuba, Coréia do Sul, Portugal, Tailândia, entre outros (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1993).

Outros componentes também se fazem presentes na vulnerabilidade social, além de indicadores propostos inicialmente: as relações de gênero, as relações raciais, referências culturais, crenças e normas religiosas, normas sociais, relações entre gerações, estigma e discriminação, emprego, suporte social, acesso a serviços de saúde, acesso à educação, acesso a atividades culturais, de lazer e esportes, participação política, acesso ao sistema legal e segurança (AYRES *et al.*, 2006).

Como último componente da vulnerabilidade tem-se a vulnerabilidade programática, que se refere ao desenvolvimento de ações institucionais especificamente voltadas para o agravo. A vulnerabilidade é apreendida aqui por aspectos como “pronunciamentos oficiais demonstrando compromisso com a solução do problema expresso por autoridades locais, ações efetivamente propostas pelo Estado” (AYRES, 1996, p.19).

Em 1992, Mann, Tarantola e Netter propuseram cerca de onze indicadores para avaliar os programas de prevenção, controle e assistência em AIDS no mundo, entre os quais: expressão de compromisso, transformação do compromisso em ação, desenvolvimento da coalizão, planejamento e coordenação, gerenciamento, resposta às necessidades de prevenção, resposta às necessidades de tratamento, obtenção de recursos financeiros, sustentação do esforço, avaliação do progresso e avaliação do impacto (AYRES *et al.*, 1999).

Em 1996, a sistematização do conceito de vulnerabilidade como ferramenta de avaliação em relação à AIDS abandonou o emprego de modelos quantitativos e uso de escores e índices. A divisão entre a análise de nível individual e coletivo (social e programático) passou a ser mais genérica, incorporando as três dimensões e aproximando-se com mais intensidade dos aportes dos Direitos Humanos, acrescentando-se ainda os conceitos de empoderamento, *connectedness* e *entitlement*.

O empoderamento é um conceito implícito na concepção de vulnerabilidade desde 1992, na primeira publicação de AIDS in the World (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1992). Conforme os mesmos autores (1993, p.277), “dada a natureza do HIV/AIDS, a tarefa final da prevenção é a responsabilidade individual: as sociedades não podem administrar a prevenção do HIV a uma população passiva”. A prevenção do HIV requer indivíduos investidos de responsabilidade de aprender e responder”. O discurso do sujeito ativo está presente, bem como a relação global-local na perspectiva do *connectedness*, que enfatiza a máxima “agir localmente, pensar globalmente” (AYRES *et al.*, 1999, p.61).

Em relação ao conceito de *entitlement*, seu termo está fundamentado em teorias de justiça, que defendem o valor da liberdade ou garantia de não-inteferência, ou seja, “a

defesa de uma inalienável esfera de autonomia e competência própria a cada indivíduo, livre de ameaças ou constrangimentos, dentro dos limites impostos pelos direitos do outro” (AYRES *et al.*, 1999, p.62).

A vulnerabilidade como conceito, segundo Rocha (1999, p.51), “reafirma a complexidade da epidemia, confirmando que o controle desta doença não se restringe apenas ao enfrentamento da doença, mas implica reinventar, permanentemente, o território das relações entre cidadania e justiça”. A vulnerabilidade trouxe um novo fôlego ao campo de estratégias de prevenção ao HIV, ao tematizar a prática da saúde como expressão da universalidade de critérios e particularidades de conteúdos.

No entanto, a vulnerabilidade pode apresentar algumas dificuldades na operacionalização em ações de saúde. Ayres *et al.* (2003b) relata duas tendências obliterantes: a ampliação paralisante e a vitimização. Na primeira, diante da complexidade das dimensões apresentadas pela vulnerabilidade, os resultados decorrentes da aplicação da vulnerabilidade podem não ser muito animadores a princípio, todavia, a vulnerabilidade deve ser considerada mais com uma propedêutica, que prepara para a ação que meramente um modelo de intervenção. Ou como completa Meyer: “não se trata mais de perseguir a grande e definitiva transformação social, mas de introduzir e valorizar, nas nossas práticas, as idéias de movimento, de fluidez e as pequenas mudanças nas ações cotidianas” (MEYER, 1998, p.39).

Em relação à vitimização, a vulnerabilidade traz consigo a idéia de responsabilidade bilateral, visto que pela perspectiva relacional desse conceito, aqueles que se apresentam menos vulneráveis em um momento, poderão logo a seguir modificar seu status de vulnerabilidade. Logo, a responsabilidade nessa concepção é partilhada, privilegiando relações de reciprocidade.

A vulnerabilidade também apresenta dificuldade em ser aceita no campo da Epidemiologia, considerada como secundária e subordinada à produção do conhecimento do risco. Sua difícil operacionalização e uma delimitação conceitual frouxa implicam na desqualificação desse conceito sob o prisma da racionalidade positivista. Todavia fica claro

que “essas considerações partem de posições hegemônicas no campo, buscando descaracterizar e retirar o potencial da proposição concorrente” (NEVES, 2004, p.286).

Se a vulnerabilidade apresenta dificuldades na sua concretização, nada seria mais adequado do que apresentar estudos que tratam desse conceito, ora inserindo-o como elemento nuclear da pesquisa, ora como fio condutor de ensaios para identificar percepções e representações sobre eventos específicos.

Como critérios de inclusão dos trabalhos foram selecionados aqueles que utilizaram o referencial teórico da vulnerabilidade, tendo como teóricos citados Jonathan Mann e/ou José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, visto que o termo vulnerabilidade é ubíquo e, muitas vezes, empregado com outros fins que fogem à perspectiva epistemológica supracitada e referenciada como elemento basilar desta pesquisa. Cabe ressaltar que não tive como objetivo tecer uma busca pormenorizada, mas sim, apresentar de modo tangencial algumas produções científicas que tenham utilizado o conceito em questão.

Dezesseis trabalhos foram elencados. Com exceção de quatro, os demais abordaram a temática AIDS, reforçando a relação da vulnerabilidade com esse agravo. Oliveira (2004) foi uma das pesquisas que procurou articular a vulnerabilidade com um tema não relacionado à AIDS. Em seu trabalho, a vulnerabilidade possibilitou determinar, com base nas três dimensões, a ocorrência de intoxicação por agrotóxicos em famílias de agricultores familiares. A pergunta principal do estudo foi: qual o grau de vulnerabilidade familiar à intoxicação por agrotóxicos?

Melo (2001) enfocou a vulnerabilidade social de jovens de ambos os sexos, com e sem filhos, de camadas economicamente menos favorecidas no Rio de Janeiro, para analisar as questões sócio-econômicas dessa população e sua relação com o fenômeno da gravidez na adolescência. Já Oliveira (2006), pesquisou as concepções de saúde bucal pelas mães ou responsáveis de crianças em idade pré-escolar assistidas na atenção básica.

Neste trabalho, Oliveira (2006) empregou o referencial de vulnerabilidade, procurando articular com a teoria da ação comunicativa de Habermas e a Hermenêutica filosófica de Gadamer. Além das percepções coletadas referentes à boca, tratamento e

prevenção da saúde bucal, a autora buscou analisar também, o programa de saúde bucal. O quesito comunicação foi bastante considerado, atentando para as perspectivas que cada lado focaliza – o cuidador e as mães ou responsáveis pelas crianças.

Em Cabral (2007), encontra-se o conceito de vulnerabilidade empregado como elemento analítico sobre o conhecimento e entendimento das equipes de saúde da família acerca das situações que contribuem para aumentar ou reduzir a vulnerabilidade de mulheres puérperas atendidas na atenção básica. Nesse estudo, foi possível atentar que essas mulheres estão sujeitas a necessidades e problemas de saúde particulares, o que requer a apreensão de suas demandas em sua expressão singular.

Os sujeitos envolvidos nas pesquisas que trataram da temática vulnerabilidade-AIDS foram, respectivamente: jovens HIV positivos com idade entre 10 a 20 anos (AYRES *et al.*, 2006); mulheres grávidas soropositivas ao HIV (FERACIN, 2003); portadores do HIV/AIDS que convivem com parceira soro-discordante ao HIV (REIS, 2004); mulheres com relação conjugal estável, dependentes economicamente do marido (NASCIMENTO; BARBOSA; MEDRADO, 2005); homens, motoristas ou integrantes da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (GUERRIERO, 2001); estudantes do sexo feminino, do primeiro ano de cursos de uma universidade pública federal (SANCHES, 1999); homens e mulheres soropositivos ou soronegativos com idade entre 50 e 59 anos (SILVA, 2006) e mulheres soropositivas e/ou doentes de AIDS (ABICHEQUER, 2007).

Sob olhares diferentes, a vulnerabilidade auxiliou na construção de ações voltadas principalmente para o sistema de saúde público, alertando para mudanças e reformulações de suas práticas. No trabalho de Ayres *et al.* (2006), a articulação da vulnerabilidade com os Direitos Humanos resultou em várias proposições, não somente para o setor da saúde, mas também para outras áreas, como a educação e assistência social, entendendo que a vulnerabilidade, é uma concepção que avança intersetorialmente. Os resultados permitiram evidenciar problemas enfrentados pelos jovens, além de propor ações, tanto em nível micro e macro, a fim de diminuir a vulnerabilidade desses indivíduos, como decorrência de sua situação – estar HIV positivo.

Na pesquisa de Feracin (2003), vulnerabilidade e gênero foram utilizados como referenciais teóricos para as análises das entrevistas. Os componentes abordados na análise foram elementos sócio-culturais da gestante soropositiva, por exemplo, sua relação com os parceiros, a descoberta da infecção pelo HIV, o abandono de alguns parceiros, a aderência ao tratamento medicamentoso e as implicações sociais, culturais e afetivas pelo fato de não poder amamentar seu filho.

Em todas as pesquisas, a proposta de se utilizar o conceito de vulnerabilidade como aporte teórico, contribuiu em análises mais complexas, não se restringindo ao saber biológico, o que possibilitou trilhar e avançar pelos vários campos disciplinares do saber humano, valorizar suas trajetórias de vida, não menosprezar os elementos sociais e econômicos, contemplar os diversos olhares, os modos diferentes de lidar com situações-limite e assim, perscrutar os processos de construção das identidades no enfrentamento de agravos como a AIDS.

Todavia, ainda persiste uma questão: a vulnerabilidade pode contribuir na proposição de experiências educativas em saúde ou auxiliar na avaliação dessas experiências?

Segundo Ayres (2002c), algumas lições podem ser apreendidas tendo como fundamento a trajetória das PES no campo da prevenção. Destacam-se: o terrorismo não funciona; o risco é um conceito útil, mas limitado; prevenção não se ensina e, principalmente, não somos sem um-outro.

Desse modo, a vulnerabilidade pode fornecer subsídios, incluindo o desenvolvimento de ações preventivas até o planejamento e avaliação de programas e serviços de saúde. Sob a perspectiva da vulnerabilidade, as PES deixariam de ser intervenções com a finalidade de alertar, mas de capacitar populações suscetíveis, por meio da mobilização e não apenas da informação. Seu processo educativo seria construtivista, com enfoque intersetorial e realizado preferencialmente pelos seus pares. Os resultados esperados, antes vinculados a mudanças de comportamento, passariam a ser transformações de contextos de intersubjetividade (AYRES *et al.*, 2003b, p. 135).

Na literatura, foi possível encontrar quatro publicações que procuraram relacionar a vulnerabilidade com as PES. Duas delas referem-se às estratégias educativas em saúde aplicadas em estudantes de ensino médio. O terceiro trabalho procurou relatar as PES direcionadas a mulheres residentes em uma comunidade da cidade de São Paulo. A quarta publicação foi decorrente de experiências educativas voltadas para jovens e inseridas em um projeto promovido pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

No primeiro exemplo divulgado em duas publicações, a educação em saúde foi realizada pelos próprios estudantes (educação por pares), em uma escola de ensino médio na cidade de São Paulo. O conceito de vulnerabilidade foi o elemento norteador das ações realizadas por alunos multiplicadores, tendo como finalidade reduzir a vulnerabilidade dos escolares ao HIV/AIDS (AYRES; CALAZANS; SALETTI FILHO, 2003; AYRES *et al.*, 2003a). Os resultados demonstraram a efetividade dessas estratégias, sendo bem compreendidas pelos estudantes e avaliadas positivamente pela grande maioria.

O segundo exemplo ocorreu em uma comunidade da cidade de São Paulo. As PES foram realizadas, tendo o conceito de vulnerabilidade como fio condutor e a população feminina como alvo. Neste estudo foram utilizadas diferentes intervenções e não apenas os modelos educativos tradicionais, como palestras, mas foram inseridas, por exemplo, o emprego da mídia como a rádio comunitária. As avaliações das intervenções também buscaram utilizar outros universos (FIGUEIREDO; AYRES, 2002).

No exemplo seguinte, Saletti Filho *et al.* (2003) apresentaram a avaliação de uma experiência de educação preventiva norteadora pelo conceito de vulnerabilidade e realizada na cidade de São Paulo. Segundo os autores, as atividades de arte-educação, destacando a barraca itinerante Sexo, Libido e Manifestação, possibilitaram distanciamento de propostas baseadas na pedagogia da informação, incentivando ações entre pares e a reflexão sobre a identidade da coletividade comunitária.

E ao término dessa cartografia, apresento o estudo teórico de Saletti Filho (2007), que trabalhou a relação ‘cuidado e criatividade’, sob a perspectiva da vulnerabilidade. Segundo o autor:

A questão da vulnerabilidade nos permite olhar as suscetibilidades individuais como repercussão de uma determinada forma de inserção nas redes sociais, trazendo a experiência de socialização individual para o cerne da relação entre profissional de saúde e usuário do serviço. [...] No modelo de vulnerabilidade há integração de diferentes saberes com o desenvolvimento de práticas para lidar com algo, um problema e gerar uma resposta (SALETTI FILHO, 2007, p.158).

Como conclusão, foi possível comprovar a possibilidade de se implementarem ações não mais pautadas somente na informação, mas utilizando-se de estratégias vinculadas aos códigos, às demandas e aos interesses específicos da cultura local, principalmente em relação a papéis de gênero, o que contribuiu para o sucesso das ações preventivas (FIGUEIREDO; AYRES, 2002).

Assim, a perspectiva da vulnerabilidade pode se configurar em uma proposição fecunda e não somente na construção e planejamento de PES, como também na avaliação e compreensão delas dessas PES. Como afirmam Meyer *et al.*:

[...] apostamos que o referencial da vulnerabilidade pode contribuir muito para a renovação das práticas de saúde geral, e particularmente, para as práticas de educação em saúde, porque consiste precisamente na busca de um novo horizonte para situar e articular riscos, “causalidades” e “determinações”, trazendo a saúde – assim como a possibilidade de adoecer – para o campo da vida real, para o mundo dos sujeitos em relação, no qual esses processos ganham sentidos singulares (MEYER *et al.* 2006, 1341).

### CAPÍTULO 3 - A EDUCAÇÃO SANITÁRIA: DISPOSITIVO DE DOCILIZAÇÃO DO SER HUMANO?

Um dos principais escopos da administração sanitaria como se pratica actualmente nos paizes civilizados, visa a educação sanitaria do povo, afim de que este bem orientado a respeito das exigências do regulamento de Saude Publica, se possa constituir um collaborador precioso da execução das medidas hygienicas exigidas pela medicina preventiva.  
(Inspectoria de Demographia e Educação Sanitária do Estado de Minas Gerais, 1930, p.166)

O texto acima representa o ideário civilizatório encontrado em textos, panfletos, artigos de jornais nas primeiras décadas do século vinte, que apregoavam práticas discursivas e não-discursivas<sup>20</sup> sobre a necessidade da educação sanitária, como elemento importante para que o indivíduo possa “obedecer e cumprir as determinações da auctoridade sanitaria” e assim, “compreenda o valor das medidas que a sciencia medica aconselha ou exige para a conservação da saúde” (Inspectoria de Demographia e Educação Sanitária do Estado de Minas Gerais, 1930, p.166).

Conforme já relatado na introdução, as Práticas Educativas em Saúde (PES) assumiram sentidos, concepções e nomenclaturas singulares em cada período histórico. Assim, adotei o termo educação sanitária neste capítulo, pela sua presença constante nas fontes históricas, procurando assim considerar as particularidades históricas e a possibilidade de compreender as experiências passadas na sua singularidade em relação ao presente.

Desse modo, como componente dessa análise/compreensão sobre o ideário da educação sanitária, considero relevante caminhar pelo campo da história dessas práticas, tentando entender como essas práticas de significação puderam contribuir na constituição de identidades e subjetividades, delimitando condutas e ações.

---

<sup>20</sup> Práticas não-discursivas envolvem o “domínio das instituições dos processos econômicos, das relações sociais nas quais pode articular-se uma formação discursiva” (FOUCAULT, 2005b, p.185).

Como primeiro passo, lanço a seguinte questão: será que ao longo do tempo podemos afirmar que as PES foram dispositivos<sup>21</sup> de assujeitamento, levando à formação de seres humanos docilizados e disciplinados? Para essa pergunta, não pretendo ignorar as estratégias de resistência e táticas desses sujeitos.

A questão acima precede outra a ser abordada no capítulo cinco e que contribui para a compreensão das PES contemporâneas. Assim, formulo a seguinte pergunta: como as PES se articulam com a racionalidade do liberalismo e, agora neoliberalismo, reforçando a perspectiva do sujeito ativo, que se auto-governa, e se auto-gerencia? Retorno, então, ao pensamento foucaultiano, que considera a disciplina um elemento necessário para o funcionamento da liberdade e da democracia. Nesse caso, tanto o fenômeno da docilização, como a constituição de sujeitos ativos, não se apresentam contraditórios, pois um foi o preço do outro e um só foi possível com o outro. Desse modo, para garantir a liberdade aos sujeitos, foi preciso adestrá-los inicialmente.

Portanto, as hipóteses acima não se encontram engessadas em uma relação causa-conseqüência, mas são repensadas em racionalidades que se combinam de vários modos, estabelecendo princípios e práticas. Logo, sob uma abordagem histórica, pretendo inquirir, como a educação sanitária procurou criar e inventar sujeitos disciplinados em conjunção com os mais variados dispositivos, como um poliedro de inteligibilidades, cujas faces não foram previamente definidas e, de fato, nunca estarão legitimamente concluídas.

O período escolhido para este percurso metodológico inicial compreende as cinco décadas iniciais da República, porém, não pretendo delimitar com exatidão um intervalo de datas. Optei por certa liberdade para percorrer e encontrar nesse espaço temporal de que

---

<sup>21</sup> O termo dispositivo foi inicialmente empregado por Foucault em 1975, na entrevista após o lançamento do livro *Vigiar e Punir*. No curso *Em defesa da sociedade*, de 1975-1976, o conceito de dispositivo designa os operadores materiais do poder e, no prefácio da edição americana do *Anti-Édipo*, de Deleuze e Guattari, em 1977, o conceito apresenta acepção ampla, que se torna mais precisa no livro *História da Sexualidade I – A vontade de saber*. A noção de dispositivo passou a ocupar gradativamente a noção de episteme, considerada apenas um dispositivo discursivo, enquanto, que o dispositivo em si, envolve elementos discursivos, como também, instituições e práticas, ou seja, todo o social não discursivo (RABINOW; ROSE, 2003; REVEL, 2005).

maneira(s) os eventos se articulam, como se imbricam o macro e o micro, e como a Educação e Saúde adentraram em territórios de saber desconhecidos, porventura envoltos de práticas e racionalidades entremeadas de poder.

Para esse exercício histórico, utilizei-me de várias fontes, como teses e dissertações, artigos de periódicos, anais de congressos e livros, levantando e lançando questões que pudessem auxiliar na discussão das hipóteses citadas anteriormente. Não tenho a pretensão de erguer uma coletânea linear sobre a educação sanitária e sim, caminhar pelas veredas, pelas trilhas e pelas picadas, entrar em trincheiras, conhecer o singular e o particular, não desconsiderar as respostas encontradas, mas promover a decomposição das camadas das verdades atribuídas, dos monumentos com que me deparei.

Nesta etapa, utilizo-me do conceito de dispositivo, derivado do pensamento de Foucault, como ferramenta que contribua na compreensão das PES. Para Foucault (2006e, p.244), dispositivos são “um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas”. E finaliza dizendo que “o dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos” (FOUCAULT, 2006e, p.244).

Já Deleuze (1992) amplia tal conceito, trazendo a idéia de um aglomerado de múltiplas linhas, cada uma com suas diferentes naturezas. Cada linha pode sofrer mudanças na direção, pode se bifurcar e até sofrer rupturas. Relações de força e sujeitos podem atuar como vetores e tensores. Nesse entremeamento de poder, saber e subjetividades, as tensões em crise promovem novas dimensões e novas linhas.

Nessa *démarche* das PES, é possível vislumbrar que essas práticas podem ser dispositivos, que se encontram, se entrelaçam e se estendem em tensões com outros dispositivos, como o processo de urbanização no início do século vinte, a criação de instituições de pesquisa e de formação profissional, as legislações sanitárias, as intervenções decorrentes, a institucionalização da educação sanitária – não apenas em espaços formais da saúde – mas em outros espaços, como as escolas primárias, além do

emprego da propaganda sanitária, como instrumento de massificação da construção da consciência sanitária.

Por conseguinte, inicio esse percurso histórico de compreensão das PES trilhando e procurando saber como se articularam os dispositivos acima e sua fecundidade em utilizar-se das PES com a finalidade de construir uma identidade nacional, em um país que deveria ser habitado e povoado por homens e mulheres cultos, livres de epidemias e endemias, aptos ao trabalho, ou seja, uma raça elevada e comparável às nações industrializadas do hemisfério norte.

### 3.1 Das urbes aos sertões: a construção de espaços higiênicos

No dia 26 de janeiro de 1893, conforme o *Gazeta de Notícias*, deu início à destruição do mais célebre cortiço do Rio de Janeiro, o Cabeça de Porco. A Inspetoria Geral de Higiene da capital republicana acompanhada de suporte policial põe abaixo, um local que chegou a ser ocupado por mais de quatro mil pessoas. Sua destruição dramática marca o processo de erradicação dos cortiços cariocas. Sidney Chalhoub comenta: “o que mais impressiona no episódio do Cabeça de Porco é sua torturante contemporaneidade” (CHALHOUB, 2006, p. 19).

O processo de reorganização dos espaços urbanos ao final do século dezenove e início do século vinte teve como característica afastar violentamente das zonas centrais das cidades brasileiras, principalmente Rio de Janeiro e São Paulo<sup>22</sup>, as classes “pobres” e “perigosas”, tidas como repletas de vícios e consideradas como prováveis malfeitoras. Além da periculosidade ideológica, os pobres ofereciam risco de contágio (CAPONI, 1992).

---

<sup>22</sup> O processo de urbanização e as mudanças decorrentes aqui citadas referem-se, principalmente, ao Rio de Janeiro, capital republicana e a São Paulo, capital do Estado de São Paulo.

Essas representações encontravam escopo nas teorias miasmáticas ainda presentes na época, que reforçavam serem os pobres, fontes de doenças, em que os miasmas da putrefação se proliferavam e provocavam doenças. Assim, a retirada dos cortiços provém e se alimenta da busca por uma civilização dotada de qualidades, como a grandeza e a prosperidade. Conseqüentemente, as cidades deveriam refletir essa nova ordem pautada na ciência e na higiene, através de ações de saneamento de tudo aquilo considerado imundo, desordeiro e sujo.

As mudanças na urbe promovidas pelos engenheiros e incentivadas por médicos e higienistas, pareciam ter como finalidade, preservar a saúde das classes privilegiadas, promovendo o afastamento dos corpos debilitados da classe operária dos chamados espaços respeitáveis. Segundo Caponi (1992), a higiene constituiu-se em um discurso biopolítico, em que a humanidade foi maximizada em termos econômicos e minimizada em termos políticos.

“A cidade, nesse sentido, será lida a partir de novas concepções médicas e biológicas do determinismo físico e moral, que se colocam em oposição à visão mecanicista do pensamento das Luzes” (Rago, 1997, p.169). Essa autora apresenta uma nova racionalidade sobre o espaço urbano: as vilas operárias na cidade de São Paulo. Estas materializaram o discurso disciplinador do industrial-patrão sobre seus funcionários, instaurando um controle fino e articulado sobre o cotidiano do trabalhador. Podem ser consideradas então, como a antítese dos cortiços, criando novos modos de higiene pessoal e da vida.

As ruas estreitas e sinuosas foram ampliadas em grandes avenidas, que atravessaram e invadiram terrenos, antes ocupados por habitações apinhadas de gentes perigosas. A desodorização do espaço urbano, construído a partir da força laboral, foi realizada pelo levantamento de novas estruturas. Carvalho relata que os mandatários da época, como Pereira Passos, no afã de promover a todo custo a higienização dos espaços urbanos promulgou leis que interferiam no cotidiano do cidadão carioca:

Proibiu cães vadios e vacas leiteiras nas ruas; mandou recolher a asilos os mendigos; proibiu a cultura de hortas e capinzais, a criação de suínos, a venda ambulante de bilhetes da loteria. Mandou também que não se cuspiasse nas ruas e dentro dos veículos, que não se urinasse fora dos mictórios, que não se soltassem pipas (CARVALHO, 2006, p.95).

Na cidade de São Paulo, também foi possível verificar novas construções, como o Viaduto do Chá e o avanço de empreendimentos civilizatórios que reforçaram o imaginário do progresso, a partir da destruição do passado, simbolizado pela demolição de cortiços e casas baixas. Segundo Rocha (2003), todo esse desmonte acarretou o esvaziamento das regiões centrais da cidade, espremendo para a periferia, todo o aglomerado de gentes, afastando por ora, o risco de doenças no centro de São Paulo.

Além da segregação espacial e da intervenção direta sobre a vida das pessoas, Patto (1999) afirma que esse período inicial da República foi marcado pela brutalidade repressiva, sendo os conflitos sociais, denominados de “casos de polícia”. As greves de operários, de colonos das fazendas de café, de trabalhadores rurais foram reprimidas violentamente e justificadas diante da sociedade, como movimentos de desordeiros, vadios e homens embriagados.

Assim, como Caponi (1992), pode-se verificar que o processo de urbanização e a criação de novas sociabilidades não ocorreram de modo homogêneo, mas foi costurada por meio de elementos de hierarquização e segregação social, em que se estabeleceram relações de dominação e subjetivação, invasão de corpos e a transformação de hábitos da humanidade. Além da disciplina e da docilização, a exclusão e a repressão partilharam espaços contíguos.

Enquanto nas cidades efervesciam as mudanças, expedições científicas realizadas pelo Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil, a partir de 1910, denunciavam uma situação vexatória de abandono, miséria e atraso. A imagem dos sertões, como evidência de letargia, incentivou debates calorosos sobre a necessidade de reformas da saúde pública e do saneamento dessas regiões abandonadas ao descaso (LIMA, 1999).

Os relatórios dessas viagens ajudaram a compor o retrato de um interior habitado por doenças, reforçando a idéia de abandono vivenciada pela maior parte do Brasil, visto que as ações de modernização promovidas pelas elites oligárquicas restringiam-se às capitais e às cidades de maior interesse econômico, como Campinas e Santos.

O sanitarismo rural, que se seguiu ao sanitarismo urbano foi divulgado e defendido por figuras de renome, como Belisário Penna e Arthur Neiva, trazendo práticas discursivas entremeadas de nacionalismo, que primavam pela intervenção do Estado na saúde e tentavam romper com a imagem de atraso dos sertões (SANTOS, 1993).

Além das reformulações do espaço nas cidades e algumas tentativas no interior do país, outros dispositivos aconteceram nesse período, entre os quais, a criação de instituições voltadas para a ciência e para a formação de profissionais de saúde, que teriam como uma das funções auxiliar na construção da consciência sanitária através das atividades educativas em saúde, quer estabelecendo novos saberes, quer transmitindo esses saberes nos mais variados *loci*.

### 3.2 Instituições da Ciência e da Formação sanitária

A moderna Higiene exigia para a realização de seus intentos a preservação da saúde, o desenvolvimento e o aprimoramento de diversas ciências, dentre elas, a Imunologia, a Bacteriologia, a Fisiologia que, aliadas a métodos e equipamentos, possibilitariam o avanço e a perpetuação desse novo saber.

Sem dúvida, seriam necessários também especialistas que, formados aqui ou no exterior, portadores da legitimidade outorgada pela sociedade nacionalista, auxiliaram na construção de uma ciência brasileira, articulada com as instituições estrangeiras.

Em São Paulo, várias instituições foram criadas como decorrentes, segundo Castro-Santos (1993), do trabalho ardoroso de Emílio Ribas e Adolfo Lutz: o Instituto

Bacteriológico, funcionando desde 1892, o Instituto Vacinogênico, também da mesma data, e o Instituto Butantan<sup>23</sup>, criado em 1899, como um departamento pequeno ligado ao Instituto Bacteriológico, cuja autonomia foi obtida em 1901. Além desses, ainda podem ser citados: um laboratório farmacêutico, um laboratório de análises clínicas e um posto central de desinfecção, bem como alguns hospitais de isolamento.

No Rio de Janeiro, foi criado em 1900, o Instituto Soroterápico Federal, também denominado Instituto de Manguinhos, com a finalidade de produzir soros e vacinas contra a febre amarela, a varíola, a peste bubônica, a tuberculose e a sífilis – doenças que grassavam o Brasil. Já em 1908, o instituto recebe o nome de seu fundador, Oswaldo Cruz, que, segundo Sobrinho (1981) e Luz (1982), contribuiu para o desenvolvimento do modelo médico-sanitário de bases científicas, contrapondo-se ao modelo médico tradicional, pautado em muita retórica e superficialidade científica.

Conforme estudos de Campos (2002), a criação desses institutos estava ligada ao ideal republicano de construção da identidade nacional, não se restringindo apenas ao campo da saúde. A proposta era romper a imagem de um Brasil escravista, em prol de um novo *status* de nação, que caminhava rumo ao progresso, articulando com a ciência e a educação.

A formação de instituições de ensino e pesquisa constituiu-se em outro componente desse ideário. Sob forte influência da Fundação Rockefeller, foi criado o Instituto de Hygiene (atual Faculdade de Saúde Pública/USP), em 1918. O papel a ser exercido por essa instituição modelar seria o de conduzir a política sanitária, sem deixar de lado os rumos do progresso de toda a nação.

Para os médicos sanitaristas Geraldo Horácio de Paula Souza<sup>24</sup> e Francisco Borges Vieira<sup>25</sup> (1948), a nova Higiene requeria a formação de especialistas e as escolas de higiene

---

<sup>23</sup> A criação do Instituto Butantan foi alavancada, em grande parte, pela chegada ao Brasil da peste bubônica, na cidade portuária de Santos, em 1899 (FARIA, 2002).

<sup>24</sup> Segundo Rocha (2003, p.70), o médico e farmacêutico “Geraldo Horácio de Paula Souza (1889-1951) era membro de influente família da elite paulista [...] desenvolveu seus estudos na Escola de Farmácia de São Paulo, onde se formou em 1908 e na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, no qual se diplomou em 1913”. No período de 1918 a 1920 cursou o doutorado em Higiene e Saúde Pública pela Universidade de Johns Hopkins de Baltimore juntamente com o médico Francisco Borges Vieira, com apoio da Fundação

seriam o local de preparo desses elementos humanos, através de cursos regulares, fortalecendo e aprimorando a profissão sanitária. Assim:

[...] quanto à escola de São Paulo, desde muito vem ela preparando médicos sanitaristas, educadores sanitários, nutricionistas, enfermeiras de saúde etc., não só para o Estado, mas destinados a todo o Brasil. Colaborando com a Escola de Enfermagem da mesma Universidade, quer em seus laboratórios, quer dos distritos sanitários a cargo da Faculdade, ministram-se cursos e estágios para seus alunos (SOUZA; VIEIRA, 1948, p.36).

No Rio de Janeiro, a formação de médicos com a visão higiênica coube à Faculdade de Medicina, a partir da Reforma de Ensino Rocha Vaz, em 1924, não sem antes ocorrer um imbróglio com o Instituto Oswaldo Cruz, que aspirava ter sob sua responsabilidade a formação desses sanitaristas. Essa polêmica representava a luta desses profissionais em oficializar seu espaço de atuação, distinguindo-o da assistência médica curativista, o que só foi obtido na década de 40, quando o Ministério da Educação e Saúde passou a exigir o certificado de especialização para o ingresso e exercício no serviço público como médicos sanitaristas (VASCONCELLOS, 2000).

Para Ribeiro (2006, p.5):

Ao lado das ações sanitárias e higiênicas, uma das mais significativas mudanças foi a construção de uma vasta organização representada pelas instituições responsáveis pela pesquisa em saúde pública, sendo que algumas existem até hoje. Sem dúvida, os institutos científicos e a seção de demografia e estatística sanitária exerceram um papel fundamental, tanto quanto as campanhas e representaram uma verdadeira mudança de sentido conferido à saúde pública.

---

Rockefeller. No ano de 1922, assumiu a direção do Instituto Hygiene e foi nomeado diretor do Serviço Sanitário de São Paulo, no qual permaneceu até 1927, quando se afastou em decorrência de divergências políticas. Atuou na direção do Instituto de Hygiene até a sua morte e atuou com relevância na Sociedade Brasileira de Higiene, como também participou de instituições internacionais de saúde (ROCHA, 2003).

<sup>25</sup> O médico Francisco Borges Vieira (1893-1955) formou-se em Medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e doutorou-se em Higiene e Saúde Pública pela Universidade de Johns Hopkins. Foi colega e adepto dos ideais sanitários de Geraldo Paula Souza, sendo diretor do Serviço Sanitário de São Paulo de 27/7/1931 a 20/11/1931 e retornando a esse cargo no período de 1935 a 1937, sem, no entanto, dar continuidade à reforma de Paula Souza de 1925, que havia sofrido várias modificações nesse período. Juntamente com Paula Souza, trabalhou na configuração do Instituto de Hygiene como Faculdade ligada à Universidade de São Paulo (CAMPOS, 2002).

Desse modo, as instituições de ciência e, em particular, aquelas de formação de novos agentes da saúde, emolduraram o avanço do saber médico por novos territórios, desenvolvendo novas concepções de práticas médicas e passando, ao mesmo tempo, a exigir a criação de espaços educativos que formassem especialistas, pois a formação desses profissionais tornou-se imperativa para inculcar na população a consciência sanitária, a fim de transformar a higiene, em ações incorporadas no cotidiano.

### 3.3 Leis, códigos, regulamentos e reorganização dos serviços sanitários

Além dos dispositivos que regulamentaram o corpo social, como a elaboração de novos espaços em uma cidade ou o estabelecimento de locais de construção do saber, permeados por relações de poder, entendo que o controle sobre as populações também pode ser mediado por legislações, que interdita práticas, reelaboram outras ações, reafirmam como verdades certos procedimentos e reorganizam serviços, como neste caso, os serviços sanitários.

Os dispositivos jurídicos se articulam com os demais dispositivos, como a educação sanitária, alimentando-se de suas tensões, ora possibilitando a disciplina, ora a regulamentação.

Os estudos históricos sobre a Reforma Sanitária da Primeira República apresentam várias possibilidades de compreensão das ações realizadas na sociedade brasileira. Telarolli Júnior (1996) e Castro-Santos (1993), falando especificamente de São Paulo, atribuem à economia cafeeira, o surgimento do todo o aparato da saúde pública nesse estado.

Castro-Santos (1993) relata que a reforma sanitária paulistana foi comandada pela elite oligárquica, tecendo mudanças nos níveis sociais, econômicos e políticos<sup>26</sup>. Foi, na

---

<sup>26</sup> Segundo Castro Santos, o componente político que favoreceu a modernização da saúde pública em São Paulo foi o sistema de partido único, que representava a organização de uma sólida frente oligárquica estadual (1993).

verdade, uma reforma “pelo alto”. Já Iyda (1994), refuta o papel da saúde pública, apenas para garantir a força de trabalho, mas reafirma, que a saúde teve real importância, na construção de uma hegemonia do estado, garantindo sua legitimidade.

Para Ribeiro (1993), as políticas de saúde, nesse período, foram heterogêneas. A princípio, teve como finalidade desenvolver ações sanitárias para preservar a massa de trabalhadores imigrantes que adentravam o Brasil, bem como eliminar as epidemias. Já em outro momento, foi promover a melhoria das condições de vida nas cidades e combater o êxodo do campo para as urbes, por meio de medidas de saneamento rural.

Na Reforma Paula Souza referente ao Código Sanitário paulista, em 1925, Ribeiro contrapõe-se a Mascarenhas (1949), que descreve o fim da polícia sanitária<sup>27</sup>, iniciada por Emilio Ribas, e o início de uma etapa mais humanitária. Segundo a autora, a educação sanitária institucionalizada a partir dessa nova legislação paulista é mais autoritária ainda, visto que nessa nova concepção “o doente é responsabilizado pela doença por ser ignorante” e, nessa nova prática, “as diferenças de classe são escamoteadas e reduzidas a diferenças educacionais” (RIBEIRO, 1993, p. 270).<sup>28</sup>

Todavia, as contribuições do conceito de biopoder como elemento de análise, podem enriquecer a compreensão desses dispositivos. Para Foucault (2005a, p.292), “a biopolítica fala com a população e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder”.

Na Reforma de 1925, já citada anteriormente, é possível verificar o refinamento do poder sobre a vida, através da coleta de dados estatísticos vitais e da expansão do controle sobre todos os imóveis rurais, tema de vários impasses, visto que os proprietários rurais, ou “coronéis”, impediam o acesso dos inspetores sanitários em suas propriedades. De acordo com Castro-Santos (1993), a meta mais almejada por Emílio Ribas, quando diretor do

---

<sup>27</sup> Emílio Ribas foi nomeado diretor do serviço sanitário em 1898, com apenas 36 anos, permanecendo nesse cargo até 1913 (MASCARENHAS, 2006).

<sup>28</sup> “Criar homens pobres e dependentes e depois oferecer auxílios responsabilizando-os por seus vícios pouco higiênicos – cortiços promíscuos, mal-cheirosos, sujos – responsabilizando-os por sua ignorância dos preceitos da vida saudável... parece ser uma atitude humanitária...” (RIBEIRO, 1993, p. 270).

Serviço Sanitário estadual paulista, foi obter o controle do território coronelista, algo que só teve início, ainda incipiente, após a reformulação do código sanitário em 1917<sup>29</sup>.

Outras hipóteses também têm sido levantadas. Costa (1986) acredita que as políticas de saúde pública nesse período foram componentes estratégicos das classes dominantes, as quais desenvolveram uma medicina de massa, para assegurar condições mínimas de saúde à classe trabalhadora. Para Hochman (2006), a dominação da elite oligárquica foi compatível com o crescente processo de centralização e intervenção estatal, isto é, a saúde tão somente se tornou pública, como também estatal e nacional.

Para Lima, Fonseca e Hochman (2005), as políticas de saúde foram resultantes também do encontro entre projetos intelectuais, uma comunidade de cientistas e políticos de cunho nacionalista que, em consonância com as propostas de expansão da autoridade estatal, desencadearam a redefinição do pacto federativo, criando as bases para a formação de uma burocracia em saúde pública pós-30.

Os estudos referentes à historiografia da saúde pública enfocam com mais visibilidade o Estado de São Paulo, configurando a hipótese de que esse foi o “único estado que se dedicou a uma ampla política sanitária, desde o início da República e que se manteve autônomo em relação aos serviços federais” (Hochman, 2006, p.40). Desse modo, tal processo de nacionalização da saúde realizado com mais intensidade entre os paulistas ampliou o alcance territorial da autoridade pública e a conversão de suas infra-estruturas em poder coercitivo. Ou como afirma Castro-Santos (1993, p. 386), “São Paulo durante a Primeira República forneceu um modelo de política sanitária para a era Vargas”. Todavia, a estatização da saúde não ocorreu de modo linear e natural, mas consistiu em uma rede de conflitos e barganhas políticas, permeada de discontinuidades.

Dentre os conflitos, podemos citar as tensões entre as autoridades municipais e estaduais desde o início das intervenções sanitárias. Os municípios apresentavam

---

<sup>29</sup> O Código Sanitário paulista de 1917 estabeleceu regras para a construção de prédios, poços e estábulos. Segundo Blount (1972, p. 45), “num espírito de otimismo [...] todos os habitantes do interior deveriam usar sapatos, quando possível, para evitar a doença debilitante da ancilostomíase.” O código determinou também que os donos de fazendas providenciassem assistência médica aos colonos, que segundo o mesmo autor, seria difícil de ser cumprida.

fragilidades econômicas, que fortaleciam a figura das oligarquias locais que, por sua vez, agiam como mediadores, entre município e estado, pleiteando verbas para a realização de obras em seus “feudos”. E os administradores estaduais, ainda sem uma máquina robusta, conferiam auxílios aos municípios, fortalecendo e reproduzindo o coronelismo.

Com o aprimoramento da legislação, e neste caso, dos códigos sanitários, os oligarcas foram lentamente forçados a seguir a orientação da inspeção sanitária. Esse movimento foi pendular e ambivalente, ora as autoridades governamentais utilizando seu aparato para propagar a reforma sanitária, ora os fazendeiros do café, pressionando por recursos estaduais para promover o saneamento e outros serviços públicos.

Com a reforma de 1925, sob forte influência do modelo Rockefeller<sup>30</sup>, as propostas trazidas pelo médico Geraldo Horácio de Paula Souza se caracterizaram como “ciência administrativa aplicada à saúde”. O programa da reforma se especializou em vários serviços, atingindo tanto as cidades, como a zona rural paulista (Castro-Santos; Faria, 2002). Nessa reforma, o refinamento do controle foi reforçado, incorporando as estruturas já consolidadas sob o modelo bacteriológico e avançando em uma perspectiva denominada por Merhy (1985) de modelo médico-sanitário – que teve nos centros de saúde e na educação sanitária, os principais eixos de mudança.

Elementos do biopoder, do poder sobre a vida são encontrados em ações que se deslocaram de intervenções sanitárias sobre o meio para intervenções sobre o indivíduo sem, no entanto, denotar continuidades nesse percurso histórico. Em 1918, a partir de financiamento da Fundação Rockefeller, foram implantados postos de saneamento na zona

---

<sup>30</sup> A Fundação Rockefeller foi criada em 1913 nos Estados Unidos, com a finalidade “reunir e centralizar as ações filantrópicas da família Rockefeller, que vinham sendo praticadas de forma sistemática e em escala crescente desde o final do século XIX” (MARINHO, 2003, p.26). A sua chegada ao Brasil e o apoio à Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, bem como ao Instituto de Hygiene, no início do século XX, trouxe consigo princípios das teorias eugênicas da época, que reforçavam a superioridade norte-americana e a inferioridade brasileira. Para Lima (2007), o modelo Rockefeller e seus enlances com as políticas de educação e saúde tinham os Estados Unidos como paradigma da verdadeira democracia social, enquanto o Brasil poderia ser considerado como uma república com problemas provenientes de sua raça, miscigenação e da colonização portuguesa. Essa postura, segundo Lima (2007), talvez explique o interesse pelos estados mais ricos, como São Paulo, visto que seu investimento teria maior impacto, e assim serviria de modelo para as outras regiões mais atrasadas.

rural. Nestes postos, os médicos levavam as mensagens do ideário higienista, legitimando sua posição junto à população e às oligarquias rurais:

O médico brasileiro encarregado de um posto como esse é algo mais do que um comandante de suas forças e um organizador de campanhas; ele é um evangelizador moderno, difundindo a nova doutrina da salvação [...] Três vezes por mês ele faz uma palestra nas escolas públicas e os professores vêm ao posto para receber formação suplementar em higiene pública. Com a lanterna e lâminas ele vai aonde possam ser reunidas duas ou três centenas de pessoas para ouvir o evangelho revolucionário das latrinas e do quenopódio (CASTRO-SANTOS, 1993, p.383).

As ações sobre a conduta dos indivíduos foi aperfeiçoada na Reforma paulista de 1925, com a institucionalização da educação sanitária. Sob essa prerrogativa pela inculcação realizada por profissionais formados, como as educadoras sanitárias, as pessoas foram educadas a adotar hábitos de higiene, partindo da premissa de que comportamentos saudáveis seriam a solução para os problemas da miséria e da ignorância que assolavam a nação brasileira.

Por conseguinte, as expansões do poder sobre a vida dos indivíduos também encontrou estratégias de enfrentamento e resistências. As ações da polícia e da educação sanitária não ocorreram de modo uniforme e tranquilo. Não me refiro aqui aos embates políticos ou rupturas entre as elites da época, mas ao homem comum, se assim posso dizer.

Conta Telarolli (1996) que, durante a epidemia de febre amarela na cidade de Jaú, o médico Dr. Amorim se recusava a notificar os casos da doença, apesar das muitas solicitações do Serviço Sanitário estadual. Como decorrência, o médico foi multado pelo inspetor sanitário, que o ameaçou com um revólver em punho. A situação se agravou a ponto do médico partir para a agressão física com chicote e bengala. Tempos depois, o Presidente da República enviou uma força militar para sufocar o movimento crescente liderado por Amorim, que havia conseguido apoio da população contra a comissão sanitária e as medidas da polícia médica.

Do interior à capital, a população dizia não. Conforme relata Bertucci, “da avenida Paulista às ruas do Brás ou do Bom Retiro, vários proprietários de São Paulo recusavam-se

a receber os inspetores sanitários e atender a suas intimações, muitas vezes feitas e refeitas ao longo de vários anos, na tentativa de evitar confronto direto entre o poder sanitário e os paulistanos” (BERTUCCI, 2004, p.66).

Em janeiro de 1918, a polícia foi convocada pelo Serviço Sanitário paulista para auxiliar o trabalho de limpeza e drenagem de um capinzal situado no Bom Retiro. Tal atitude foi provocada pelo impedimento anterior dessa intervenção, pois o dono do terreno bloqueou a entrada portando uma carabina (BERTUCCI, 2004).

Esses e outros casos exemplificam as estratégias de resistência em relação ao avanço do poder público sobre a vida das pessoas. Sob os auspícios da ciência bacteriológica, munidos de interesses econômicos e políticos, desenvolveram-se dispositivos, entre eles, a educação sanitária para reverter o caos de ignorância e pobreza de um país, que mais parecia um hospital e assim, fabricar um ser humano mais preparado para o trabalho industrial e uma nação que pleiteia o progresso, conforme o lema positivista citado em nossa bandeira.

#### 3.4 As práticas educativas em saúde como dispositivo do ideal republicano

No dia 8 de outubro de 1928, comemorou-se o dia da Saúde, programação que integrava a I Semana de Educação, evento notadamente valorizado pela Associação Brasileira de Educação<sup>31</sup>. No dia anterior, organizou-se uma parada na atual Avenida Paulista. Neste evento, foi possível verificar a presença simbólica de instituições que representavam as principais forças impulsoras da educação sanitária (ROCHA, 2006).

Na tribuna em frente ao Trianon, estavam reunidas as autoridades, como o presidente do Estado, o prefeito da cidade, o diretor geral da Instrução Pública, o diretor do Serviço Sanitário, o representante da Fundação Rockefeller e diretores da Faculdade de

---

<sup>31</sup> A Associação Brasileira de Educação (ABE) foi criada em 1924 com o intuito de coordenar e incentivar a política educacional brasileira. A ABE constituiu-se em espaço propício em torno do qual se agregaram os defensores das novas idéias pedagógicas (CARVALHO, 1986). Segundo Saviani (2007), sua força se revelou a partir de sua capacidade de organização. Em 1927, na cidade de Curitiba, a ABE organizou a I Conferência Nacional de Educação, evento que passou a ser promovido regularmente nos próximos anos.

Medicina e do Instituto de Higiene. Reunidos em um mesmo palanque, temos emblematicamente, as figuras do Estado, das Ciências e da Higiene, da Educação e do estrangeiro imperialista.

Prepararam-se para o desfile aqueles que deveriam ser educados sob os preceitos da higiene ou da educação sanitária, estudantes paulistanos que, juntamente com esportistas, escoteiros, atletas e militares compunham o quadro da pujança física e mental, alvo da ideologia republicana. Nesse meio, atuavam as educadoras sanitárias, profissão recém-criada pela Reforma Paula Souza, em 1925 – normalistas que se tornaram mensageiras da higiene.

A programação da semana foi coordenada pela educadora sanitária chefe, Maria Antonieta de Castro, que, com o uso de mensagens distribuídas por aeroplanos e veiculação na Rádio Educadora Paulista, chamou a atenção principalmente das mães, em relação ao cuidado dos seus filhos (ROCHA, 2006).

E a semana continuou com palestras proferidas por médicos nas escolas, demonstrações de puericultura e inaugurações de espaços educativos voltados para o ensino da higiene. O encerramento da semana foi marcado pela palestra do médico Miguel Couto, presidente da Academia Nacional de Medicina, tendo como título “A Educação e a Saúde”.

No breve resumo do evento aqui apresentado, pode-se atentar para a imbricação entre a Educação e a Saúde, defendida pelos personagens participantes: das autoridades aos estudantes, dos médicos às educadoras sanitárias, visto que a partir de 1925, dois espaços passaram a ter notável relevância para a educação sanitária, a escola primária e os centros de saúde. Além disso, o emprego da propaganda sanitária constituiu-se em elemento indispensável de divulgação desse ideário abraçado por figuras ilustres das ciências, como o médico Miguel Couto.

Assim, ao considerar a educação sanitária como um dos dispositivos de controle e disciplinamento do sujeito, pretendo abordar inicialmente a educação sanitária nas escolas primárias, os atores envolvidos, os espaços criados, o processo de reorganização do espaço escolar e as ações de inspeção médica.

Em outro momento, abordarei os centros de saúde, criados na Reforma Paula Souza, como novos espaços de disseminação da higiene, bem como o papel das educadoras sanitárias.

E ao final dessa parte, aprofundarei o papel da propaganda sanitária, os artefatos empregados e as instituições inventadas para dar conta de levar a todos, os conceitos de higiene e da consciência sanitária.

E assim, continuo essa discussão concordando com Vigarello (1996), que traz a tese de que a escola tornou-se o dispositivo inédito de uma nova forma de controle coletivo dos comportamentos a partir da higiene.

#### 3.4.1 A educação sanitária e as escolas primárias

A fé na escolarização como recurso para solucionar os problemas nacionais arregimentou muitas organizações, que acreditavam no papel da educação como caminho mais adequado para levar o progresso a todo o país. Segundo Nagle (2001), esse modo de pensamento ingênuo e simplista poderia ser a solução para combater a ausência de esclarecimento dos brasileiros, ao permitir que as oligarquias se perpetuassem, ou seja, “o sistema oligárquico se fundamenta na ignorância popular, de maneira que só a instrução pode superar este estado e, por consequência, destruir aqueles tipos de formação social” (NAGLE, 2001, p.145).

Dentre as organizações que se ocuparam desse pensamento educacional, a Associação Brasileira de Educação (ABE), organizada na década de 20 por um grupo de intelectuais, teve papel relevante nas discussões e encaminhamentos dos rumos da educação brasileira. Para Carvalho (1986, p.18), essa elite construiu “representações de seu outro – o povo – que programou moldar segundo seus desígnios particulares”. A educação era entendida, no âmbito deste projeto, como uma condição e fator de progresso.

A mesma autora explica que quanto à necessidade de formar uma nacionalidade, a ABE se incumbiu de assumir esse projeto educacional, como via de disseminação de valores e da formação de atitudes patrióticas. Para isso, as elites intelectuais assumiram o papel diretor de qualquer transformação social. E nesse caso, a escola constituiu-se como instrumento de homogeneização cultural de um ideário republicano em prol do povo brasileiro, caracterizado como carente, passivo e amorfo.

Essa tentativa de desqualificar o povo serve de justificativa para a necessidade de tutela por parte daqueles que representavam a Ciência e a Razão. Logo, como afirma Rocha (1985, p. 24), “a educação será chamada a desempenhar um importante papel – a formação de um trabalhador dócil, submisso e, ao mesmo tempo, produtivo”.

Desse modo, as ações de controle avançam em todas as esferas da vida social e o saneamento pela educação é acompanhado, nos dizeres de Jorge Nagle, como tempos de “entusiasmo pela educação” e “otimismo pedagógico”, entremeado do escolanovismo que emergia da inserção de especialistas da pedagogia, do avanço da psicologia classificatória e do eugenismo. Segundo os estudos de Carvalho sobre ABE (1986), os especialistas arrolados seriam também médicos e advogados.

A regeneração da massa inculta – principalmente a partir da década de 20 – é o discurso preponderante como se observa em Marques (1994):

[...] a escola com seus rituais como espaço aberto para as reformas morais e intelectuais propostas pelos republicanos, os quais, desde Caetano de Campos, entendiam que era necessário instruir o povo para que se conquistasse a cidadania, pois somente o conhecer proporcionaria vencer e progredir, fazendo do país uma nação civilizada” (MARQUES 1994, p.101).

Esse mesmo discurso encontra ressonância na elite médica, quando Miguel Couto, presidente da Academia Nacional de Medicina profere, em dois de julho de 1927, na ABE, a conferência intitulada: *No Brasil só há um problema nacional: a educação do povo*. O

evento teve ampla divulgação, sendo transformado em um folheto e distribuído pelas escolas públicas, normais e institutos de educação profissional (ROCHA, 1985).

Na conferência, Miguel Couto (1927) diz que a falta de educação do povo brasileiro não é somente ignorância, mas uma doença, um câncer que corrói e destrói todo o organismo, ou melhor, a nação brasileira<sup>32</sup>. Sua fala conclama a urgência da educação para todo o povo, um problema cuja solução permitirá a prosperidade e a segurança de todo o Brasil.

Se a escola é o local propício para a expansão desse projeto civilizatório, várias mudanças foram necessárias para a reorganização desses espaços educativos ou, nas palavras de Souza (1998), “templos da civilização”. Assim, em diferentes ritmos e intensidades, as escolas deixaram de se configurar como extensão da família, do privado e do religioso, passando a incorporar uma perspectiva modelada pelos governos locais. Para Clarice Nunes, “essa rede substituiu as escolas isoladas e definiu os limites de poder, às vezes abusivo, de diretores e inspetores” (NUNES, s.d., p.3).

Retornando ao discurso de Miguel Couto, entre suas recomendações ao Presidente da República e ao Congresso Nacional, consta como primeiro ponto do corolário a seguinte proposição: “A União levará o ensino primário e a hygiene a todo o interior do Brasil (1927, p.19)”. A articulação da Educação com a Saúde/Higiene não se resume apenas à fala de um médico preocupado com a escolaridade do povo brasileiro<sup>33</sup>, mas traduz um campo de lutas e, principalmente, de embates de idéias, em que a escola é tida como o espaço mais adequado para impor às crianças a consciência sanitária.

A preocupação com a higiene escolar já aparece em teses inaugurais da Faculdade de Medicina da Bahia, na segunda metade do século dezenove. Conforme Zucoloto (2003),

---

<sup>32</sup> “A ignorancia é uma calamidade publica como a guerra, a peste, os cataclysmos, e não só, uma calamidade, como a maior de todas, porque as outras devastam e passam, como tempestades seguidas de céu bonança; mas a ignorancia é qual o cancer, que tem a volupia da tortura no corroer cellula a cellula, fibra por fibra, inexoravelmente o organismo” (COUTO, 1927, p.9).

<sup>33</sup> Segundo Stephanou (2006, p.34) “nas primeiras décadas do século XX, uma evidência se impõe: a proliferação de discursos médicos que tematizam imbricações da medicina com a educação. Tematização que permite demonstrar o quanto os médicos se ocuparam das questões educativas de seu tempo e se empenharam em salientar que a medicina social preventiva era inconcebível sem a incorporação dos avanços da ciência, representada pela medicina”.

a higiene é uma necessidade das escolas, a fim de evitar o adoecimento das crianças. A preocupação com a higiene assume materialidade nos discursos dos médicos recém-formados, que a denunciam como um difícil problema social, aliada à falta da inspeção médica, cuja atuação poderia intervir na realidade e assim, reduzir os males provocados pelos hábitos não saudáveis dos infantes.

Na tese de Almeida Júnior<sup>34</sup> (1922), apresentada ao Instituto de Higiene, o papel da educação e da higiene assumiu relevos mais concretos na proposição de ações educativas para as escolas primárias e normais, como a Escola Normal do Braz. Esse autor também apregoa que a educação é a solução para todos os problemas de higiene.

Sem a educação do indivíduo, desperdiçam-se dinheiro, trabalho e sciencia, constróe-se em terreno movediço um edifficio cuja ruína é segura, isto é, “instruído o povo nos princípios da prophylaxia, educado na pratica diuturna da hygiene, desenvolvida nelle o que ora se chama “a consciencia sanitaria”, a situação mudará (ALMEIDA JÚNIOR, 1922, p.10).

Na Primeira Conferência Nacional de Educação, organizada pela ABE, na cidade de Curitiba, nos dias 20 a 27 de dezembro de 1927, evento marcadamente nacionalista, o tema educação sanitária, embora não estivesse explicitamente previsto no temário oficial, foi incluído, dando origem a uma comissão especialmente destinada ao assunto e que, apesar de não ter causado muita polêmica como a questão religiosa, atestava a importância que o higienismo vinha adquirindo no país e sua estreita conexão com os projetos educacionais (CARVALHO, 1986).

---

<sup>34</sup> O médico Antônio Ferreira de Almeida Júnior (1892-1971) foi professor primário entre 1911 a 1919. Formou-se em Medicina pela Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sendo bolsista da Fundação Rockefeller. Lecionou no Instituto de Educação Caetano de Campos, no Instituto de Higiene e no Liceu Nacional Rio Branco. Foi signatário do Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova em 1932 e colaborou significativamente na Reforma da Educação promovida por Sampaio Dória, em 1920 e na elaboração do Código de Educação em 1933 (ROCHA, 2003). Foi autor da Cartilha de Higiene, publicada inicialmente em 1923, sob pedido do Instituto de Higiene. Em 1939, publicou o livro *Biologia Educacional*, que se tornou o maior sucesso editorial da coleção Atualidades Pedagógicas, alcançando a tiragem de mais de 120 mil exemplares, em vinte e duas edições (VIVIANI, 2007).

Nessa conferência, a proposta de Belisário Penna<sup>35</sup> abordou a educação higiênica em consonância com a eugenia. Para ele, “a consciência nacional só tinha condições de se firmar, nos povos em que predomina a saúde biopsíquica, de onde resulta o trabalho inteligente e produtivo, desde o bem-estar geral, a solidariedade e a moralidade” (Carvalho, 1986, p.232). A proposta de Belisário conseguiu apoio entusiástico nesse evento, visto que a educação tinha o papel de solucionar o problema da educação moral em consonância com as questões de higiene, de criminologia e de polícia.

Na Segunda Conferência Nacional de Educação, realizada em Belo Horizonte, nos dias 4 a 11 de novembro de 1928, a seção de educação sanitária recebeu o maior número de inscrições. Foram mais de 100 conclusões, que precisaram ser resumidas em 20 (CARVALHO, 1986).

Dentre as palestras proferidas nesse encontro, a educação sanitária em São Paulo foi apresentada pelo Dr. Francisco Figueira de Mello, que descreveu as ações realizadas nesta cidade, detalhando o papel dos centros de saúde como peças indispensáveis para a organização da Saúde Pública. Chama a atenção o papel de Waldomiro de Oliveira<sup>36</sup>, como organizador do serviço e a omissão voluntária do nome de Geraldo Horácio de Paula Souza, responsável de fato pela reforma em São Paulo, que levou à criação dos centros de saúde, e também da institucionalização da educação sanitária na saúde pública paulista (SILVA, 2004).

Em outra conferência intitulada “A escola e a Educação Sanitária”, a educadora sanitária Maria Antonieta de Castro discorreu sobre o papel da educação higiênica como parte fundamental do ensino à criança. Assim, segundo a educadora, “o fim da educação

---

<sup>35</sup> Em 1912, Belisário Penna e Arthur Neiva realizaram viagem pelo Nordeste e Centro-Oeste do Brasil para verificar as condições de vida do sertão brasileiro. Como decorrência, Belisário Penna denunciou o quadro sanitário e social do interior através de palestras e relatórios, ganhando destaque seu livro *Saneamento do Brasil*, publicado em 1918. Dessa divulgação, sob sua liderança e através da reunião de médicos e intelectuais, foi criada a Liga Pró-Saneamento, em 1918, que tinha como proposta, erradicar as doenças de caráter endêmico na zona rural, o que permitiria o desenvolvimento do país através da agricultura (BRITTO; LIMA, 1991; THIELEN; SANTOS, 2002).

<sup>36</sup> Waldomiro de Oliveira assumiu a direção do Serviço Sanitário de São Paulo no lugar de Paula Souza, permanecendo no cargo durante toda a gestão do governador Júlio Prestes, de 1927 a 1930. Nesta gestão, as atividades na saúde pública entraram em desaceleração, com abandono temporário das reformas iniciadas em 1925 (FARIA, 2002).

sanitária na escola, é fazer a criança adquirir a saúde pela correção de defeitos físicos, conservar a saúde pela aquisição dos hábitos sadios e preservar a saúde pelo aprendizado dos meios de evitar as moléstias infecciosas” (SILVA, 2004, p.126).

Maria Antonieta de Castro entendia que a educação sanitária nas escolas deveria ser realizada pelo educador sanitário especializado em higiene e pelo próprio professor da classe. E a seguir, detalhou a importância de se manter o prédio da escola em condições higiênicas, ressaltando a importância das instalações, do arejamento das salas, do acondicionamento do lixo e da qualidade da água<sup>37</sup>.

O professor primário deve verificar os hábitos dos alunos, fiscalizar as condutas durante as aulas e, sempre que possível, extirpar-lhes hábitos ruins. Para o ensino da higiene nas escolas primárias, Maria Antonieta propôs o emprego de gravuras, cartazes, projeções de fitas e diapositivos.

Em outra parte da conferência, a educadora esboçou um programa de higiene para as escolas primárias, nos quatro anos de estudo e finalizou dizendo:

Lançai professores, a mancheias, a semente dos conhecimentos de higiene e não vos deixeis invadir pelo desânimo se os resultados não forem imediatos. Lembrai-vos daquela parábola: ‘O semeador sai a semear a semente. Uma parte cai nas pedras, outra, nos espinhos, outra é comida pelos pássaros. Parte, enfim, cai na boa terra e produz 30 ou 60 por um, o que indica as alturas das espigas’. Semeai. Semeai a boa semente que a messe será farta. As espigas florescerão em grão de ouro, que a saúde da nossa gente é o ouro do Brasil (SILVA, 2004, p.128).

E assim, o papel da educação de práticas saudáveis a uma população considerada inculta, porém passível de ser moldada nos parâmetros da Higiene, aplicou o binômio informação-ação, contribuindo na formação de outras e novas subjetividades, a partir de

---

<sup>37</sup> Na cidade do Rio de Janeiro, geralmente as escolas ficavam em casas e prédios alugados. Porém, com o aumento dos aluguéis, as escolas municipais foram agrupadas em poucos prédios, o que levou à adoção do duplo turno e o agravamento das condições de higiene, do asseio e da conservação do material escolar (NUNES, s.d.).

representações transitórias sobre saúde. Sob essa perspectiva, os discursos da educação sanitária estavam desarticulados das dimensões sociais, e também desconsideraram as experiências e o modo de vida ordinário desses sujeitos

Além das estratégias já apresentadas sobre a educação da higiene nas escolas, os pelotões da saúde, criados por Carlos Sá, a partir das cruzadas de saúde dos Estados Unidos, constituíram outros dispositivos para despertar o interesse da criança na adoção de hábitos de higiene, a partir de metáforas da guerra (Marques, 1994). Os pelotões eram formados pelos alunos mais comportados e aplicados. Seus componentes eram identificados, na escola, por uma faixa com uma cruz vermelha presa ao braço. Cada integrante do pelotão tinha uma caderneta com a descrição de tarefas diárias a serem cumpridas. Essa caderneta ficava sob o cuidado da professora e era mensalmente vistada pela diretora, pelo inspetor e pelo médico de cada distrito. Ao cumprir todas as tarefas, o aluno era premiado e estimulado a continuar cumprindo os itens das suas fichas (NUNES, s.d.).<sup>38</sup>

O primeiro pelotão de saúde foi organizado por Carlos Sá, juntamente com César Leal Ferreira, no município de São Gonçalo, em uma escola estadual. A partir dessa iniciativa, Antônio Carneiro Leão, Diretor da Instrução Pública, no Rio de Janeiro, mandou adotar nas escolas primárias o mesmo programa de São Gonçalo (BASTOS, 1970). Segundo Bastos e Stephanou (2005), os pelotões de saúde também se expandiram no Rio Grande do Sul, além do eixo Rio-São Paulo, contendo apenas 1 em 1940, passaram para 65, em 1942, e chegando a 123 em 1942.

Além do professor primário, outro profissional passou a assumir o papel de educador e vigilante da higiene, o trabalhador da medicina, ou simplesmente, o médico conforme o artigo de Pires Ferrão (1925), apresentado no 2º. Congresso Brasileiro de Higiene, em Belo Horizonte, nos dias 1 a 8 de dezembro de 1924. Fazendo menção às

---

<sup>38</sup> O exemplo dos pelotões da saúde foi apresentado por Carlos Sá no 3º. Congresso Brasileiro de Higiene e suas regras eram: "hoje escovei os dentes; hoje tomei banho; hoje fui à latrina e depois lavei as mãos com sabão; ontem me deitei cedo e dormi com janelas abertas; de ontem para hoje já bebi mais de 4 copos d'água; ontem comi ervas e frutas e bebi leite; ontem mastiguei devagar tudo quanto comi; ontem e hoje andei sempre limpo; ontem e hoje não tive medo; ontem e hoje não menti (Marques, 1994, p.108). Leão apud Nunes (s.d.) cita com outras recomendações além dessas, como: penteei os cabelos e limpei as unhas, fiz ginástica ao ar livre, andei sempre calçado, não cuspi e nem escarrei no chão, dentre outros.

experiências na Europa, divulgadas em congressos de higiene escolar, seu discurso buscou legitimar a intervenção desse profissional na escola, ou seja, “o medico escolar deve intervir no ensino da hygiene, de uma parte pela colaboração que pode ter neste ensino sob a forma de conferencias aos alumnos sobre os assumptos os mais importantes”. Neste caso, “se o medico não faz elle mesmo o ensino, deve exercer um direito de verificação e de conselho sobre o ensino de hygiene dado pelos professores (FERRÃO, 1925, p. 324).

O referido autor descreveu o cotidiano do Serviço Médico Escolar, na cidade do Rio de Janeiro, criado a partir de 1914. Inicialmente, os médicos escolares ministravam o ensino da higiene a alunos de cursos complementares, percorrendo 14 escolas ao todo. Em decorrência da distância entre as escolas, os médicos ficaram responsáveis apenas por palestras, tomando como “thema qualquer infracção aos preceitos hygienicos que encontre, condicionando estas palestras ao grao de desenvolvimento intelectual dos alumnos de cada classe” (FERRÃO, 1925, p.326).

Além da atribuição do ensino, os médicos escolares aplicavam vacinas, como “a lympha vaccinica contra a varíola” e a identificação de escolares com doenças infecciosas, como a tuberculose e a hanseníase. Conforme relato de Ferrão (1925), um dos médicos, o Dr. Camillo Bicalho, encontrou um caso de hanseníase em aluno da escola, que após a confirmação por exame bacteriológico, afastou esse aluno do convívio escolar. Assim, mediante a ação dos médicos escolares, Ferrão notificou a redução de escolares com doenças infecciosas, mesmo as menos graves. Para Ferrão:

Em parte alguma, a lucta preventiva contra estes flagellos é mais eficaz que na escola, principalmente na escola popular que reúne as crianças as mais expostas. A hygiene escolar toma assim a importância de uma defesa social e nacional. E o que a dirige, o Medico Escolar, apparece como um collaborador contra o qual o pedagogo não pode ter prevenção e do qual não deverá mais prescindir actualmente (FERRÃO, 1925, p.330).

Em São Paulo, a Inspeção Médica Escolar funcionava desde 1911, sendo atribuição dos médicos, organizar fichas individuais dos alunos, com base em exames classificatórios, especificando, em caso de anormalidades, as deficiências observadas e as providências necessárias, além de fiscalizar o ambiente e a comunidade escolar.

As observações quanto à arquitetura escolar espelham o controle fino sobre o espaço, tanto dentro como fora da escola, delimitando um lugar higienizado e civilizado. Não se trata apenas de definições puramente arquitetônicas, mas a materialização de uma nova racionalidade, interferindo sobre os mais variados aspectos, como o revestimento utilizado nas paredes, as cores indicadas para a pintura, o formato das salas de aula, a disposição das carteiras e o tipo de iluminação. A configuração dos prédios escolares não era importante somente em relação à salubridade do ambiente e sim, como elemento simbólico que conduzisse e estimulasse a formação de novos hábitos e atitudes, não apenas no ambiente escolar, mas que adentrasse os lares, considerados não higiênicos (SILVA, 2001).

Na obra do Dr. Balthazar Vieira de Mello<sup>39</sup>, os livros *A hygiene na Escola*, publicado em 1902, e *Hygiene Escolar e Pedagógica*, de 1917, relatavam estratégias desse médico, inspetor sanitário, vinculado ao Serviço Sanitário de São Paulo em convencer educadores e as autoridades quanto ao modelo higienista. O trabalho de propaganda veiculado nesses livros se estendia em várias áreas, entre elas a higienização da leitura e da escrita. No que se refere à última, o médico recomendava a letra direita pelo fato de acarretar menos danos à saúde do aluno, sem contar que esse tipo de letra era considerado mais elegante e mais fácil de escrever (ROCHA, 2005).

---

<sup>39</sup> Balthazar Vieira de Mello formou-se pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1883. Atuou como diretor de hospitais em várias epidemias, sendo comissionado em São Carlos, durante a epidemia de febre amarela, em 1895. Foi sócio benemérito da Policlínica Geral do Rio de Janeiro e membro correspondente do Círculo Médico Argentino de Buenos Aires, era redator do *Annual of the Universal Medical Sciences*, da Filadélfia, e já havia sido redator da *União Médica*, do Rio de Janeiro, entre 1882 e 1890. De 1911 a 1920 atuou na Inspeção Médica Escolar paulista. Publicou os livros *A hygiene na escola* (1902) e *Hygiene escolar e pedagógica* (1917) em circunstâncias distintas. O primeiro foi produzido quando Dr. Vieira de Mello atuava como inspetor sanitário, vinculado ao Serviço Sanitário, enquanto que o segundo foi elaborado quando da transferência da Inspeção Médica Escolar, do Serviço Sanitário para a Diretoria Geral da Instrução Pública (ROCHA, 2005; LIMA, 1985)..

Em relação à medição antropométrica das crianças, Stephanou exemplifica os procedimentos classificatórios que forneciam critérios para a elaboração dos testes e enquadramentos, ou seja, “a criança seria conhecida, seriam esclarecidas todas as suspeições, que sobre ele pairassem e enfim, o médico poderia conduzi-la para o melhor tratamento, para a turma correspondente, para os exercícios intelectuais e físicos adequados” (STEPHANOU, 2006, p.51).

As estratégias de controle na escola produziram todo um conjunto de dispositivos, envolvendo não apenas as práticas pedagógicas, mas incluíram todo o corpo escolar envolvido, de professores a alunos, do ambiente interno da escola ao ambiente externo, do tipo de letra à postura do aluno em sala de aula. Eram estratégias da higiene como ciência, confluindo na produção de um novo modelo de organização escolar de uma gama plural de dispositivos voltados para a racionalidade do biopoder.

Com o diagnóstico estabelecido pelas elites sobre a população brasileira, como sendo incapaz de prover o progresso, em decorrência de sua degeneração moral, assim, por meio de Reformas, como as de Caetano de Campos, Sampaio Dória, Carneiro Leão, realizadas na efervescente década de 20, seria possível normatizar, codificar, profissionalizar e sistematizar a escolarização das camadas populares. Para Paulilo (2003, p.101), “fica delineado um sistema de ensino dirigido e controlado para dar conta do atraso intelectual identificado na população pobre e de sua resistência às inovações”.

No percurso histórico que vai do início da República até a Era Vargas, o interlocutor principal da higiene escolar foi a pedagogia, confluindo para novos atores, como os médicos higienistas e as educadoras sanitárias. Lima complementa: “falam junto com eles uma mesma linguagem, dirigida à sociedade. A estas vozes síncronas se junta a do Estado Novo, professando a mesma ideologia” (LIMA, 1985, p. 135).

A palavra em questão é a disciplina, no sentido de moldar, muito mais que prevenir e corrigir. Se a criança foi o alvo principal desse ideal republicano, nacionalista, cívico e higiênico, o investimento na educação e higiene escolar considerou sua plasticidade, sua adaptabilidade, sua capacidade natural de ajustamento direcionado pela sociedade (CARVALHO, 2006).

### 3.5 Centros de Saúde como novos espaços da educação sanitária

Em 1925, Geraldo Horácio de Paula Souza, Diretor do Serviço Sanitário de São Paulo, promulgou várias modificações nos serviços sanitários, entre elas, a criação da Inspetoria de Educação Sanitária e Centro de Saúde. Segundo Mascarenhas (1949), essa inspetoria representou uma evolução nos serviços de saúde pública. As finalidades dessa inspetoria seriam as de promover e formar a consciência sanitária da população e prover serviços de profilaxia geral e específica.

A educação sanitária assumiu papel relevante nas ações de saúde pública, segundo a nova legislação: “a educação sanitária se fará sempre com toda a generalidade possível e pelos processos mais práticos, de modo a impressionar e convencer os educandos a implantar hábitos de higiene” (Mascarenhas, 1949, p. 92). Os médicos e professores especializados em higiene – as educadoras sanitárias– seriam os responsáveis pela educação sanitária.

A educação sanitária seria aplicada individualmente ou a grupos nos centros de saúde, em visitas aos lares ou em estabelecimentos comerciais, hospitais, fábricas e escolas. Seu enfoque se estenderia principalmente à criança e à gestante. Para auxiliar no processo educativo, o serviço seria composto de uma biblioteca e de uma equipe responsável pelas publicações e pelas conferências e exposições.

A proposta inicial foi criar cinco centros, no entanto, com a oposição levantada na Câmara, pelo deputado Gama Rodrigues, clínico da região do Vale do Paraíba, o Legislativo reduziu o número para três: o Centro de Saúde Modelo – vinculado ao Instituto de Higiene e responsável pela aprendizagem da equipe da inspetoria; o centro de Saúde do Brás e o Centro de Saúde do Bom Retiro (CORTEZ, 1926).

Além dessas ações na capital do Estado, já no I Congresso Brasileiro de Higiene<sup>40</sup> em 1923, Paula Souza relatara a possibilidade de implantação de postos de higiene de caráter permanente no interior. Um acordo entre o Governo do Estado e a Fundação Rockefeller fez com que se instalassem nove postos em 1924, atingindo o total de vinte e um, até 1928. A fundação americana contribuiria com 53% das despesas de cada posto no primeiro ano, reduzindo gradativamente essa contribuição a 10% no quinto e último ano (MASCARENHAS, 1949).

As principais ações do programa de Postos Municipais Permanentes no interior seriam: educação sanitária, profilaxia das endemias e policiamento sanitário. Em relação à educação sanitária, Geraldo Paula Souza, citado por Cristina de Campos, escreve:

É fator de primeira importância na solução do problema de saneamento. Por meio de conferências públicas e escolares, palestras particulares, demonstrações microscópicas, projeções fixas e animadas, afixamento de cartaz, distribuição de folhetos, publicações nos jornais, enfim, por todos os meios possíveis de propaganda, 'o posto municipal permanente' procurará divulgar sistemática e ininterruptamente no seio da população os preceitos elementares de higiene. Esta propaganda intensa deverá visar principalmente as crianças, devendo ser organizadas em cada grupo ou escolas verdadeiras aulas de higiene, de acordo com a mentalidade dos ouvintes e com um programa preestabelecido (CAMPOS, 2002, p. 95).

No 3º Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em São Paulo, em 1926, Paula Souza proferiu uma conferência em defesa dos centros de saúde. Segundo ele, o objetivo fundamental desses espaços era “a formação da consciência sanitária das populações e, como finalidade correlata – os serviços de prophylaxia geral e específica allí igualmente definidos” (SOUZA, 1927, p.59).

Em sua visão sobre a unicidade dos serviços, as atividades educativas seriam prioritárias, atingindo todos os indivíduos, bem como as famílias. A implantação dos

---

<sup>40</sup> Os Congressos Brasileiros de Higiene foram organizados pela Sociedade Brasileira de Higiene, fundada em 1923, com o propósito de tratar de questões referentes à saúde pública, sendo espaço privilegiado para a discussão da política sanitária capaz de regenerar o povo brasileiro doente e improdutivo. Segundo Rocha (2003), esta corporação que agregava funcionários do Departamento de Saúde Pública, além de dirigentes de órgãos e instituições de saúde pública, constituiu-se em locus de difusão do modelo paulista, inspirado no Instituto de Hygiene. No período de 1923 a 1930, foram realizados cinco congressos: o primeiro, na cidade do Rio de Janeiro, em 1923; o segundo, em Belo Horizonte, 1924; o terceiro em São Paulo, 1926; o quarto na Bahia, em 1928 e o quinto em Recife, 1929.

centros de saúde não foi uma transposição engessada do modelo americano à realidade brasileira. Souza relatou que, em decorrência da falta de profissionais de enfermagem, lançou mão de “professores públicos que tivessem feito curso especial de hygiene”. Segundo Souza, “são as pessoas mais qualificadas para transmitir aos outros as noções de hygiene” (SOUZA, 1927, p. 60).

E o autor ainda prossegue:

[...] depois do curso especializado, continuamente no labor de alfabetizar o brasileiro, encontrarão a oportunidade que se não interrompe, de educá-lo nas práticas da hygiene moderna. Praza aos céos consigamos fazer passar por esse regimen a totalidade das professoras públicas paulistas, hoje para mais de sete mil, que serão tantos outros focos de irradiação dessa nova fé – a Saúde! (SOUZA, 1927, p. 60).

Os centros de saúde, implementados inicialmente em São Paulo sob influência da Fundação Rockefeller, surgiram nos Estados Unidos, entre os anos de 1910 a 1920, institucionalizando-se em 1930 e logo a seguir sofreram declínio. Conforme referência supracitada de Paula Souza, no Brasil as enfermeiras eram insuficientes, ao contrário da nação norte-americana, que contava com cerca de 100 mil enfermeiras e 1585 escolas de enfermagem registradas (CASTRO-SANTOS; FARIA, 2002 e 2006). Portanto, a saída paulista foi instituir uma nova profissão, a educadora sanitária.

A proposta de Paula Souza considerava o processo saúde-doença, como decorrente da consciência sanitária, isto é, “os indivíduos sadios são submetidos a riscos patogênicos externos e, por não terem os necessários comportamentos higiênicos, acabam desenvolvendo um processo patológico” (Merhy, 1992, p.130). Assim, as ações estratégicas de saúde pública consistiam em educar o indivíduo, sob os auspícios dos preceitos da hygiene.

A institucionalização da educação sanitária, como componente das ações do Estado, na figura de Paula Souza, corroborou o enfoque individualizante dessas ações educativas,

transferindo ao sujeito considerado ignorante, portanto sem consciência sanitária, a responsabilidade pelas suas mazelas e doenças. Logo, a partir da perspectiva do conceito da vulnerabilidade, os sujeitos encontravam-se mais fragilizados diante de um Estado autoritário, que definia as formas de ser/estar com saúde, delimitando identidades fixas, e a posição que deveriam ocupar na sociedade da época.

Para Souza,

É o centro de saúde, pois, o aparelho de educação sanitária a que afflue a população; é o incessante creador de oportunidades proveitosas para esse mister; já no principal local, já no domicilio dos que o procuram e dos que são procurados pelas visitas domiciliarias das educadoras. É ele ainda não só elemento valioso para a pesquisa e descoberta de múltiplos casos que interessam vivamente a hygiene, como um dispensário que attrahe os focos de contagio e evita a diffusao da moléstia, já pelo tratamento, já pela educação (SOUZA, 1927, p.69).

O modelo de organização sanitária defendido por Paula Souza, Borges Vieira e Ermani Agrícola caracterizava-se por um sistema assistencial, descentralizado e amplo, com atividades educativas voltadas para todas as pessoas passíveis de problemas coletivos de doenças, partindo da premissa de que a causa básica era o desconhecimento sanitário. A rede de serviços era concebida como única, delimitada em um espaço geográfico, não devendo existir serviços autônomos e isolados, porém sob as diretrizes do Estado.

Na segunda Conferência Nacional de Educação da ABE em 1928, o Dr. Francisco Figueira de Mello descreveu as ações realizadas nos centros de saúde, já sob a chefia de Waldomiro de Oliveira. E, percebe-se, apesar das divergências com Paula Souza, a manutenção parcial do ideário da educação sanitária. Conforme Figueira de Mello, encontravam-se matriculados nos centros de saúde da capital, 283.029 pessoas (SILVA, 2004).

Os centros de saúde também foram implementados na cidade do Rio de Janeiro, através do Departamento Nacional de Saúde Pública, sob a liderança de José Paranhos

Fontenelle<sup>41</sup>. Em conferência realizada no 3º. Congresso Brasileiro de Higiene, Fontenelle traz algumas concepções sobre as atividades e recursos humanos, envolvidos em um centro de saúde:

[...] um centro de saúde completo, sede da actividade do respectivo sanitarista, trabalhando sob o regimen de tempo integral, e, ao seu redor, médicos especialistas, de tempo parcial, fazendo funcionar os dispensários, em dias e horas diferentes. Cada centro desses seria também um centro de enfermeiras, um centro de propaganda, um centro de esforços em materia de saude publica naquella área limitada, onde o sanitarista estudaria seus coefferientes de morbidade, de mortalidade infantil, etc., seria responsável por todo o trabalho e faria um relatório annual, com avaliação da efficiency de sua obra (FONTENELLE, 1927, p.24).

Para este sanitarista, as atribuições dos centros de saúde estavam relacionadas com a ciência da higiene, campo do saber responsável pelo melhoramento da saúde física e mental do homem, com a conseqüente melhoria da raça. Segundo Fontenelle, a higiene se concretizava através de cinco ações:

[...] ensinar e executar os princípios da eugenia e da puericultura, isto é, da formação e criação dos filhos, nas melhores condições; educar as crianças nos cuidados consigo mesmas; procurar e corrigir, o mais cedo possível, os defeitos individuais; fiscalizar, proteger e melhorar todos os seres humanos [...] combater as doenças transmissíveis e os males degenerativos (CUNHA, 1994, p. 35).

Fontenelle também considera que a resposta para os problemas de saúde está na educação higiênica a ser ministrada pelo centro de saúde, dividida em dois níveis de ação: a instrução higiênica, que ensina ao indivíduo, o que ele deve evitar para não ter danos à saúde e a educação higiênica propriamente dita, que consiste em uma “ação, que

---

<sup>41</sup> José Paranhos Fontenelle era médico e foi Inspetor Sanitário do Departamento Nacional da Saúde Pública, docente de Higiene da Escola Normal do Distrito Federal, Vice-Presidente da Sociedade Brasileira de Higiene e primeiro Professor Chefe da Seção de Biologia Educacional e Higiene do Instituto de Educação do Distrito Federal do Rio de Janeiro. Segundo Hora (2008, documento eletrônico sem paginação), “atuou como professor de Biologia Educacional, Higiene e Estatística Aplicada à Educação e foi responsável pelas modificações e adaptações feitas no teste de seleção do exército americano para a Primeira Guerra Mundial, produzindo o instrumento que passou a ser utilizado no processo seletivo dos candidatos ao curso normal do Instituto de Educação do Rio de Janeiro. Dessa forma, foi um grande colaborador de Lourenço Filho na tentativa de criação de uma Pedagogia Experimental, enfatizando a valorização crescente dos testes de inteligência no Instituto de Educação. Junto a outros representantes do movimento de renovação educacional, foi um dos signatários do Manifesto dos Pioneiros da Escola Nova”.

inconscientemente, por hábitos, sem pensar, proceda o indivíduo em todos os atos, de modo a beneficiar a saúde” (CUNHA, 1994, p.37).

Em janeiro de 1927, foi inaugurado o Centro de Saúde de Inhaúma-RJ, servindo inicialmente a 125 mil habitantes, predominantemente operários. Com o sucesso das atividades promovidas pelo centro, o Rio de Janeiro foi dividido em doze distritos sanitários, sendo instalado em cada distrito, um centro de saúde (SOBRINHO, 1981).

Com o início da Era Vargas, os centros de saúde avançaram em número, sob o comando de João de Barros Barreto, porém perderam muitas de suas atribuições educativas. Conforme Merhy (1992), o embate entre as propostas de Paula Souza e Waldomiro de Oliveira levou à assunção do modelo, cujas ações eram fragmentadas, voltadas para uma lógica biologizante e composta de setores autônomos.

Assim, poderiam ser encontrados em um centro de saúde, serviços de tuberculose, hanseníase e puericultura, que exerciam suas práticas assistenciais independentes uns dos outros, movidos por políticas setoriais e representando grupos particulares. A educação sanitária também se fragmentou e se diluiu nesses programas verticalistas. Podemos encontrar atividades educativas específicas para tuberculosos, para gestantes, para escolares, mas que eram implementados e executados separadamente, conforme os setores específicos voltados para essas morbidades.

Esse modelo, que se tornou hegemônico no período varguista, arrefeceu os embates entre os vários setores. Como exemplo, havia médicos que se intitulavam puericultores. Segundo Cunha (1994), esses profissionais não queriam pertencer ao Departamento Nacional de Saúde, mas anelavam sua autonomia, garantindo um centro de poder e de recursos próprios.

Também podemos verificar a disputa entre os fisiologistas e os sanitaristas, entre os pediatras e os sanitaristas, o que criou instituições que atuavam em um mesmo espaço, como os centros de saúde, mas apresentavam independência técnica e administrativa.

Todavia, o exemplo de São Paulo constituiu-se *sui generis*, em relação aos demais estados, pelo fato de ter criado um novo profissional responsável pela educação sanitária, tanto nos centros de saúde, como nas escolas, as educadoras sanitárias<sup>42</sup>, ou mensageiras da higiene.

### 3.5.1 As educadoras sanitárias: de normalistas a profissionais da higiene.

Com a Lei nº 2121, de 30 de dezembro de 1925, um novo auxiliar, de nível médio, foi criado para contribuir na proposta de educação sanitária, a partir da Reforma Paula Souza. Alguns consideravam uma fantasia teórica utilizar-se, como instrumento da saúde, de conferências, a serem proferidas por tais auxiliares, além dos médicos e acadêmicos de Medicina.

---

<sup>42</sup> Na Inglaterra, as atribuições das educadoras sanitárias foram exercidas inicialmente por mulheres ou *senhoras*, supervisionadas geralmente por um médico. Somente em 1908, suas ações e prerrogativas foram estipuladas por lei no conselho municipal de Londres. Enquanto nos Estados Unidos, esse papel foi realizado pelas enfermeiras visitadoras, cujas associações foram organizadas inicialmente nas cidades de Buffalo, em 1855, Boston e Filadélfia, em 1886. Mas somente em 1907, a partir da iniciativa do Estado do Alabama, o papel da enfermeira visitadora, agora enfermeira em saúde pública teve sua função regida por lei (ROSEN, 2006). No Brasil, o papel exercido pelas educadoras sanitárias paulistas foi realizado em outros estados brasileiros por profissionais com outras nomenclaturas, institucionalizados de modo particular e em temporalidades históricas singulares. No Rio de Janeiro, antes da criação da Escola Anna Nery, existiam as visitadoras sanitárias ou também chamadas de enfermeiras visitadoras, cuja formação cabia aos médicos, sendo o curso completamente teórico, composto de 12 aulas. Segundo Pereira Neto (1997, p.126), “ficaram conhecidas as doze palestras que os fisiólogos José Plácido Barbosa da Silva e José Paranhos Fontenelle proferiam no curso destinado às mocas, geralmente com baixo nível de instrução, introdutórias às diversas tarefas das campanhas de higienização e educação sanitária que caracterizavam as ações de saúde pública naquela época”. Com a chegada das enfermeiras norte-americanas no Brasil na década de 1920, decorrente da parceria estabelecida entre o Departamento Nacional de Saúde Pública e a Fundação Rockefeller, uma das estratégias foi demarcar simbolicamente o papel das visitadoras sanitárias ou *health visitors*, que não deveriam mais ser denominadas de enfermeiras visitadoras (MOREIRA, 1999). Segundo Barreira (1992), a substituição completa das antigas visitadoras pelas enfermeiras diplomadas da Escola Anna Nery deu-se em 1929. Em relação ao Estado de Pernambuco, tínhamos as visitadoras de saúde pública, cujo processo de formação era realizado pelo Departamento de Saúde e Assistência de Saúde Pública, curso criado em 1923 por Amaury de Medeiros. As visitadoras eram responsáveis pelas atividades de pré-natal, infantil e escolar, educação sanitária e o combate contra a tuberculose (ABRÃO, 2006).

Partindo da premissa de que não existia número suficiente de enfermeiras no Brasil<sup>43</sup>, tal iniciativa paulista singular trouxe das escolas primárias, as professoras normalistas que, após completarem um curso de um ano e meio, a ser realizado no Instituto de Hygiene, poderiam ministrar conhecimentos teóricos e práticos da higiene para aqueles que porventura procurassem os centros de saúde ou para os escolares, em seu ambiente de aprendizagem<sup>44</sup>.

No dia 6 de dezembro de 1927, a primeira turma de educadoras sanitárias é diplomada, tendo como representante, a formanda Maria Antonieta de Castro<sup>45</sup>. Seu discurso ressalta o papel da higiene e as educadoras sanitárias são chamadas para levar aos mais variados ambientes, os saberes da nova ciência, a bacteriologia, e assim, popularizar os métodos de prevenção (ROCHA, 2003).

A admissão ao curso priorizava os professores que já atuavam nas escolas, bem como o tempo de exercício. Os dados dos alunos matriculados de 1925 a 1930 comprovam o predomínio daquelas que atuavam no magistério, principalmente professoras e professores primários dos grupos escolares. A predominância de cerca de 80% de mulheres, configurou ser essa profissão predominantemente feminina (ROCHA, 2003).

O curso de educadoras sanitárias experimentou modificações em seu currículo, nos anos de 1934, 1939 e 1946. As mudanças provocaram um deslocamento da ênfase inicial nas ciências biológicas e físicas para a higiene materno-infantil, métodos de educação e ciências sociais. As aulas práticas, antes realizadas principalmente em laboratórios, passaram a ocorrer nos campos de estágio, como escolas e centros de saúde (Candeias,

---

<sup>43</sup> A Escola Anna Nery do Rio de Janeiro, nesta época, apresentava ainda um número pequeno de enfermeiras formadas (MASCARENHAS; FREITAS, 1959). No entanto, a historiografia recente da Enfermagem relata a existência de outras escolas que permaneceram no anonimato, dentre elas, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, inaugurada em 1890 junto ao Hospital Nacional de Alienados, na cidade do Rio de Janeiro (atual Escola de Enfermagem Alfredo Pinto) e a Escola de Enfermeiras do Hospital Samaritano, SP, a primeira instituição de ensino no Brasil a adotar o modelo nightingaliano (CARRIJO, 2007). Essas escolas formaram profissionais voltadas para o âmbito hospitalar, diferentemente da Anna Nery que privilegiava a área de Saúde Pública, tese refutada por Rizzotto (1995).

<sup>44</sup> A proposta inicial de Paula Souza, em 1925 seria a de contratar 56 educadoras para o Serviço de Educação Sanitária e que também atuariam nos centros de saúde, sendo distribuídas da seguinte forma: 1 educadora-chefe, 5 educadores especializados efetivos, 25 educadores e educadoras (sendo apenas 8 efetivos) e 25 educadores e educadoras auxiliares (CAMPOS, 2002).

<sup>45</sup> A trajetória da educadora sanitária Maria Antonieta de Castro foi apresentada por Rocha (2005). Profissional cuja atuação se confundiu com a implementação de um novo modelo de intervenção em saúde.

1988). No entanto, o curso foi extinto em 1961 e uma das prováveis causas foi o conflito profissional existente entre a Enfermagem e essa classe profissional (FARIA, 2006).

O artigo de Izaura Barbosa Lima<sup>46</sup>, chefe da Seção de Enfermagem da Divisão de Organização Sanitária do Departamento Nacional de Saúde, descreveu que os trabalhos da enfermeira e da professora ocorriam lado a lado. Não é concebível, segunda a autora, que ambas trabalhem separadamente, pois “quando isso acontecer, desaparecerá o espírito de que tal ou qual profissão é mais nobre e a situação física e mental do povo será atendida mais a tempo” (LIMA, 1949, p.69).

Lima expôs o excesso de trabalho que a professora tem com seus alunos e conclamou que a parceria com a enfermeira pudesse, além de contribuir na vigilância dos alunos, garantir sua saúde física e mental. E assim, ela lançou a seguinte questão: “a quem cabe, então, tomar as providências que a situação física e mental do escolar exige? À professora? Não, à enfermeira que é também professora” (LIMA, 1949, p.70).

Logo, a autora, como enfermeira, passou a atribuir o papel da professora, como sendo alfabetizadora e formadora do civismo em seus alunos. À enfermeira caberia cuidar do preparo mental, entregando crianças saudáveis à professora, que concluiria o processo de lapidação. E finalizou dizendo: “Oxalá resolvam logo a se entender melhor, a fim de que o material humano seja manuseado com mais amor e espírito de brasilidade” (LIMA, 1949, p.70).

No levantamento de Marcondes e Rahm (1959) sobre as funções das educadoras sanitárias nos órgãos de saúde pública de São Paulo, existiam cerca de 400 educadoras atuando nos mais variados locais, como: serviços de saúde escolar, centros de saúde da capital, serviços especializados – tuberculose e hanseníase – além da prefeitura municipal e serviços sociais. As autoras destacaram o importante papel dessa categoria profissional, não

---

<sup>46</sup> A enfermeira Izaura Barbosa de Lima formou-se em Enfermagem pela Escola Anna Nery em 1926 e neste mesmo ano, participou como uma das sócias fundadoras da Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas (ABED), atual Associação Brasileira de Enfermagem. No período da Segunda Guerra incorporou as fileiras da Aeronáutica, como uma das seis enfermeiras do front. Exerceu a chefia da Divisão da Organização Sanitária do Ministério da Saúde e a presidência da Divisão de Educação da ABED (CARVALHO, 1976; SECAF; COSTA, 2007).

apenas pela formação, mas por sua polivalência, apta que era para assumir cargos de supervisão e direção.

Mesmo com a extinção do curso e, conseqüentemente, dessa profissão, seu papel na educação sanitária contribuiu com a materialização de uma política local baseada na persuasão, valorizando o corpo, como lócus de intervenção e tentativas de apagar as questões sociais, como determinantes de uma exclusão e classificação dos limpos e dos sujos. Fundamentando-me na tese de Doutorado de Adamastor Cortez (1926), pretendo discorrer sobre o cotidiano das educadoras sanitárias no Centro de Saúde Modelo, na cidade de São Paulo e a educação sanitária implementada, podendo ser dispositivo na constituição de sujeito docilizado e disciplinado.

### 3.5.2 O cotidiano das educadoras sanitárias em um centro de saúde.

Iniciando pela higiene infantil, o trabalho das educadoras sanitárias voltava-se para a mãe, orientando a alimentação da criança, bem como a distribuição de alimentos adequados. As mães cadastradas no centro de saúde recebiam a visita domiciliar dessas profissionais, que atentavam para a vigilância nutricional dos infantes, indicando quando necessário e sob acompanhamento clínico, a inserção de alimentos “artificiais”, a exemplo de mingau, leite de vaca, leite de cabra, caldos e sopas. Nos cadastros das crianças e dos pais realizado no Centro de Saúde Modelo, verificou-se a presença considerável de imigrantes provenientes da Itália, Espanha, Armênia, Alemanha, Áustria, Rússia, Japão e outros.

As mães cadastradas, gestantes ou nutrizes recebiam impressos com orientações nutricionais, sobre higiene corporal e, no caso do pré-natal, a futura mamãe deveria ser examinada por um médico ou uma parteira diplomada. Para as nutrizes, os impressos estimulavam a amamentação e caso a mãe não pudesse fazê-lo, somente poderia pedir ajuda

para outra mulher, após inspeção médica. O acompanhamento do crescimento da criança era recomendado e o uso da chupeta, contra-indicado.

Em relação à higiene escolar, as educadoras sanitárias dirigiam-se aos grupos escolares, como o Grupo Escolar Prudente de Morais e o Grupo Escolar Regente de Feijó. Conforme relatório de Maria Antonieta de Castro (CORTEZ, 1926), estavam entre as atividades realizadas: a verificação de peso e altura em cerca de 5300 escolares, aulas sobre o valor da paisagem e mensuração, distribuição de um cartão, contendo várias orientações e dizeres<sup>47</sup>.

Sobre as funções da educadora sanitária, Silva (2004) acrescenta que:

Nos Grupos Escolares, a educadora sanitária exerce um papel de alta relevância, desenvolvendo aí o programa apropriado a cada idade. Nas suas visitas sistemáticas, elas vão paciente e metodicamente formando na alma juvenil a consciência sanitária que, palavra a palavra, conselho a conselho, modela-se na cristalização desses preceitos num puro diamante, que jamais deixará de brilhar no raciocínio e orientar higienicamente o indivíduo, por toda a vida (SILVA 2004, p.120).

Tanto a pesquisa quanto o tratamento de verminoses eram realizados no centro de saúde. Dos hábitos de higiene instituídos nos grupos escolares, destacam-se: o uso individual do copo e da toalha. As educadoras sanitárias davam aulas sobre: asseio corporal, o modo de escovar os dentes, a ventilação dos quartos de dormir, a posição do corpo durante a leitura, o modo de tossir, escarrar e de cuspir. Em virtude dessas visitas aos grupos escolares, as educadoras também recebiam solicitações das famílias para a vacinação e ainda realizavam o exame individual dos alunos.

As ações exercidas pelas educadoras sanitárias em relação à tuberculose consistiram, principalmente, nas visitas aos domicílios dos pacientes infectados, que eram

---

<sup>47</sup> “O Brasil precisa de filhos fortes! Seja forte! 1- Exame médico, periódico, ao menos uma vez por ano; 2- Tomar banho todos os dias; 3- Escovar os dentes após as refeições; 4- Dormir todas as noites 10 horas com as janelas abertas; 5- Tomar muito leite. Pouco café ou chá; 6- Tomar ao menos 4 copos de água por dia; 7- Brincar ao ar livre parte do dia; 8- Evacuar os intestinos todas as manhãs; 9- Lavar as mãos antes de comer; 10- Comer bastante verduras e frutas; 11- Não comer gulodices entre as comidas (CORTEZ, 1926, p.59).

tratados clinicamente no centro de saúde e acompanhados, em suas casas, pelo corpo médico e pelas educadoras. Porém, o enfoque era a prevenção, que se realizava com o apoio de cartazes, preleções e também entrega de impressos<sup>48</sup>.

Em caso de óbito por tuberculose, a educadora sanitária realizava uma visita e, utilizando-se de palestra e conselhos, encaminhava as pessoas que estiveram em contato com o doente para o centro de saúde. Essas pessoas eram então examinadas, para se verificar a possibilidade de contágio. Em caso de comprovação da doença, o tratamento era realizado no centro de saúde.

As palestras realizadas pelas educadoras sanitárias abordavam também as doenças sexualmente transmissíveis, principalmente a sífilis. Cortez (1926) descreve a realização de 669 conselhos individuais, 2 conferências e a distribuição de 1602 folhetos sobre as “moléstias venéreas”. O emprego de diapositivos e de filmografia também ocorria. Para aumentar a eficácia das ações educativas, o serviço de profilaxia foi reservado em horários diferentes para mulheres e homens: terças e quintas, das 18 às 22 horas para mulheres e crianças e os demais dias, no mesmo horário, para os homens.

Os impressos sobre sífilis alertavam sobre a gravidade da doença e as conseqüências de sua evolução. No entanto, o emprego de terminologias médicas, como “aneurysmas” e “paralísias” dificultavam a compreensão, por parte da população. A automedicação e o risco de contágio eram lembretes ao paciente sífilítico, o qual deveria buscar ajuda no centro de saúde, visto que ali encontraria, gratuitamente, os meios de diagnóstico e de cura.

Impressos sobre a gonorréia e o cancroíde continham informações sobre os sintomas das doenças, como o pus da gonorréia, que poderia disseminar a infecção para outros

---

<sup>48</sup> Os impressos do serviço de tuberculose continham os seguintes dizeres: “A tuberculose é a maior doença. A tuberculose é contagiosa, mas é seguramente evitável. Luctar contra a tuberculose é luctar pela saúde, pela fortuna e pela felicidade. Aprende, ensina, ajuda a combater a tuberculose. Mandamentos da Hygiene: 1- Fazer exame médico periódico ao menos uma vez por anno; 2- Respirar o ar puro sempre renovado, viver o mais possível ao ar livre, dormir com as janellas abertas; 3- Trabalhar, praticar exercícios phisicos, dormir 8 horas por noite; 4- Fazer todo o necessário para evitar doenças infecctuosas; 5- Cuidar dos dentes e comer devagar alimentos sãos; 6- Estar, andar e sentar-se com o corpo direito; 7- Evitar o álcool, o fumo e o habito de drogas; 8- Observar o maior asseio no corpo e nas roupas; 9- Conservar a casa limpa, com ordem e arejada; 10- Evitar a ociosidade e o esfalfamento; 11- Manter o espírito activo, alegre, sereno e puro” (CORTEZ, 1926, p.72).

lugares, os olhos, por exemplo. A recomendação para evitar o contato sexual era tão imperativa quanto evitar a procura de curandeiros, considerados charlatões pela classe médica.

Ao longo de 30 anos, conforme pesquisa de Marcondes e Rahm (1959), as funções das educadoras sanitárias nos centros de saúde se ampliaram, estendendo-se para áreas como a assistência médico-curativa, prestando serviços de imunização, primeiros socorros, aplicação de injeções e testes de acuidade visual – além daquelas que comumente já realizavam: palestras, aconselhamentos e visitas domiciliares. Também passaram a atuar no setor administrativo, exercendo cargos de chefia e supervisão e em atividades de planejamento de programas, de treinamento e recrutamento de funcionários novos.

Desse modo, as educadoras sanitárias podem ter contribuído na capilarização dos saberes da higiene nos espaços escolares e centros de saúde, intervindo no cotidiano dos sujeitos, seus modos de vida, bem como o estímulo para a adoção de hábitos saudáveis. Em detrimento das dimensões sociais, a educação sanitária transmitida pelas educadoras nesses microespaços produziu e reproduziu significados de saúde restritas às dimensões individuais, sem, no entanto, atentar para as limitações dessas práticas com possibilidade de aumentar a vulnerabilidade daqueles sujeitos, objetos dessas intervenções.

O papel das educadoras sanitárias esteve diretamente ligado aos artefatos culturais empregados na propaganda da educação sanitária. Assim, considero relevante abordar o assunto de forma mais detalhada, analisando para quem se dirigia o material produzido e como pode ter contribuído na construção de um *Homos hygienicus*.

### 3.5.3 A propaganda sanitária: levando conselhos ao povo

Na divulgação dos preceitos da higiene objetivando erradicar velhas idéias e antigos erros da população, a propaganda sanitária intensiva foi um dos dispositivos que integraram

a educação sanitária, de modo a levar a todos, os conceitos desse ideário, entremeado de ciência, nacionalismo, eugenia e progresso.

Então, a quem se destinavam tais artefatos? Às coletividades e às corporações de classes, aos grupos escolares, e também aos centros de saúde. “A propaganda da hygiene é uma necessidade social: não se obedecem ordens das quaes senão comprehende a razão de ser. A educação do povo é o fundamento de sua obediência” (COURMONT apud INSPECTORIA, 1930, p. 167).

Para o Dr. Henrique Autran, chefe do Serviço de Educação e Propaganda Sanitária do Departamento Nacional de Saúde cabia à ciência e aos seus representantes, o papel de conselheiros voltados ao povo, com o intuito de ensinar a se defender contra as doenças e a obter uma boa saúde. Assim, o autor cita Winslow, ao considerar a educação higiênica do povo, o principal fundamento de uma organização sanitária, capaz de produzir grandes resultados, com poucas despesas (AUTRAN, 1925).

Que métodos empregar, neste caso? “Para educar o povo em assumpto de hygiene, temos que atender aos methodos que empregam a palavra fallada, conferencias e palestras; aos que se utilizam das projecções cinematographicas; aos mixtos, que se referem às conferencias acompanhadas de projecções de educação higienica, e finalmente, o que se refere à artigos publicados em jornaes, diários, processo, ao meu ver, de grande eficiencia” (AUTRAN, 1925, p. 12).

O emprego de artefatos que veiculavam os discursos da hygiene era, então, bastante diverso. Pretendo apenas dialogar com algumas pesquisas sobre a análise desses objetos culturais<sup>49</sup>, apresentando seus efeitos de verdade e suas estratégias, como dispositivos da educação sanitária.

---

<sup>49</sup> Além dos artefatos acima descritos, existem outras produções bibliográficas sobre hygiene voltadas para o professorado das escolas primárias: o livro *Higiene e Educação para Saúde*, de Carlos Sá, editado inicialmente em 1943, e baseado em aulas dadas pelo autor, desde 1928, às alunas do Instituto de Educação no Rio de Janeiro. E o livro *Puericultura*, de C. C. Costa, que teve como finalidade instruir as mães sobre hygiene pré-natal, economia doméstica, hygiene da criança e hábitos nutricionais (ORNELLAS, 1981).

Rocha (2003) apresentou informações sobre a *Cartilha de Higiene*, elaborada pelo Dr. Almeida Júnior e publicada em 1923, no Estado de São Paulo. O livro, voltado para o público infantil, era de tamanho pequeno, contendo 42 páginas e repleto de ilustrações. O propósito da obra era, claramente, inculcar nas crianças os hábitos de higiene, contribuindo para a saúde do escolar, por meio da participação ativa e vigilante do professor. A cartilha traz representações da infância e a intencionalidade de impor conhecimentos higiênicos voltados para a normalização do comportamento infantil. Posteriormente, esse artefato foi adotado pelas escolas primárias dos estados do Ceará, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro, num total de quinze edições, até 1936.

Em 1939, o escritor gaúcho Érico Veríssimo publicou a obra *Aventuras no Mundo da Higiene*, dirigida às crianças e aos jovens, bem como aos pais e professores. A proposta era que se adotasse uma rotina de hábitos de higiene. Bastos e Stephanou (2005), a partir do referencial de Roger Chartier, consideraram o livro funcionalmente dotado de ação moralizadora e intencionalmente educativo, como se fosse um pequeno manual de educação à saúde. De apresentação atraente, exibia capa colorida e várias ilustrações.

Érico Veríssimo incorporou em seu livro, vários personagens de histórias infantis, como o Pato Donald, Pluto, Mickey, Popeye, Lobo Mau e Chapeuzinho Vermelho, o Gordo e o Magro, além dos Três Porquinhos. A difusão desse trabalho atingiu estados, como o Rio de Janeiro, conforme podemos verificar em uma carta dirigida ao autor e publicada na Revista do Globo, em 1942:

Escola Típica Rural de Capivari, Rio Claro, Rio de Janeiro.

Ilmo Sr. Érico Veríssimo

Em nosso nome e no de nossos coleguinhas, escrevemo-nos a fim de por-vos ao par de que fostes o escolhido para patrono de nosso "Pelotão da Saúde". Nossa professora contou-nos que escrevestes um lindo livro de higiene intitulado "Aventuras no Mundo da Higiene", onde fazeis um paralelo entre dois meninos: um que seguia todas as regras higiênicas e outro que nem essas regras conheciam. A diferença que havia entre os dois era enorme. Enquanto o primeiro era forte e bonito, o segundo era magro e feio [...] Nós, como monitores, temos o dever de transformar todas as crianças magras e feias em fortes e sadias, e como afilhados, já começamos a abusar da bondade de tão bem escolhido padrinho, pedindo que nos mande um exemplar de sua bela história (BASTOS, STEPHANOU, 2005, p.13).

Além da propaganda sanitária voltada ao público infantil, os jornais também foram utilizados como veículos dessa propaganda. Segundo Cortez (1926), a Seção de Redação e Publicidade da Inspeção de Educação Sanitária e Centros de Saúde de São Paulo publicaram, com frequência considerável, artigos nos jornais da capital: Folha da Manhã, Folha da Noite, Diário da Noite e Jornal do Commercio. Em jornais do interior do Estado: O Diário do Sul, a Folha de Boituva, a Imprensa e o Cambuquira, também houve publicações, mas em escala menor. Os temas mais referendados abordavam a educação sanitária, a profilaxia da sífilis e das doenças venéreas, a higiene física e mental e os centros de saúde.

Durante os primeiros casos de gripe espanhola, em 1918, o Serviço Sanitário de São Paulo, também se utilizou da imprensa, para publicar orientações sobre a doença, seus sintomas e as formas de prevenção. Alguns desses enunciados foram denominados *Conselhos ao Povo*. Tais conselhos outorgavam à população em geral a responsabilidade pela profilaxia da doença. O serviço sanitário, despreparado diante da epidemia, transmitia ao povo paulistano, recomendações sobre atitudes higiênicas e saudáveis que pudessem evitar o avanço da gripe.

A epidemia durou dois meses e, segundo Bertucci-Martins (2003), na luta contra a gripe espanhola, a divulgação de prescrições higiênicas constituiu-se em uma das armas para tentar atenuar essa doença altamente patogênica. O processo educativo, por intermédio dos ‘conselhos’ higiênicos, traduziu-se como um dispositivo regulador sobre os mais pobres – alvo privilegiado dos doutores do serviço sanitário, além dos próprios jornais.

Os saberes da saúde também circularam em outros artefatos, como a imprensa operária, no início do século XX. O alcoolismo e a sífilis foram temas tratados nesses jornais, que também denunciavam as péssimas condições de vida do operário brasileiro. Os preceitos da higiene e da ciência são prováveis soluções apresentadas para as questões ligadas à saúde. Percebem-se convergências e divergências nos discursos sobre saúde, ora relacionando a saúde às condições de insalubridade do proletariado, ora se aproximando do

discurso científico, que atribuía ao homem e à sua ignorância, a responsabilidade pelas doenças da vida (BERTUCCI, 1992).

A respeito da educação sanitária na tuberculose, Bertolli Filho (2001) descreveu diferentes estratégias de divulgação da doença e das formas de prevenção: cartilhas, romances e livros mais especializados. Neles, a representação da tuberculose vinculada à decadência moral e à pobreza foi reforçada, por exemplo, na já citada *Cartilha de Higiene* ou no livro *Moral e Civismo*, do professor Collares Júnior, publicado em 1930, no Espírito Santo. Neste último, autor apresentou, em um dos capítulos, a trajetória de um professor de escola primária, pai de numerosa prole, que se envolveu com o álcool. Presa fácil da tuberculose, o professor e sua triste sina reforçavam ser a tuberculose tal doença, uma conseqüência de sua vida decadente e agente causal dos transtornos mentais e morais de seus filhos.

Na pesquisa de Gonçalves (2001), foi descrito o processo de institucionalização da propaganda sanitária no Estado de São Paulo, a partir da Seção de Educação e Propaganda Sanitária, criada em 1938. Seu papel de instituição divulgadora deu mais solidez ao ideário higienista, sendo considerada órgão-modelo em relação à comunicação de massa, devido à elaboração de materiais que atingiam os mais diversos segmentos sociais. Mesmo diante dos avanços da ciência e da aproximação da medicina com as ciências sociais, os materiais produzidos e divulgados enfatizaram o discurso da culpa e do medo fortalecendo a educação sanitária, como elemento do biopoder, na formação de sujeitos docilizados.

Desse modo, permanências e discontinuidades podem ser percebidas – enquanto alguns dispositivos ganham notoriedade, outros perdem espaço, em um ambiente político, como o da Era Vargas, que avançou no processo de centralização e burocratização administrativa. Nesse momento, o processo de medicalização torna-se mais relevante, enquanto a educação sanitária se fragmentou em prol de ações em saúde curativistas e centradas em um modelo hospitalocêntrico.

### 3.6 De Vargas ao pós-guerra: novos e velhos dispositivos

Com o início da era Vargas, em 1930, o Estado, antes descentralizado e oligárquico, passa por um processo de reformulação, de modo a se tornar robusto e centralizador. Reunidas em um só ministério<sup>50</sup>, a Educação e a Saúde caminham juntas, como decorrência do imaginário construído na Primeira República: sem educação, não há saúde e sem saúde, a nação não progride.

A partir de 1941, além da intensificação do poder centralizador do Estado, surgiram novas estruturas, os Serviços Especializados, com o objetivo de promover a verticalização das ações em saúde, por meio de campanhas de combate a doenças específicas e às grandes endemias. A educação sanitária foi incorporada nesse formato institucional, em que se organizaram as atividades especializadas por enfermidades. Tal modelo, apesar das mudanças ao longo dos anos, ainda pode ser percebido no sistema de saúde brasileiro.

As atividades da saúde pública no governo de Vargas restringiram-se a combater doenças infecto-contagiosas, como a tuberculose, a malária, a febre amarela e a peste, tendo como foco a “coletividade”; à assistência médica previdenciária competiam as ações voltadas ao indivíduo. Nesse período, a dicotomia entre prevenção e tratamento começou a se configurar, cabendo à saúde pública seu papel na profilaxia de um sertão ainda doente (VIEIRA, 1982; HOCHMAN, 2005).

Hochmann (2001 e 2005) relata que, no âmbito do governo central, teve início a incorporação de novos especialistas em saúde pública, os sanitaristas, os quais se diferenciavam dos clínicos que, por sua vez, davam assistência em seus consultórios nas cidades. Os sanitaristas constituíram um grupo de profissionais associados ao poder público, atuando na expansão dos serviços especializados pelo interior do país, combatendo e saneando as moléstias do sertão doente.

---

<sup>50</sup> O comando do Ministério da Educação e Saúde Pública ficou a encargo de Gustavo Capanema de 1934 a 1945.

Os sanitaristas protagonizaram as grandes campanhas de combate às endemias rurais. Assim, seu papel simbólico foi o de introduzir a população brasileira em uma nova era. Essa pedagogia de iniciação inseriu o sertanejo na cosmologia do sanitarismo. “Tal qual um corpo de especialistas rituais, os sanitaristas vão desempenhar o ofício dessa liturgia. Munidos de todo um arsenal para o enfrentamento das forças responsáveis pelos infortúnios representados pelas doenças que afligiam a população brasileira” (CUNHA, 2005, p. 223).

Desde a Reforma de Capanema promovida em 1937, foram criados 12 serviços com destaque ao Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES). Conforme o artigo primeiro do capítulo 1 da lei que criou o regimento do serviço, sua finalidade consistia em: “formar na coletividade brasileira uma consciência familiarizada com problema de Saúde” (Melo, 1976, p. 24). O tom propagandista permaneceu nesse regulamento, revigorando o papel informativo da educação sanitária, agora atuando em consonância com os demais serviços federais especializados.

O SNES foi estruturado para desenvolver diferentes tipos de atividades: a publicação de folhetos, livros e catálogos; a realização de palestras radiofônicas, conferências em colégios e a produção e distribuição de discos e filmes. Os relatórios anuais da SNES da década de 1940 comprovam a função de propaganda exercida pela educação sanitária (FONSECA, 2005).

Como estratégia do governo Vargas, os serviços federais tinham representantes em todos os estados e com o SNES não era diferente. O volume dos serviços de propaganda pode ser confirmado pelos seguintes números, divulgados em relatório de 1942: 65 conferências, 636 projeções de filme, 123 palestras, 146.081 publicações, 461 artigos publicados na imprensa nacional, 837 emissões de rádio e distribuição de informativos em 19.800 restaurantes, bares e leiterias (FONSECA, 2005).

A educação sanitária veiculada pelo SNES apresentavam uma visão normativa e de forte cunho ideológico. “Uma atuação intensa que se utilizou de todos os meios de comunicação disponíveis, por meio dos quais se transmitiam os conteúdos reputados

fundamentais para a aquisição de novos hábitos de higiene e melhoria das condições de saúde da população” (FONSECA, 2005, p. 252).

Na I Conferência Nacional de Saúde realizada em 1941, o tema educação sanitária foi abordado por Abelardo Marinho, diretor do serviço acima citado. Todavia, suas formulações continham idéias um tanto generalizadas, tendo como proposta principal o desenvolvimento da educação sanitária em todo o país, através de articulações com outras entidades: os serviços estaduais, organizações filantrópicas, empresas privadas (HOCHMAN; FONSECA, 2000).

A preocupação com a criança permaneceu nas políticas de Vargas, principalmente no Estado Novo. Neste período, a educação, mais uma vez, teve o papel de agente da transmissão da ordem e da moral dominantes. Os princípios da eugenia constituíram-se como um dos aportes da nova ideologia, auxiliando a formar o ser humano trabalhador e operário, inserido em um ideário patriótico. Assim, as políticas voltadas para a criança e para as mães desconsideravam suas condições sociais e econômicas, limitando-se a aplicar ações assistencialistas e educativas, sem promover mudanças estruturais que melhorassem suas condições de vida (VIEIRA, 2004).

Desse modo, a educação sanitária ainda era instrumento de um processo de assujeitamento, cuja intencionalidade era inventar um indivíduo em conformidade com a ideologia vigente na época. O processo de totalização e individualização ocorreu através de vários dispositivos, sendo a educação sanitária, um deles.

### 3.7 Considerações transitórias

Nesses caminhos trilhados, na somatória de eventos e acontecimentos, procurando conhecer e compreender os vários processos que ocorreram conjuntamente, seria possível aceitar a hipótese inicialmente apresentada. Isto é, a educação sanitária de fato, foi dispositivo que contribuiu para a formação de sujeitos docilizados e disciplinados. Antes de

fechar a questão, trago um debate crítico suscitado por Luiz Antonio de Castro-Santos (2006) que pode enriquecer a discussão a respeito da hipótese levantada.

Para Castro-Santos, a proposta foucaultiana de disciplinarização desconsidera o papel histórico da formação e consolidação das profissões e, neste caso, poderíamos incluir a institucionalização dos médicos, professores, educadoras sanitárias e enfermeiros. Para o autor, são profissões sociais que emergiram decorrentes de lutas e avanços na sociedade e não somente como elementos de um esquema para moldar os seres humanos. Em seguida, o pesquisador também se debruça sobre o papel moralizador e disciplinador da Associação Brasileira de Educação, detalhadamente apresentado por Marta Maria Chagas de Carvalho, em sua tese de Doutorado. Segundo Castro-Santos, tanto a associação como outras entidades compuseram um aglomerado múltiplo e distinto de ideologias, que não tinham algo insidioso e oculto por trás, mas deixaram suas marcas, como por exemplo, a criação de instituições relevantes para a época.

O autor ainda alerta para o risco de atribuir a todos os educadores, por exemplo, integrantes da Liga Brasileira de Saúde Mental ou da Sociedade Eugênica de São Paulo, como partidários de uma mesma visão de raça. Ou seja, seria colocar todos no mesmo cesto – o joio e o trigo. Entre os componentes destas ligas, alguns como Renato Kehl, condenavam a mistura de raças e outros, como Roquette Pinto, pensavam ser o Brasil um grande hospital, mas não degenerado racialmente.

Enfim, Castro-Santos refuta a idéia de que todos os movimentos da Primeira República e suas variantes integraram um esquema maior de dominação da classe através de dispositivos de disciplinarização social. Logo, sua análise possibilita brechas para um embate de posições que, a meu ver, se complementam.

Esse olhar chama a atenção para outras possibilidades de compreender os acontecimentos na Educação e Saúde no período. Se por um lado, várias profissões começaram a se estabelecer e a se legitimar, conquistando espaços de atuação, dotadas de interesses sociais, também não se pode desconsiderar que, na tentativa de ocupar territórios, tais profissões, representadas ou não por suas associações, adotaram práticas discursivas e

não discursivas, como estratégias de interdição daqueles que se sobrepujam profissionalmente, adjetivando-os, muitas vezes, de charlatães.

Desse modo, foi identificado um caldo de ideologias, de organizações de intelectuais, com multiplicidade de idéias, que ora convergiam e divergiam. Logo, não se pode apagar o papel disciplinador exercido nos ambientes escolares e nos centros de saúde. Não se trata de acreditar que todos agiram insidiosamente, dotados de interesses ocultos na tentativa de docilizar uma massa de pobres. Mas sim, tornar visível a existência desses dispositivos que ocorreram na dispersão dos eventos, movidos quer por ideologias, quer por saberes e que sofreram resistências, certamente.

Entendo que não se tem a pretensão de meta-narrativa, alegando que tudo é poder, porém esse poder – poder-saber – é exercido nos mais variados espaços, multiplica-se e se capilariza em vários momentos, através de racionalidades que, neste caso, auxiliaram a formação de um sujeito docilizado e disciplinado, nos moldes da higiene. Pelos dados históricos, a higiene e seus preceitos não atingiram todos os brasileiros, em todos os recantos, mas tentaram delimitar condutas que valorizassem a ciência, o cientista, a técnica e o indivíduo, contudo, reciprocamente, estabeleceram interstícios, em relação à coletividade, aos outros saberes, aos não cientistas, ao ser humano em suas múltiplas referências.

Considero importante agora, ressaltar a singularidade das experiências locais relatadas. Ou seja, principalmente as reformas sanitárias no Estado de São Paulo, como aquela realizada sob o comando de Paula Souza, pois se refere a local específico e a tempos históricos particulares. Não se pretende aqui generalizar esses acontecimentos para outros locais, onde outros eventos ocorreram de modo diferente, como no Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul. E mesmo em São Paulo, também foi possível atentar para as discontinuidades e rupturas quando a própria reforma Paula Souza sofreu dificuldades em sua implementação, devido a embates políticos.

Em outras palavras, mesmo precariamente, posso mencionar que a educação sanitária, nos períodos históricos estudados, contribuiu na constituição de sujeitos docilizados e disciplinados, a partir de representações construídas sobre esse Outro.

Portanto, outrora sujeitos considerados degenerados e esvaziados em seus saberes, talvez decorrente da miscigenação ou influenciados pelo calor dos trópicos e, cuja indolência, poderia ser fruto de uma colonização portuguesa perdulária. Sujeitos-outros que precisavam ser educados nas ciências e na higiene para atingir o seu *telos*: a consciência sanitária, já que a doença era consequência de sua ignorância.

As representações de um Brasil indolente e fraco, em que a maioria da população era pobre, desprovida de seus direitos e com condições de vida muito ruins, favoreceram a construção de um quadro assombroso, como a de uma nação em construção, mas permeada de muita doença e pobreza. A educação sanitária foi, assim, um dos dispositivos capazes de restaurar esses sujeitos miseráveis e doentes e enfatizar o discurso da responsabilização individual. Tais práticas levariam o saber da higiene, da cultura da saúde, da alta cultura da ciência por intermédio dos profissionais de saúde que ora se organizavam; das instituições da ciência recém-criadas; dos novos espaços assistenciais de saúde, como os centros de saúde; do processo de escolarização que avançava; de artefatos culturais em franca produção, a exemplo da *Cartilha de Higiene*.

Nos espaços e tempos históricos apresentados, da constatação da vulnerabilidade dos sujeitos em suas dimensões individuais e sociais, em que o papel do Estado no âmbito da saúde e da educação caracterizava-se pela outorga de benefícios, perspectiva ainda distante da concepção de direito social contemporâneo. Tratava-se de atribuição unilateral, portanto, “sem a designação formal de quem deveria assegurá-lo – já que a noção de direito pressupõe alguma instância responsável, à qual o usuário possa recorrer, caso não consiga usufruir esse direito” (FONSECA, 2005, p.270).

Nesses momentos históricos, a educação sanitária encontrou seus repertórios explicativos provenientes dos avanços da bacteriologia e da imunologia em franca expansão, porém ainda entremeados de discursos das teorias miasmáticas. O conceito de risco se encontrava em constituição e sua contribuição para a implantação das PES requeria maior adensamento e um processo de formalização mais sólido, como é verificado na contemporaneidade.

A educação sanitária apoiada na pedagogia da informação, cujas atribuições da transmissão caberiam aos educadores – médicos, educadoras sanitárias, professoras primárias – atuou como um dos dispositivos de gestão da vida privada. Essas tentativas de moldar o outro tiveram como princípio a sua vulnerabilidade às doenças, decorrente da ausência ou da incipiente escolaridade que dificultaria a adoção dos modos de ser e estar saudável, ou em outro termo, a aquisição da consciência sanitária.

Assim, as PES, em suas particularidades temporais e históricas, podem ser consideradas como um dos dispositivos que contribuíram na construção de novas e outras subjetividades, no período histórico estudado, sem, no entanto atentar para a vulnerabilidade dos sujeitos em suas múltiplas dimensões.

## CAPÍTULO 4 - EDUCAÇÃO SANITÁRIA E O SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA: A DOENÇA NÃO CONHECE FRONTEIRAS.<sup>51</sup>

Na presente etapa do trabalho, apresento as PES<sup>52</sup> concretizadas e veiculadas por meio do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) – como se materializaram nos sertões brasileiros, como se institucionalizaram e que concepções o serviço trouxe para a saúde pública brasileira. Proponho aqui as seguintes questões: que tipo de agência/instituição foi o SESP? Quais suas atividades e, principalmente, como se posicionou em relação à educação sanitária?

O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado em 17 de julho de 1942 decorrente de um acordo firmado entre os Estados Unidos e o Brasil, estabelecendo as seguintes atribuições: o saneamento do Vale do Amazonas, o preparo de profissionais para o trabalho de saúde pública e a colaboração com o Serviço Nacional de Lepra.

A proposta norte-americana em estabelecer acordos bilaterais com países latino-americanos, entre os quais o Brasil, integrava um plano maior para essa área continental, iniciada na década de 30 e tendo como finalidade ampliar a cooperação com os países do hemisfério sul. Porém, com o avanço da Segunda Guerra Mundial, a criação do SESP deveria garantir as condições sanitárias no Amazonas e posteriormente, no Vale do Rio

---

<sup>51</sup> A frase: “A Doença não conhece Fronteiras” está inscrita na página inicial do Boletim do SESP, no ano de 1945; aparecendo no cabeçalho de apresentação deste informativo, localizada entre as bandeiras do Brasil, à esquerda, e dos Estados Unidos, à direita. A frase representa esse momento histórico de cooperação internacional entre os dois países e, para Pinheiro (1992), de expansão do imperialismo norte-americano sobre a América Latina. Para o Dr. George C. Durnham, coordenador do Instituto de Assuntos Interamericanos, as doenças de fato, não respeitam fronteiras e, por isso, a cooperação entre os países vizinhos seria necessária no combate às doenças, a fim de promover o desenvolvimento dos recursos naturais, aprimorar o comércio e expandir a indústria. Segundo Durnham (BOLETIM SESP, 1944b, p.1), “as enfermidades transmissíveis não respeitam fronteiras [...] veja-se, por exemplo, a bacia do Amazonas. Essa imensa região de florestas, grandes rios, população esparsa, poucas estradas e caminhos, representa dois terços da superfície dos Estados Unidos. Ela abrange territórios de seis países – Brasil, Colômbia, Equador, Peru, Bolívia e Venezuela. O aumento da sua produção de borracha, óleos vegetais, inseticidas, drogas e outros produtos florestais depende em parte do sucesso da cooperação interamericana na tarefa de melhorar as condições de saúde e de saneamento no enorme vale”.

<sup>52</sup> Neste período, o termo mais empregado referente às Práticas Educativas em Saúde (PES) foi educação sanitária, porém com suas singularidades e deslocamentos como veremos no decurso deste capítulo.

Doce, a fim de expandir a produção de matérias-primas para fins militares, como a borracha e minérios.

O SESP surgiu como agência diretamente subordinada ao ministro Gustavo Capanema, dotado de orçamento próprio, tendo a autonomia necessária para contratar e demitir pessoal, decidir sobre salários e estabelecer seus próprios critérios de administração. Quase 95% do financiamento do serviço foi inicialmente empregado pelos Estados Unidos, pela ação do Instituto de Assuntos Interamericanos (IAA) e, progressivamente, foi reduzido até atingir uma contribuição inexpressiva em 1959, período que antecedeu a transformação do SESP em fundação vinculada ao Ministério da Saúde (CAMPOS, 2000).

A primeira etapa de atividades do SESP envolveu o período de 1942 a 1948, com ações voltadas para o Vale do Amazonas e o Vale do Rio Doce. De 1948 até 1960, firmaram-se diversos convênios com outros Estados – Paraíba, Bahia e Pernambuco – em etapa denominada por Nilo Chaves de Brito Bastos, de fase de expansão. Em 1950, o SESP expande suas atividades para o Vale do São Francisco, Alagoas, Minas Gerais, Mato Grosso e Goiás (BASTOS, 1993).

Neste último período, o SESP passou por momentos de instabilidade, com risco iminente de interrupção do acordo com os Estados Unidos. A indefinição decorrente provocou a mobilização de deputados e senadores brasileiros em defesa da manutenção do acordo. Naquele momento, alguns representantes do governo americano acreditavam ser importante manter esse tipo de cooperação, não apenas como dispositivo difusor do modo de vida norte-americano, seus princípios e valores, mas também estender e consolidar sua liderança no Brasil, em um contexto de guerra fria.

Campos (2006, p.206) acredita que a sobrevivência do SESP, nessa segunda etapa, não se restringia apenas aos interesses internacionais, “o programa de saúde e saneamento fincara fortes raízes no Brasil [...] as variáveis locais interagem com as variáveis externas”. O próprio SESP engendrou campanhas na imprensa, promoveu encontros nacionais e internacionais e suscitou o levante de representantes da sociedade, como o Rotary Clube de Belém.

A principal estratégia de sobrevivência do SESP e depois sua continuidade como fundação, deveu-se às transformações em seu modo de atuar. O órgão tornou-se um grande prestador de serviços de saúde nas regiões visadas pelos planos desenvolvimentistas do governo brasileiro. Estabeleceu alianças políticas e passou a desenvolver projetos nos campos de higiene industrial e engenharia sanitária. Na década de 50, assumiu o papel de formulador de políticas de saúde pública no Brasil, o que lhe conferiu ferrenhos opositores, mas consolidou sua presença no cenário da saúde pública nacional, formatando um modelo de administração sanitária, o modelo 'sespiano'.

Entre as estratégias que determinaram a sobrevivência e expansão do SESP, destacam-se: qualificação dos trabalhadores da saúde, educação sanitária, construção de uma rede horizontal integrada e permanente de unidades de serviços de saúde e expansão dessa rede através dos pelos departamentos estaduais de saúde. O projeto de modernização visava a desenvolver competência local em saúde pública e estava apoiado no modelo norte-americano, como padrão para estabelecer uma proposta embrionária de atenção primária em saúde. De acordo com Campos (2006), o SESP era uma agência especializada, capaz de demonstrar moderna administração sanitária nos estados brasileiros, incorporando dispositivos eficazes desse modelo de regulação, como a estatística vital, a higiene infantil, a prevenção de acidentes, o controle de tuberculose e a educação sanitária.

A hipótese levantada por Campos (2006) sobre o modelo civilizatório do SESP refuta a idéia de imposição do modelo norte-americano em solo brasileiro. Segundo o autor, ocorreu uma transação de mão dupla, existindo convergências com as idéias propagadas em fóruns internacionais, embora se coadunasse com o projeto varguista de institucionalização da saúde pública no país, visto que o SESP se estendeu em regiões pouco atingidas pela autoridade do Estado, como o Amazonas e Nordeste, ainda sob a tutela das oligarquias locais.

Para o presente capítulo recorro ao biopoder, mais especificamente, a um de seus deslocamentos, a governamentalidade. A governamentalidade, como conceito, possibilita a compreensão das racionalidades políticas e, especificamente no caso do SESP, as tecnologias de imperialismo e internacionalismo, permitindo problematizar a constituição e

o governo de espaços, além das fronteiras nacionais (Larner e Walters, 2006). Também torna possível interrogar configurações específicas de relações de biopoder, que se estabelecem através de instituições, como o SESP e por meio de dispositivos, como a educação sanitária, partindo da premissa de que essas instituições internacionais, “não são entidades homogêneas e monolíticas, mas sim arenas de poder e de disputa cultural [...] não impõem, simplesmente, suas normas e procedimentos à periferia, mas sim, interagem com as realidades locais, o que faz com que suas ações sejam moldadas/negociadas pelos interesses dos países onde atuam” (CAMPOS, 2006, p.21).

Como a educação sanitária constituiu-se em um dos eixos primordiais de implantação de um modelo de administração sanitária, pretendo no decorrer do capítulo, dissertar inicialmente sobre as concepções de educação, saúde e educação sanitária presentes no SESP. Em seguida, apresentar o processo de sistematização da educação sanitária: sua estrutura organizacional, as mudanças em seu organograma e os métodos de educação sanitária.

Considerando também que o SESP desenvolveu atividades educativas em saúde voltadas especificamente para escolares, reafirmo a relevância em compreender como a educação sanitária contribuiu na constituição dessas subjetividades, tentando evidenciar estratégias de docilização ou deslocamentos para a construção de sujeitos ativos. E finalmente, pretendo conhecer e compreender os processos de formação de profissionais de saúde realizados pelo SESP, dando ênfase à Enfermagem.

O recorte temporal para o estudo envolve o período de 1942 a 1960, etapa em que o SESP apresenta-se como órgão com dupla nacionalidade e dotado de certa autonomia regimental e orçamentária em relação ao antigo Ministério da Educação e Saúde Pública depois, Ministério da Saúde, criado em 1953.

#### 4.1 Educação Sanitária: a pedra fundamental da saúde pública

Segundo Fonseca (1989), o SESP exerceu considerável influência no trabalho educativo realizado na saúde pública, tornando-se um marco de divulgação do pensamento sobre a educação sanitária. As ressonâncias do SESP e suas concepções podem ser atestadas nas publicações da Divisão Sanitária do Departamento Nacional de Saúde, cujo teor se assemelhava, em muito, às propostas do SESP, sem contar na participação de dois médicos da Divisão de Educação Sanitária do SESP na equipe que elaborou os documentos acima<sup>53</sup>.

As atividades do SESP concentraram-se em regiões mais carentes, privilegiando as áreas rurais. Se na primeira fase, o SESP exerceu predominantemente ações de saneamento ambiental na região do Amazonas e do Vale do Rio Doce, na segunda fase sua atuação se expandiu para os estados do Nordeste e do Centro-Oeste.

Em 1953, relatos de Nilo Chaves de Brito Bastos<sup>54</sup> e Orlando José da Silva mostram que a área total assistida pelo SESP somava um terço do território brasileiro. Em relação ao nível educacional dessa porção atendida, o índice de analfabetismo atingia patamares de 80% no Programa do Nordeste, que envolvia os estados de Pernambuco e Paraíba. Em outros estados, como no Amazonas e na Bahia, os níveis não eram inferiores a 70%.

Bastos e Silva (1953) levantaram suposições sobre o grave problema educacional presenciado. Inicialmente, apontaram a resistência da população quanto ao ensino, principalmente o desinteresse dos pais em incentivar seus filhos à frequência regular das escolas. Em outro momento, a dificuldade de acesso à escola constituiu obstáculo para o

---

<sup>53</sup> Os médicos colaboradores eram Nilo Chaves de Brito Bastos e Orlando José da Silva.

<sup>54</sup> Nilo Chaves de Brito Bastos era médico da Brigada Militar de Pernambuco e foi fundador e diretor do Curso Normal de Educação Física desse Estado. No SESP, atuou como médico, chefe do distrito sanitário de Colatina, ES, chefe da Seção de Educação Sanitária e Treinamento e depois da Divisão de Educação Sanitária e Treinamento. Na Fundação SESP, assumiu o cargo de superintendente no período de 24/11/1969 a 31/08/1970. Também foi Diretor do Serviço Nacional de Educação Sanitária do Ministério da Saúde. Escreveu vários artigos sobre Educação Sanitária e livros como: *Educação Sanitária – fundamentos, objetivos e métodos*, em 1963 e *Desenvolvimento de Comunidade como um método de Educação Sanitária em Saúde Pública – um guia para os agentes de Saúde Pública*, em 1967. Em 1993, publicou o livro *SESP/FSESP – evolução histórica (1942-1991)* (PEÇANHA, 1976; BASTOS, 1993).

processo educativo, não apenas pela distância a ser percorrida pelos estudantes, como também o emprego de toda a família no cultivo de alimentos para sua própria subsistência. Assim, a escola seria um entrave para o ser humano rural, que utilizava toda a sua prole para a produção do sustento da família.

Outro problema encontrado refere-se à precariedade do corpo docente das escolas, que em geral, era constituído por professoras leigas, com formação insuficiente e sem possibilidades de preparo ou aperfeiçoamento. Em geral, as professoras não tinham diploma de normalistas, chegando, em alguns estados, como o Território do Acre, a 90% do contingente total.

Além disso, os prédios escolares, em sua maioria, apresentavam instalações precárias. O ensino, nessas regiões assistidas pelo SESP, era praticado em edifícios antigos, construídos originalmente para outros fins, dotados de iluminação e ventilação inapropriados e, muitas vezes, sem qualquer tipo de conforto para professoras e alunos.

O Brasil era predominantemente rural, pois segundo Marcolino Gomes Candau e Ernani Braga<sup>55</sup> (1948), apenas 23 municípios tinham mais de 50.000 habitantes em todo o país. Porém, os autores já sinalizavam o aumento da migração da população da zona rural para as cidades.

Se a situação educacional apresentava um quadro de abandono, a saúde não se diferenciava quanto ao seu panorama. Candau e Braga (1948) corroboram a idéia de que a zona rural brasileira, conhecida metaforicamente, como o sertão brasileiro, ainda permanecia um imenso hospital:

Há lugares em que não se encontra um único indivíduo que se possa ter como normalmente são. A situação é bem definida nos seguintes conceitos há pouco emitidos por Baeta Viana: A doença incorporou-se organicamente ao indivíduo que a exhibe como uma propriedade intrínseca. Sanear um desses lugares seria declará-lo, preliminarmente, um hospital de ponta a ponta. Não é nenhum fenômeno encontrar-se entre os seus habitantes uma amostra genuína da patologia regional completa (CANDAU; BRAGA, 1948, p.572).

---

<sup>55</sup> Marcolino Gomes Candau foi superintendente – cargo máximo do SESP – entre 08/11/1947 a 04/04/1950. Segundo Pinheiro (1992), em 1960 o médico Marcolino Candau ocupou a direção-geral da Organização Mundial da Saúde. Já Ernani Braga sucedeu Marcolino Candau esteve na superintendência do SESP, no período de 05/04/1950 a 21/01/1954 (PEÇANHA, 1976).

Sob a concepção da vulnerabilidade social, o diagnóstico acima realizado pelos médicos Marcolino Gomes Candau e Ernani Braga sob a região do Amazonas e outras áreas rurais corroboram as suas condições precárias, em relação à educação e à saúde, que por sua vez interferem nas formas de ser e estar desses sujeitos-outros rurais, comprovando a situação de vulnerabilidade, tanto na dimensão individual como social.

A concepção de saúde evidenciada nas ações desenvolvidas pelo SESP, incluindo aí a educação sanitária, teve como fundamento o ciclo econômico das enfermidades, isto é, “uma baixa produção acarreta salários baixos e estes, por sua vez, dão lugar a uma alimentação deficiente, condições de instrução e educação deficientes, moradia má e baixo nível de vida” (Bastos, 1963, p.74). Assim, tornou-se um círculo vicioso, em que as más condições de vida geram doenças que, por sua vez, geram a pobreza, o analfabetismo e a instabilidade política e novamente a pobreza produz mais doença, que requer aumento das despesas na medicina curativa e desencadeia baixa produtividade no trabalho.

A solução para os problemas sociais, em conformidade com o ciclo econômico das enfermidades, estava em promover a saúde e seus aspectos positivos. A saúde seria como um direito que deve ser conquistado pelos sujeitos, uma responsabilidade fundamental de todo aquele que pleiteia a saúde e que se estende a toda coletividade. Com base em tal discurso, que projeta a constituição de um sujeito ativo e responsável, algumas dimensões ainda pareciam não ser consideradas, como aquelas de caráter político, econômico e social.

Para Bastos (1963, p.67), os pontos essenciais da saúde fundamentavam-se em uma perspectiva biopsicológica – “saúde é a corrente normal de todos os órgãos do corpo” – e individualista, visto que o objeto saúde dependia do indivíduo em buscar a harmonia consigo mesmo e com o meio. A educação era tida como um instrumento de aquisição de conhecimento, ou melhor, de *cultura*, uma vez que a falta de *cultura* era a causa de doenças.

O autor ressaltava o papel da educação, como elemento de valorização da ciência, arsenal de informações responsáveis pela construção de atitudes e comportamentos saudáveis:

O cientista e o educador devem contribuir para o avanço da cultura: um, descobrindo a natureza do homem em seu mundo e o outro, revelando os fatos descobertos, propagando interpretações apropriadas, sugerindo suas aplicações, divulgando conhecimentos das questões de medicina e das ciências naturais, para a conservação da saúde, para o desenvolvimento da cultura, e para o melhor conhecimento da natureza em geral, e do homem em particular (BASTOS, 1963, p.87).

Segundo Fernando Tude de Souza (BOLETIM SESP, 1945b), a educação moderna tinha como objetivos principais: a formação da nacionalidade; a defesa da saúde; a adaptação social e a preparação para o trabalho. Porém, sem a saúde, o papel da educação era inoperante. Somente uma nação de homens fortes e sadios, uma nação de homens aptos para o trabalho seria capaz de atingir o primeiro objetivo da educação apontado acima – a formação da nacionalidade.

Para Bastos e Silva (1953, p.243), o ciclo vicioso das enfermidades seria fácil de ser rompido, bastando aproximar a Nova Medicina da Nova Pedagogia, dando o conjugado 'Educação Sanitária', "como uma nova disciplina, servindo de eixo vivo, dinâmico e flexível entre aquelas duas ciências e constituindo a base fundamental da medicina preventiva e da saúde pública moderna".

A educação sanitária como integrante da medicina preventiva parecia ressoar o discurso norte-americano sobre saúde pública, pois, segundo George Durnham, nos Estados Unidos o trabalho de saúde pública privilegiava as medidas preventivas em detrimento das medidas curativas. Desse modo, a adoção de estratégias preventivistas seria importante para o desenvolvimento econômico das Américas, permitindo avançar no combate às principais endemias que grassavam o continente americano: a malária, o tifo, a boubá e a varíola (BOLETIM SESP, 1944b).

Assim, sob a perspectiva sespiana, toda obra de saúde pública que não colocasse a educação sanitária como base de suas ações, somente poderia ser considerada como uma

ação de emergência<sup>56</sup>. Então, diante das concepções de educação, de saúde e das PES acima apresentadas, qual seria o papel da educação sanitária nas políticas de saúde pública do SESP?

No Boletim do SESP (1944), esse papel foi alardeado pelo título de ‘Conseqüências da falta de educação sanitária’. Apareceram transcritas duas observações de óbito comentadas pelo Dr. Renato Caetano, que demonstravam claramente a importância desse tipo de informação para o SESP, e neste caso, a educação das mães. Aproveito para citar apenas um dos casos descritos:

Menina parda de 9 meses, 15º filho. Antecedentes pessoais: gripes e diarreias freqüentes. Internou-se na enfermaria em 24 de fevereiro, com diarreia intensa, vômitos, anorexia e febre. Criança com diarreia acentuada. Panículo adiposo escasso, pele seca, hipotonia muscular. Ficou constatado o diagnóstico de diarreia dispéptica, por erro qualitativo de alimentação. Instituímos terapêutica Reidratante e vitaminada e regime dietético [...] Ao término de oito dias estava restabelecida da dispepsia, continuando com tratamento dietético [...] A 3 de março, teve alta, tendo nós recomendado à progenitora o máximo cuidado [...] A progenitora procurou-nos novamente, no dia 25, com a criança em condições precárias. Ao interrogatório confessou que “ajudara” a alimentação recebida na enfermaria com leite condensado. Internada no mesmo dia, percebemos ser grave o seu estado [...] A criança faleceu no dia imediato. Diagnóstico: intoxicação alimentar. (BOLETIM SESP, 1944, p.4).

O exemplo acima ilustra o fato de que a premissa do SESP baseava-se em resolver os problemas de saúde para solucionar questões decorrentes da pobreza. Por esse motivo, investiu inicialmente em PES tradicionais – realização de palestras, distribuição de folhetos e cartazes, além da exibição de filmes. Segundo Bastos, “as altas posições do SESP, em nível nacional e regional, eram geralmente, ocupadas por sanitaristas que tinham sido formados nas velhas escolas de controle epidemiológico, que davam grande ênfase aos métodos autoritários nas campanhas, caminhavam investidos de poderes ditatoriais. Eram,

---

<sup>56</sup> Em seu discurso como paraninfo da turma de visitadoras sanitárias de Santarém, em 1946, o médico Gastão César de Andrade reafirmou que o trabalho educativo realizado por essas profissionais, assim como os resultados provenientes da Educação Sanitária não eram imediatos, mas demandavam muito tempo – “não vos esqueçais, porém, que vosso trabalho somente frutificará nos próximos dez anos”. E alertava para os obstáculos no exercício desse ideário, dentre eles, o ceticismo e a descrença em relação à educação sanitária (BOLETIM SESP, 1946, p.8).

antes de tudo, representantes do Estado, podendo a qualquer momento usar força policial contra os recalcitrantes” (BASTOS, 1993, p.338).

A preocupação meticulosa com os aspectos didático-pedagógicos, inclusive a utilização de recursos audiovisuais sofisticados para a época, como filmes, teve como fundamento a convicção no poder da educação para a solução dos problemas de uma população marginalizada: escolares das áreas rurais e adultos, sob a tutela de uma sociedade agrária fortemente centrada em lideranças locais, os coronéis.

Nesse período histórico e particular, a educação sanitária atuou como um dos dispositivos para reduzir a vulnerabilidade desses sujeitos. Novamente, o gerenciamento da vida privada foi evocado, trazendo outros deslocamentos sobre os modos de ser e estar saudável. À aquisição da consciência sanitária foi atrelada a necessidade de reverter o *status* econômico desfavorável, considerado como entrave para o desenvolvimento e prosperidade da nação brasileira. Ou seja, os processos de subjetivação procuraram articular a pobreza material às tentativas de inculcar o conhecimento sanitário através da educação sanitária.

Charles Wagley, antropólogo norte-americano que assumiu a Divisão de Educação Sanitária do SESP em 1944, em sua obra *Uma comunidade amazônica*, apresenta o desencontro entre o conhecimento científico e os saberes locais e conclama como papel da educação sanitária, tornar compreensível às pessoas, essa nova racionalidade.

Desse modo, a aquisição desse conhecimento possibilitaria ao *aborigene* da Amazônia a transformação de crenças e atitudes, por exemplo, saber que a transmissão da malária é feita pelo mosquito anófeles e não pelo banho em determinados locais ou pela ingestão de água parada, como se pensava. Neste caso, a solução considerada adequada na época consistia na aplicação do inseticida DDT (FIGUEIREDO, 2004).

Para Agra (2006), a visão e a tradução que Charles Wagley faz do homem amazônico reproduz uma perspectiva imperialista, em que a Amazônia é uma comunidade pobre, atrasada, faminta, dotada de credices absurdas e, portanto, requer a intervenção do

outro para sair dessa ociosidade e estagnação em que se encontrava. A educação sanitária seria assim, uma das possibilidades de se reverter o atraso verificado por Wagley.

A transmissão desses conhecimentos científicos através da educação sanitária rememora a perspectiva da governamentalidade que não se limita a fronteiras, onde ideários, como a questão do desenvolvimento, atravessam os espaços nacionais e procuram promover e desenvolver práticas no cotidiano das crianças e adultos assistidos pelo SESP. O discurso que ressoa através dessa agência binacional tem na prosperidade, seu eixo central. Isto é, o desenvolvimento dessas áreas subdesenvolvidas poderia ser alcançado pela expansão da tecnologia e do estilo de vida do Ocidente desenvolvido<sup>57</sup>. Porém, o modelo preconizado por órgãos internacionais – caso da Organização das Nações Unidas – desconsiderava, ou melhor, ignorava as desigualdades sociais e a distribuição irregular da riqueza, elementos que faziam perpetuar a condição lamentável dessas populações historicamente excluídas.

As PES veiculadas pelo SESP, como recurso e instrumento de transformação dessa realidade de pobreza, tiveram como principais referências a pedagogia renovada de John Dewey, William Kilpatrick e Lourenço Filho. Segundo Oshiro (1988), a psicologia funcionalista possibilitou que as PES buscassem na tríade – motivação, percepção e personalidade – elementos norteadores de sua práxis. Através dessa concepção funcionalista, a educação consistia em desenvolver comportamentos que levam em conta as necessidades dos indivíduos, tendo como fim a sua adaptação à vida social.

Em meados da década de 50, as concepções tradicionais da educação sanitária foi revista a partir da incorporação do acervo das ciências sociais, de técnicas de educação de adultos, cujo lema era a mobilização das forças locais, por meio da criação de uma consciência sanitária.

---

<sup>57</sup> Conforme o ideário do SESP, a saúde é uma condição não apenas de prosperidade para a nação, como também necessária para a manutenção da paz e da segurança, pois “a desigualdade de desenvolvimento dos diversos países no que se refere ao melhoramento da saúde e à luta contra as doenças transmissíveis, é perigo para todos. Ao governo cabe exercer ações que assegurem saúde para o povo (BOLETIM SESP, 1951b, p. 7)”.

Essa nova mentalidade educacional concretizou-se após a inserção do sociólogo José Arthur Rios, em seu quadro de recursos humanos. Sua importância consistiu em acrescer a idéia de cooperação e participação, não apenas no âmbito dos serviços federais e estaduais, mas sobretudo, nos serviços locais, graças ao contato com as autoridades municipais e com as pessoas de influência das localidades (BASTOS, 1993).

Percebe-se então, um deslocamento do conceito inicial da educação sanitária, considerada atividade primordial no trabalho de saúde pública, todavia não mais restrita à mera divulgação de informações científicas ou ao emprego de recursos de propaganda, como audiovisuais. A educação sanitária deixou de ser tão somente uma técnica que a equipe utilizava para ensinar as pessoas a assumirem responsabilidades (BASTOS, 1958).

Assim, longe de procurar resolver os problemas de saúde com o uso de métodos coercitivos, a educação sanitária, segundo Bastos (1958), deveria estimular a participação ativa dos sujeitos para atingir a saúde, como sendo um completo estado de bem-estar mental, físico e social. Sua finalidade principal seria a de “ajudar os indivíduos a alcançarem a saúde, por meio de seus próprios atos e esforços” (BASTOS, 1963, p.106).

Para Bastos e Grossman (1958, p.322), a mudança no conceito de educação sanitária promovido pelo SESP em suas atividades programáticas trazia o seguinte lema: “fazer as coisas para os indivíduos, mas com os indivíduos, ajudando-os a solucionar os seus problemas, envolvendo-os no processo de sua solução”. Tal discurso, que conclamava a participação desse sujeito e de sua comunidade, ainda era permeado de enunciados que atribuíam a esse indivíduo toda a responsabilidade por sua falta de saúde:

Todos são, portanto, problemas de ordem individual e para a sua solução o indivíduo tem de assumir sua própria responsabilidade e esta somente é conseguida através de informação, conhecimentos e participação efetiva, de modo que ele, compreendendo os problemas de saúde, saiba utilizar as facilidades oferecidas pelos órgãos públicos, ou aquelas que eles próprios conquistam com esforço e sacrifícios muitas vezes. Participando diretamente, portanto, da solução dos problemas, o indivíduo torna-se mais interdependente e mais cômico da sua responsabilidade pessoal na prática da defesa da saúde e do bem-estar de sua família, de seus vizinhos e da comunidade em geral, coisa que, no passado, era da responsabilidade do indivíduo isolado (BASTOS, 1958, p.638).

Essa proposta ambivalente, indivíduo-coletivo, agregou outra abordagem à prática sanitária: o trabalho em comunidade, o trabalho em família. Por conseguinte, o SESP passa a desenvolver políticas educativas em saúde voltadas para a comunidade, assumindo como prerrogativa preparar “um profissional capaz de, em mais estreito e permanente contato com o pessoal da saúde, orientá-lo e apoiá-lo nos aspectos educacionais e com condições de motivar as lideranças locais para uma vida melhor” (BASTOS, 1993, p.338).

Os referidos profissionais se integrariam às equipes de saúde em nível local e exerceriam suas atividades com o apoio de projetos de desenvolvimento da comunidade. A proposta era promover um distanciamento do educador em saúde tipo propagandista e do modelo norte-americano elitista, e estimular a participação e a cooperação das pessoas, bem como das organizações municipais ou privadas em programas de construção de redes de serviços de abastecimentos de água, de esgotos e até de postos de saúde.

Com a entrada do sociólogo José Arthur Rios no SESP, em 1953, a proposta da organização ou educação das comunidades expande-se. Para ele, a educação da comunidade é uma modalidade que estimula a participação entre grupos e indivíduos, levando à consciência e à solução conjunta de seus problemas, a fim de se obter o bem comum e a paz social. A finalidade da educação desses grupos é provocar mudanças em suas relações sociais, despertando seus membros para novas necessidades, atingindo o progresso social (OSHIRO, 1988).

Pelo fato de a participação ser pequena nas áreas rurais, em decorrência do processo de opressão histórica, o SESP teria o papel de catalisador, que consistiria em formar e orientar pequenos grupos, desenvolvendo sentimentos de cooperação e de espírito comunitário, a fim de obter sua própria autonomia.

Com isso, a organização da comunidade torna-se a principal estratégia de educação sanitária do SESP, dirigida a grupamentos rurais imaturas, muitos deles desintegrados e vivendo uma decadência econômica. E assim, oferece a possibilidade de mudanças em seu capital cultural e social, pela adoção de novas práticas e tecnologias: vacinas, hábitos de higiene, construção de fossas. O incremento de seus níveis culturais teria importante efeito na redução da pobreza e o avanço do progresso e modernização dessas áreas.

No entanto, de acordo com Fonseca (1989), o trabalho educativo voltado para a comunidade reforçava apenas a dimensão técnica dos problemas vivenciados no local. Em geral, o educador da comunidade promovia a despolitização desses problemas, diluindo os direitos de cidadania apontados pelos líderes. O resultado final pautava-se em uma participação acrítica, com ênfase na responsabilidade individual, como saída para solucionar as questões encontradas.

Ao contrário das considerações apontadas por Fonseca (1989) e Oshiro (1988), que atribuem ao SESP a continuidade de uma concepção saúde-doença individualista e homogeneizante e até impositiva, desqualificando a população, considero a política de educação sanitária promovida pela instituição, inovadora, ao desenvolver todo um aparato organizacional em sua estrutura, inserindo concepções – como a educação da comunidade – e que tiveram outras leituras nas décadas seguintes. A proposta sespiana atingiu uma parte da população comumente abandonada pelos principais órgãos de saúde, que privilegiavam apenas o saneamento do meio de regiões centrais. Além disso, diante do modelo do SESP, a educação sanitária passou a integrar as atividades rotineiras dos postos de saúde, com o auxílio da enfermagem, das visitadoras sanitárias e dos guardas sanitários.

Para Fausto (2005), o modelo de atenção em saúde do SESP pode ser considerado como embrionário na atenção básica domiciliar, envolvendo ações preventivas e curativas, com a implantação de redes hierarquizadas de atenção integrada à saúde. Ainda segundo a autora, o SESP apresentou o primeiro modelo de organização de ações baseado na atenção primária, tendo a educação sanitária como uma das ações mais relevantes. Todavia, conforme aponta Campos, “o Programa de Educação Sanitária do SESP também deve ser entendido como instrumento de fortalecimento do Estado nacional e da ampliação da autoridade pública, na medida em que se constituiu em fator de construção de uma homogeneidade cultural das populações rurais do Brasil” (CAMPOS, 2006, p.2340).

No seguimento, tratarei da organização da educação sanitária na estrutura do SESP, detalhando a respeito da inserção da educação sanitária nos postos de saúde.

## 4.2 A organização da educação sanitária no SESP

Inicialmente, a educação sanitária ficou acomodada na Divisão de Educação Médica, sob a responsabilidade do médico Marcolino Gomes Candau. Em 1944, algumas alterações na administração do SESP desencadearam a criação de uma divisão específica para a educação sanitária, agora dirigida pelo antropólogo norte-americano Charles Wagley.

Apenas em 1952, ocorreu outra modificação no organograma do SESP, sendo a Divisão de Educação Sanitária reorganizada em dois segmentos administrativos – a Seção de Aperfeiçoamento e Bolsas de Estudo e a Seção de Produção de Materiais Educativos – persistindo esta disposição até 1960.

Segundo Bastos (1993), Charles Wagley imprimiu à atividade educativa uma nova feição, voltando-se prioritariamente para o ser homem rural, o homem do interior. As atribuições da divisão comandada por esse texano incluíam a confecção de materiais educativos, atividades de capacitação, consultorias e manutenção de uma biblioteca no escritório central.

As funções da Divisão de Educação Sanitária não tinham caráter executivo, pois as ações educativas em saúde deveriam ser realizadas por toda a equipe responsável. Segundo Bastos e Silva (1953), a divisão teria por objetivos: propor normas gerais para os serviços, fornecer assistência técnicas aos programas do SESP, ajudar na formação e treinamento do pessoal e produzir ou adquirir materiais educativos.

Durante a fase inicial, percebeu-se estreito intercâmbio com especialistas americanos em educação sanitária, fortalecendo a transição de idéias entre os dois países. A visita de Clair E. Turner<sup>58</sup>, professor de educação sanitária do Instituto de Tecnologia de

---

<sup>58</sup> Clair Elsmere Turner (1890-1974) biólogo e educador em saúde. Suas pesquisas iniciais abordaram a saúde escolar. Suas concepções filosóficas podem ser exemplificadas através da seguinte frase: Sua saúde depende, não apenas do que você conhece, mas também do que você faz (tradução minha). Entre outros, escreveu os seguintes livros: *Personal and Community Hygiene* e *Personal Hygiene*. Sua perspectiva pragmática se

Massachusetts, em 1944, acompanhado de Charles Wagley, exemplifica a interação de especialistas com a equipe do SESP e a comunidade, representada por autoridades municipais, professoras primárias e ‘gente do povo’. A visita de Clair E. Turner ao estado do Pará constituiu-se em uma das missões de reconhecimento, procurando observar o que estava sendo feito para elevar os níveis de educação, além de prestar auxílio técnico aos programas de educação sanitária no Brasil (BOLETIM SESP, 1944a).

Partindo da premissa de que era necessário inculcar no homem amazônico os temas de higiene, Charles Wagley viajou a Los Angeles, para uma reunião com o famoso desenhista Walt Disney, a fim de orientá-lo sobre a confecção de filmes educativos. A idéia consistia em levar filmes às populações da zona rural, que tratassem de temas sobre saúde e assim explicar a uma população analfabeta, o que seria, por exemplo, uma bactéria. Segundo o Boletim SESP (1944b), os desenhos de Disney explicavam de modo simples, prendendo a atenção do público-alvo, com seus desenhos animados cheios de graça.

Como o SESP implementou um sistema pioneiro de atenção primária em saúde, por meio de centros e de postos de saúde<sup>59</sup> a educação sanitária foi integrada nesse formato de atenção básica. Em 1942, na região do Amazonas, já existiam cerca de 30 distritos sanitários, cada um com seu respectivo centro de saúde, equivalente a um departamento de saúde local. Nestes centros, eram prestados serviços curativos e preventivos, sendo a campanha educacional a coluna mestra: “levada a efeito principalmente pelos guardas e visitadoras, em seu contato pessoal com os habitantes, esse sistema tem sido o mais efetivo em seus resultados práticos [...] dos métodos auxiliares constam os cartazes e filmes educativos” (BOLETIM SESP, 1945b, p.11).

---

fundamentava na mudança de hábitos, pois somente o conhecimento não seria capaz de melhorar a saúde do indivíduo. Clair Turner foi presidente da Associação Americana de Saúde Escolar, o primeiro presidente da Sociedade de Educadores de Saúde Pública e também o primeiro presidente da União Internacional de Saúde. Atuou também como professor de educação em saúde na Escola de Saúde Pública da Universidade da Califórnia, em Berkeley (SORENSEN, 1987).

<sup>59</sup> No artigo publicado por Nilo Chaves de Brito Bastos e Orlando José da Silva, com o título *Programas Educativos nas Unidades Sanitárias do Serviço Especial de Saúde Pública* (1953), após reorganização da estrutura dos Programas do SESP, em 1952 (PINHEIRO, 1992), os centros de saúde e postos de higiene passaram a ser denominados de unidades sanitárias, apresentando níveis crescentes de complexidade quanto aos serviços prestados, entre os quais, a educação sanitária.

Os distritos sanitários<sup>60</sup> tinham na equipe, pelo menos um médico sanitarista, um engenheiro, uma enfermeira e um auxiliar de educação sanitária, todos trabalhando em tempo integral e sob a chefia do médico, reafirmando sua posição hegemônica. A cada distrito caberia o papel de supervisionar as unidades sanitárias – centros e postos de saúde – bem como algumas unidades hospitalares (BASTOS; SILVA, 1953).

Em conformidade com o modelo sespiano, as práticas educativas deveriam ser exercidas por todos os profissionais do distrito sanitário e da unidade sanitária. Cada componente da equipe seria um educador sanitário, dotado de um *modus operandi* e disposto a seguir uma filosofia, a filosofia do educador sanitário:

Como educador sanitário:

- 1- Compreenderei que todas as pessoas da minha unidade sanitária fazem educação sanitária e que minha principal tarefa é ajudá-las a fazê-lo da maneira mais eficiente possível.
- 2- Terei um sincero interesse pelo povo e seus problemas.
- 3- Terei fé na minha tarefa e na sua execução agirei democraticamente.
- 4- Tratarei os outros como gosto de ser tratado.
- 5- Estarei sempre disposto a servir à minha comunidade e a todos os outros membros da unidade sanitária.
- 6- Agirei sempre como um bom exemplo dos princípios pelos quais me bato.
- 7- Não me importarei para quem caberão as glórias de uma realização, contanto que a coisa seja feita.
- 8- Compreenderei que a verdadeira educação envolve a motivação para a ação e não apenas a mera divulgação da informação.
- 9- Reconhecerei que ajudar as pessoas a aprender como fazer as coisas é mais útil que fazer as coisas para elas.
- 10- Respeitarei as habilidades e contribuições do público tanto quanto as do pessoal profissional.
- 11- Procurarei conquistar o público para o trabalho do programa de saúde, pois a verdadeira educação é um processo mais ativo que passivo e o povo aprende melhor fazendo.
- 12- Estimularei sempre a conduta humana e aplicarei tais conhecimentos no meu trabalho.
- 13- No meu trabalho de todo dia aprenderei e aplicarei os princípios da boa higiene mental.
- 14- Desenvolverei uma filosofia definida de vida e de educação.
- 15- Estarei sempre disposto a dar ao meu trabalho mais que o normal.

---

<sup>60</sup> Em 1953, o Programa da Amazônia contava com os distritos sanitários de Belém, Santarém, Igarapé-Açu e Manaus. Nesse Programa do SESP, o distrito de Manaus contava com o maior número de unidades sanitárias, sendo ao todo vinte e quatro unidades. Já o Programa do Nordeste, apresentava os distritos sanitários de Alagoa Grande, Palmares, Penedo e Próprio. O Programa da Bahia tinha apenas os distritos de Ilhéus e Juazeiro. E o Programa de Minas Gerais, os distritos do Rio Doce, São Francisco e Colatina (BASTOS; SILVA, 1953).

- 16- Manterei um espírito alerta e pesquisador.
- 17- Estarei sempre ativamente interessado em aumentar os meus conhecimentos profissionais.
- 18- Serei mais uma pessoa disposta a ouvir do que sempre disposta a emitir opiniões.
- 19- Manterei sempre bom humor e não me tornarei demasiadamente sério.
- 20- Cooperarei com outros campos reconhecendo que a melhoria constante da saúde pública deve ser acompanhada por conquistas na educação, na agricultura e no padrão geral da vida (BOLETIM SESP, 1951a, p.8).

Desse modo, Bastos e Silva (1953) descreveram as atribuições individuais de cada componente, a respeito de suas funções educativas. Ao médico caberia a função de elaborar conjuntamente com a equipe o programa de educação sanitária, supervisionar, facilitar recursos para a execução das atividades, estimular os demais componentes e promover reuniões para discutir as ações realizadas.

O engenheiro teria como principais funções, aquelas referentes ao saneamento do meio. Além de supervisionar a equipe de enfermagem, a enfermeira seria responsável pela formação inicial de auxiliares como as visitadoras sanitárias e ainda pela formação continuada desses profissionais. No caso do auxiliar de educação sanitária, as atividades de execução incluíam, desde o auxílio na elaboração de cursos de educação continuada, até a distribuição de materiais educativos: livros, folhetos e cartazes.

Papel especial relevante e supervisionado pela enfermagem foi a participação das visitadoras sanitárias. Eram “os elementos educacionais da unidade sanitária”, cabendo a elas realizar as visitas domiciliares e rotineiras, ouvindo atenciosamente “os anseios e as queixas das famílias”, devendo aconselhar e orientar o povo (BOLETIM SESP, 1951c, p.5).

Pela perspectiva do SESP, o papel educativo das visitadoras sanitárias realizava-se devido ao “estreito contacto com o povo”, de modo a “adquirir sua confiança e amizade, para então, educando-o, interpretar junto a cada membro da comunidade os sadios propósitos de nosso Serviço” (BOLETIM SESP, 1947a, p.1). A abnegação esperada das visitadoras e seu papel em combater o abandono é a tragédia do homem rural, plasmado de

doenças, podem ser claramente ilustrados pelo discurso do médico Ernani Braga, paraninfo da turma de visitadoras, na cidade de Colatina, Espírito Santo:

Sois dignas representantes do Vale do Rio Doce, posto que fostes trazidas de diversas de suas florescentes localidades. Conhecei, portanto, o terreno que ides palmilhar e sabeis melhor do que ninguém as dificuldades que ides encontrar. Tendes agora um cabedal de conhecimentos técnicos perfeitamente adequado às tarefas de que sereis incumbidas. A vossa capacidade, no que se refere ao trabalho de enfermagem de saúde pública, especialmente na sua parte educativa, já foi posta à prova através do período de treinamento a que fostes submetidas. Estais, portanto, em condições de receber os honrosos certificados de conclusão deste curso e a ingressar num dos quadros técnicos do Programa Rio Doces, o das *Visitadoras Sanitárias* (BOLETIM SESP, 1947a, p. 2).

Todavia, as atividades educativas realizadas dependiam do porte da unidade sanitária e da presença de profissionais de saúde. No subposto e postos médicos<sup>61</sup>, as atividades educativas realizadas eram: palestras, esclarecimentos e conselhos individuais, distribuição de materiais educativos, demonstrações, projeções, visitas domiciliares, elaboração de projetos, como implantação de hortas, orientação de clubes de saúde e campanhas de vacinação.

Já as unidades sanitárias tipo C<sup>62</sup> contavam com vários profissionais: médico sanitarista, médico clínico, dentista, enfermeira, visitadora sanitária, auxiliar hospitalar, auxiliar de saneamento, atendente, encarregado do lactário, secretária-caixa, encarregado do registro, auxiliar de escritório e servente. Assim as atividades educativas apresentavam ações mais complexas, atingindo outras clientelas.

Nessas unidades sanitárias, as atividades educativas incluíam, além daquelas já citadas anteriormente: reuniões de pessoal; cursos para curiosas, gestantes, pais, escolares e professores; exposições; concursos; implantação de bibliotecas; organizações de grupos,

---

<sup>61</sup> O posto médico era comandado por um médico, que também realizava visitas periódicas ao subposto.

<sup>62</sup> As unidades sanitárias do SESP eram classificadas quanto ao nível crescente de complexidade dos serviços prestados: subpostos e postos de saúde, unidade sanitária tipo A, unidade sanitária tipo B e unidade sanitária tipo C (BASTOS; SILVA, 1953). No artigo citado, os autores ainda apresentaram um organograma de centro de saúde, que teria um nível de complexidade superior à unidade tipo C, porém as diferenças quanto à estrutura e organização eram muito pequenas e até irrisórias.

como associações, clubes e grêmios; comemorações de datas especiais; atividades voltadas para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, atividades de higiene materna e higiene infantil; cursos para noivas, atividades sobre higiene mental; trabalhos manuais e economia doméstica; atividades de higiene dos matadouros, mercados, açougues e estabelecimentos de gêneros alimentícios; higiene pré-escolar e escolar e higiene da boca.

Sob essa perspectiva, a educação sanitária realizada nas unidades sanitárias estendia-se a diferentes espaços, tais como, os domicílios, as escolas e a própria unidade sanitária. Além das atividades educativas, para as unidades sanitárias do SESP ocorriam as atividades de administração, inquéritos e estatísticas, investigações epidemiológicas e ambulatório (BOLETIM SESP, 1945a).

#### 4.3 Os métodos educativos em saúde do SESP

Para o SESP, os problemas de saúde poderiam ser resolvidos por meio das PES e, portanto, a eficácia de seu programa de educação sanitária dependia, consideravelmente, da utilização de materiais e métodos educativos para suscitar no homem brasileiro a consciência sanitária, a fim de que “possa usufruir das vantagens que lhe podem ser conferidas pelo regime político democrático e assim possa ele cooperar na formação dos alicerces da Nação” (BOLETIM SESP, 1951b, p.7).

A educação sanitária inicialmente reproduziu os métodos tradicionais, com o emprego de cartazes, folhetos, palestras e conselhos de saúde, mas já foi possível atentar para a incorporação de outros recursos, como o rádio<sup>63</sup>, o cinema e os diapositivos ou *slide sounds*.

---

<sup>63</sup> Em colaboração com o Serviço de Radiodifusão Educativa do Ministério da Educação e Saúde, o SESP inaugurou o programa radiofônico chamado Rádio Teatro da Saúde, sendo produzidos vinte e seis programas, que tratava de um problema de saúde. Os programas de rádio eram gravados e oferecidos gratuitamente às emissoras comerciais e aos inúmeros serviços de alto-falantes existentes na região. Esses programas também eram tocados nas escolas e em reuniões com o povo local. O tempo máximo de cada programa não ultrapassava 20 minutos (BOLETIM SESP, 1949).

Em relatório sobre as atividades da educação sanitária, verificamos o investimento no emprego da propaganda sanitária, como o principal dispositivo para levar aos habitantes do Amazonas e do Vale do Rio Doce, os saberes da higiene. Até agosto de 1947, foram confeccionados 133 mil cartazes, cuja distribuição deu-se por intermédio das unidades sanitárias do SESP. Esses cartazes tratavam de temas locais, como a malária e a opilação ou ancilostomíase e de higiene – “Mãos sujas”, “Matem as moscas” e “Alimente-se bem” (BOLETIM SESP, 1948).

A produção de folhetos e boletins alcançou um total de 722 mil exemplares, tratando também de temas regionais ou narrativas de pequenas histórias, como a “História de Maria Pernilonga”, que contava o processo de transmissão da malária pelo mosquito anófeles.

As PES veiculadas pelo SESP podem ser compreendidas na fase inicial da educação sanitária, como constituintes de sujeitos docilizados, legitimando apenas o saber científico, em detrimento dos saberes locais dessa população do sertão brasileiro, sem assistência alguma.

Pinheiro *et al.* (1948) descreveram os dois princípios básicos que deveriam nortear qualquer campanha sanitária: os recursos com a palavra escrita, na forma de folhetos, cartazes e boletins, não deveriam ser utilizados isoladamente, por causa dos altos índices de analfabetismo nas regiões rurais assistidas pelo SESP; em segundo lugar, as escolas primárias deveriam ser o ponto de partida de qualquer campanha educativa, visto que a maioria das crianças de 7 a 13 anos freqüentava essas escolas.

Contudo, o emprego de tais recursos não foi abandonado, pois o material gozava de certo privilégio entre os moradores dessas regiões. Desse modo, a solução encontrada foi utilizar linguagens simples, com textos reduzidos, sem muitos detalhes técnicos, com fotografias e desenhos, mostrando realmente o que se desejava transmitir (BASTOS, 1993).

Como essas estratégias educativas eram um dos pilares do modelo sespiano, os métodos eram minuciosamente descritos aos profissionais de saúde, para que pudessem aplicá-los com eficácia. O formato prescritivo pode ser verificado no artigo de Jacques

Noel Manceau<sup>64</sup> *et al.* (1948), que relatava o papel da palestra como instrumento educativo. A pesquisa ilustrava com clareza as concepções seespianas sobre saúde e educação, além do papel relevante do médico no exercício da educação sanitária – “mesmo quando esse trabalho de educação é realizado por outros técnicos, como enfermeiras, educadoras sanitárias, visitadoras etc, é ainda ao médico que compete determinar o que deve ser ensinado ao povo” (Manceau *et al.*, 1948, p.713). O papel central do médico na educação sanitária devia-se ao fato de que esse profissional ocupava posição de prestígio entre os moradores das zonas rurais.

Dentre as recomendações dos autores para a realização da palestra, estavam: convidar as pessoas, utilizando cartazes exibidos nas unidades sanitárias ou com a ajuda das visitadoras sanitárias; as escolas constituem-se o espaço mais adequado para empregar o método; escolher assuntos que despertem a atenção<sup>65</sup> e sejam de interesse do público; escolher, preferencialmente, ambientes fechados para a realização do evento; o melhor horário para atrair o público adulto é após o jantar; o limite máximo de tempo de exposição é de 45 minutos e o número de ouvintes deve ser pequeno, no máximo 20 pessoas.

Outras sugestões foram acrescentadas pelos autores, de maneira a se utilizar outros recursos, como demonstrações e projeções. As últimas deveriam ser feitas somente após a palestra, contribuindo para reforçar o tema abordado pelo ministrante e evitando o esvaziamento do local, antes da apresentação do ‘cineminha prometido’.

---

<sup>64</sup> Os autores desse artigo apresentado no VII Congresso Brasileiro de Higiene, na cidade de São Paulo, em 1948, com exceção de Orlando José da Silva e Edward Catete Pinheiro, atuaram como superintendentes da Fundação SESP: Jacques Noel Manceau, superintendente entre 01/06/1964 a 22/08/1967; Nelson Luiz de Araújo Moraes, superintendente entre 23/08/1967 a 25/02/1969 (PEÇANHA, 1976). O médico Edward Catete Pinheiro, além de sua função no SESP, foi Ministro da Saúde, em 1961. Já o médico Jacques Noel Manceau exerceu a direção do Serviço Federal de Bioestatística do Ministério da Saúde, em 1961 (PINHEIRO, 1992).

<sup>65</sup> “Como exemplo de palestra, apresento o seguinte título é *A responsabilidade de cada um na conservação da saúde*. A saúde é um bem que todos devem possuir. A conservação da saúde depende muito da vontade de cada um. O governo, o médico e a visitadora não podem estar a todo o momento ao lado de cada pessoa, acompanhando-a por toda a parte e vigiando seus atos para obrigá-la a cumprir os conselhos que lhe foram dados sobre higiene. Cada um deve ser seu próprio vigia. Cada um deve cumprir os conselhos dados. Procure compreender a razão destes conselhos. Verá que o médico e a visitadora querem o seu bem. Eles são seus amigos. Ajude o governo, o médico e a visitadora, seguindo os seus conselhos sobre higiene” (MANCEAU *et al.*, 1948, p.718).

Já bem no início das atividades do SESP no Brasil, em 1944, sob o comando de Charles Wagley, a Divisão de Educação Sanitária procurou nos métodos de comunicação de massa, entre os quais, o cinema, a saída para conseguir resultados que divulgassem com rapidez, as mensagens educativas sobre saúde, rompendo com os obstáculos decorrentes do baixo índice de escolaridade encontrado nas áreas rurais. Diante disso, passou a agregar em seus quadros vários especialistas em comunicação: artistas, desenhistas, redatores, técnicos de educação, de cinema e radiodifusão.

Como iniciativa de implementar o uso de audiovisuais, o SESP considerou inicialmente o cinema, como recurso educativo<sup>66</sup>. No entanto, em decorrência de seu elevado custo, dificuldades em se obter eletricidade nos locais de projeção, aparelhagem complexa e cuidados no transporte do equipamento, optou-se pelo emprego de diapositivos ou slides sonorizados, como alternativa.

Pinheiro *et al.* (1948) descreveram com pormenores a preparação e o custo desses diafilmes sonorizados, que também incluíam um roteiro. Inicialmente era preciso escolher o assunto, preparar a história, fazer a fotografia e a filmagem, para depois, finalizar a gravação. Alguns detalhes eram necessários para assegurar que o recurso se enquadrasse como educativo, por exemplo, construir frases simples, evitar cenas cômicas e a apresentação não deveria exceder o tempo de 15 minutos.

A escolha dos diafilmes sonorizados também encontrava apoio quanto ao custo da produção, infinitamente menor que o do cinema, além do prazo de confecção ser reduzido a dois meses ou menos. Segundo Pinheiro *et al.* (1948), tais recursos serviam de base para as campanhas de educação sanitária, atingindo grandes grupos de indivíduos, principalmente os escolares, as pequenas comunidades e os residentes nas zonas rurais.

Diante desses métodos da educação sanitária como, então, esses sujeitos recebiam e ressignificavam as informações sobre saúde? Para Pinheiro *et al.* (1948), o 'caboclo' não

---

<sup>66</sup> No Boletim do SESP (1951e), a Divisão de Educação Sanitária do SESP comunica aos interessados quatro novas produções de filmes, todos de 16 mm. O primeiro, com o título de *Dentes*, possui 11 minutos de projeção. O segundo, *Maneco, o Sabido*, trata da construção de fossa simples. O terceiro, que se intitula *Limpeza e Saúde*, aborda em 7 minutos o cuidado que se deve ter com o lixo. E por último, o filme *O que se deve saber sobre a Raiva*, apresenta em 8 minutos de projeção, as várias da doença no cão e as medidas preventivas que o homem deve adotar. Todos os filmes eram falados e em preto e branco.

raciocinava com a devida rapidez para compreender o que lhe era apresentado pelo cinema. Seu olhar se prendia a detalhes do filme, deixando, assim, de compreender o assunto como um todo:

Temos observado também que o caboclo ri com muita facilidade, a propósito de cenas destituídas aos nossos olhos de qualquer comicidade. Por exemplo, o simples aparecimento de uma voz feminina, onde os diálogos ou explicações vem sendo feitas por vozes masculinas, é motivo de grande hilaridade; a cena de uma pessoa que mergulha uma lata no rio para enchê-la d'água é para ele cômica, apesar de ser observada freqüentemente na vida real. As gargalhadas chegam a abafar a voz do locutor prejudicando a exibição (PINHEIRO *et al.* 1948, p.922).

Em outro momento, o antropólogo Darcy Ribeiro relatou que após a apresentação de diafilmes sobre o mosquito transmissor da malária, um caboclo teria afirmado a Charles Wagley que ele estava equivocado e não tinha com que se preocupar, pois na Região Amazônica não existiam mosquitos daquele tamanho. Segundo Rosa (1997), a imagem veiculada do inseto encontrava-se ampliada em relação às suas dimensões naturais e demonstrava as outras re-elaborações de um conhecimento científico, bem como as reações de uma população aos modernos recursos tecnológicos trazidos pelo estrangeiro.

Para Meyer *et al.* (2006), o componente individual da vulnerabilidade precisa considerar as representações sobre as formas de ser e estar com saúde que cada indivíduo tem de si. E assim, no exemplo acima, verifiquei que as concepções sobre o caboclo do Amazonas, já estavam construídas pelo outro. Seus saberes locais não foram considerados, sua história de vida não foi incluída nesse processo educativo, que deu pouca visibilidade às outras dimensões desse ser humano, privilegiando PES alicerçadas na pedagogia da informação e nos saberes biomédicos.

Por sua vez, o médico Nilo Bastos (1993) discorreu sobre o poder midiático dos recursos audiovisuais empregados pelo SESP. Segundo o autor, uma exposição de diafilmes foi apresentada em uma festa religiosa. Já no dia seguinte, constatou-se que um contingente de pessoas, acima do normal, procurou a unidade sanitária da cidade para pedir auxílio médico sobre as doenças, como a malária.

Em 1958, Bastos, Grossman e Medina realizaram testes para avaliar os folhetos que tratavam do tema diarreia. Em geral, as respostas obtidas eram evasivas, elogiosas e demonstravam passividade:

– A senhora leu todo o folheto?

– Sim, senhor.

– Eu gostaria de conversar um pouco consigo sobre esse folheto. Precisamos da sua ajuda, para mostrar-nos se há alguma parte pouco clara ou confusa...

– Está tudo muito claro, sim senhor.

– É que nós trouxemos para Pirapora apenas alguns desses folhetos e queríamos conversar com algumas mães, para sabermos o que devemos modificar, antes de fazermos um número maior, que será distribuído em todos os lugares onde o S.E.S.P. trabalha.

– Sim, senhor.

– A senhora achou alguma dificuldade na leitura, ou alguma coisa não lhe agradou?

– Está muito fácil. Todas as mães deviam saber disso. Está muito bom.

– A senhora leu todo o folheto? Poderia me dar um resumo, uma explicação geral do que achou mais importante.

– É que devemos dar tudo limpo para a criança.

– Nem sempre a gente pode, não é verdade?

– Mas deve, não é? A mamadeira, a comida, não deixar botar as mãos sujas na boca...

– A senhora achou que há muita coisa no folheto, que podia ser menor?

– Não, tudo está muito bom.

– É que, às vezes, a mãe não tem tempo para ler, e se fosse menor, seria mais fácil?

– Não: é bom ler essas coisas. Até depois do almoço, quando a gente descansa. É preciso que as pessoas que sabem nos ensinem.

– A senhora acha que as letras deviam ser diferentes, menores, maiores?

– Está muito bom assim. Eu compreendi tudo.

- Mas talvez, para outras mães, aqui em Pirapora, outra letra fosse melhor.
- Acho que está muito boa, mesmo para quem mal sabe ler.
- E se fossem coloridas?
- Preto e branco é melhor. Nós estamos acostumadas. O colorido pode atrapalhar.
- E se o fundo fosse colorido
- Não entendi, senhor.
- Se esta parte branca fosse colorida?
- Vai nos dar mais trabalho para ler (BASTOS; GROSSMAN; MEDINA, 1958, p. 305).

Através das respostas desse inquérito, seria possível perceber subordinação, concordância, ausência de criticidade, e dificuldade em compreender o texto, já que a leitura era limitada? Ou estratégias de resistência, em relação à opressão vivenciada por muitos anos, o que pode ter contribuído na constituição de sujeitos silenciados, possivelmente estabelecendo porosidades nas relações de dominação em termos de classe social, gênero, dentre outros?

A utilização desses testes demonstrou um deslocamento da educação sanitária realizada pelo SESP para os adultos, como alvos dessas ações, que antes privilegiava as crianças e os escolares. Assim, segundo Bastos e Grossman (1958), as pesquisas da época comprovaram que os adultos podiam aprender, apenas bastaria estimulá-los a aceitar os conhecimentos e incorporá-los em suas vidas.

Sob essa prerrogativa, todos os métodos utilizados na educação de adultos deveriam seguir os seguintes princípios: tornar esses sujeitos conscientes de suas necessidades individuais e da comunidade e dar a educação necessária para que eles possam encontrar suas próprias soluções.

Desse modo, percebe-se que ao longo do período estudado, algumas perspectivas sobre as PES sofreram mutações, ou seja, partindo de uma metodologia mais tradicional para enfoque sobre a educação da comunidade. Mesmo em relação aos métodos

tradicionais, como as palestras, os recursos audiovisuais encontraram visibilidade e relevância, diante do avanço do cinema no Brasil e no mundo. Se no início, a educação sanitária focalizava apenas as crianças e os espaços escolares, na década de 50, os adultos passam a ser considerados como atores ativos no processo educativo. Assim, os métodos empregados pelo SESP, nas atividades educativas em saúde, espelham uma dinâmica permeada de novos saberes, principalmente aqueles oriundos da psicologia e da sociologia funcionalista.

#### 4.4. A educação sanitária nas escolas e os clubes de saúde: saúde, trabalho e alegria para viver melhor dia-a-dia

Sob o prisma do SESP, as escolas tiveram papel relevante como espaços educativos para que se criasse a consciência sanitária. Com a educação sanitária, seria possível fabricar novas subjetividades, “visando à educação moral e cívica pelo estímulo dos verdadeiros ideais de solidariedade humana, amor à Pátria e cooperação para o trabalho em bem da comunidade” (BOLETIM SESP, 1946a, p.1).

Segundo Bastos (1993), o SESP, desde o início de suas atividades, procurou ampliar os espaços de atuação da educação sanitária, antes restritas aos serviços de saúde, avançando também para o ambiente escolar, centro irradiador e que alcançaria não apenas os estudantes, mas os pais e a própria comunidade.

O papel da escola como local que prepara as gerações para o futuro compõe um dos discursos sobre as PES sespianas. A educação sanitária na escola seria um dos componentes da educação sanitária, se realizada pela equipe da escola, tendo a colaboração dos profissionais de saúde que atuavam nas unidades sanitárias: o médico e a visitadora sanitária.

Sendo assim, a escola assume papel importante na implementação das estratégias educativas em saúde promovidas pelo SESP, pois “como agência da qual dependemos para

maior eficiência no fazer de nossos propósitos e ideais democráticos, uma realidade social sempre e sempre mais efetiva, mais humana e mais universal” – cabendo portanto à escola grande responsabilidade na educação sanitária dos escolares (BOLETIM SESP, 1951c, p.6).

Como promover hábitos sadios em uma população desassistida, como os habitantes do grande Amazonas? Para o SESP, o ensino da higiene nas escolas rurais precisaria considerar a situação social e cultural dos escolares, pois a imposição contundente de teorias educacionais, bem como a imposição dessas doutrinas, redundaria em fracasso.

O enfoque na escola primária rural e a construção de parcerias entre o SESP, a comunidade e essas escolas tem como elemento norteador de suas ações, o fato de que o “menino que passar por ela, muitas vezes, vai chegar a ser homem, sem ter além da escola primária outra instituição cultural que contribua a formar sua personalidade” (BOLETIM SESP, 1951c, p.7).

A infância, mais uma vez, assume papel relevante nesse momento inicial das ações sespianas no Brasil, pois a visão que se tem da escola primária recoloca esse espaço como privilegiado para legitimar e desencadear o processo civilizatório do sertão brasileiro, ainda abandonado e não civilizado:

Na escola primária, admitindo-se que o êxito da higiene se afere pela influência que ela exerce na conduta da criança, é forçoso concordar que a administração de conhecimentos sobre saúde no âmbito primário deve subordinar-se à formação de hábitos recomendáveis [...] A infância é a idade de ouro para a educação, pois além da plasticidade cerebral que caracteriza a sua personalidade, a sua mentalidade não se apresenta atingida pelas influências maléficas de credices e superstições [...] Reunidas na escola onde passam a viver em coletividade sob uma orientação sadia, as crianças adquirirão aqueles hábitos que repetidos continuamente, permanecerão definitivamente (BOLETIM SESP, 1951c, p.6).

O ensino da higiene ficaria sob a tutela do professor, que além das palestras proferidas sobre o assunto, deveria realizar a revista matinal de asseio, a fim de estimular a formação de hábitos saudáveis, pois, segundo o SESP, “as crianças que acorrem às nossas

escolas do interior em sua maioria, são filhas de trabalhadores rurais, operários etc, que se apresentam em péssimas condições de saúde, ignorando inteiramente os mais elementares hábitos de higiene” (BOLETIM SESP, 1951c, p.7).

Se o processo civilizatório depende em parte do professor, como então contribuir para formar sujeito tão indispensável para o ensino da higiene e da saúde em uma comunidade rural?

Para o SESP, os professores geralmente apresentavam uma formação deficitária e insuficiente. Para colaborar na expansão das atividades educativas em saúde, a parceria com o professorado seria indispensável, porém “nosso professores não estão afeitos aos problemas de Saúde Pública, e assim não se encontram à altura de fazer realizar um programa amplo sobre o assunto no seio das classes estudantis” (BOLETIM SESP, 1951c, p.8). Diante disso, a solução sespiana foi introduzir cursos rápidos para as professoras da zona rural, geralmente ministrados nas cidades maiores, como Manaus e Belém e, quando retornavam, estabelecia-se um laço de amizade e cooperação entre a escola as unidades sanitárias do SESP.

Em 1945, o Boletim do SESP (1945b) divulga a realização de cursos de educação sanitária voltados para a formação de professoras primárias rurais nas cidades de Vitória, Belém e Manaus. Tal relato permite atentar para alguns detalhes que envolviam a capacitação das professoras, a saber: os cursos ocorriam no período de férias dos professores, em intervalo não superior a 20 dias; eram realizados em período integral, manhã e tarde; os próprios funcionários do SESP ministravam as aulas<sup>67</sup> e, por ocasião do término, as professoras preparavam relatório com planos de trabalho para o próximo ano letivo. No Boletim do SESP (1947), trechos de um relatório foram transcritos, descrevendo as condições físicas da sua escola, bem como as suas propostas de implementação da higiene:

---

<sup>67</sup> O primeiro curso foi realizado em Manaus, em janeiro de 1944, sendo planejado pelo Dr. Clair E. Turner e o Dr. Orlando José da Silva. Participaram cerca de 20 professoras do interior do Amazonas, mais 25 professoras ouvintes da capital amazonense.

O estabelecimento em que exerço o magistério é um prédio muito bonito, porém vive completamente abandonado, nem uma pessoa que zele pelo asseio e arranjo do mesmo. Quanto ao mobiliário é paupérrimo, para 7 salas há apenas 30 carteiras, isto no máximo. Quanto à Higiene, acho imensa dificuldade para mantê-la devido o próprio estabelecimento de ensino ser anti-higiênica. Não há nenhum aparelho sanitário, nem lavatórios. Porém pretendo melhorar a situação fazendo lavatórios improvisados com alguidar, bacia ou cuia, que é para os meninos acostumarem-se a lavar as mãos antes e depois da merenda. As carteiras são inteiramente anti-pedagógicas. Diariamente farei a inspeção dos alunos, verificando a higiene corporal (cabelos, unhas, dentes, mãos e vestuário) e também se estão dispostos, se não apresentam sintomas de qualquer doença. No princípio do ano letivo, isto é, depois de se efetuar a matrícula dos meninos, levantarei o quadro de observação de cada um procurando selecioná-los e vacinar os que ainda não foram. Sempre procurarei fazer uma palestra minuciosa sobre o mosquito que transmite a Malária, doença que assola a cidade. Com exemplos, procurarei incutir a todos o uso de mosquiteiros. Brevemente nessa cidade será empregado o D.D.T. e então terei oportunidade para palestrar sobre sua composição e seu efeito que não é permanente, tendo a duração de quatro meses. Serve para matar baratas, moscas e outros insetos, porém o fim empregado pelo S.E.S.P. é para a extinção do mosquito, transmissor da malária (BOLETIM SESP, 1947, p.10).

Os cursos eram realizados em parceria com os órgãos estaduais de ensino, sendo ofertada, nesse período, uma bolsa de estudo. O programa apresentava os seguintes conteúdos: doenças transmissíveis, saneamento básico, saúde escolar, agricultura e técnicas de educação sanitária. No relatório anual de 1948, o SESP declarou que cerca de 259 professoras primárias frequentaram os cursos de educação sanitária.

Assim, as professoras retornavam às suas escolas e um movimento de coalizão em prol da saúde se organizava. As unidades sanitárias e todo o pessoal envolvido nas educação sanitária passava a contar com o apoio do professorado, cujo relacionamento se estreitava através de reuniões, mesas redondas, empréstimos de livros, distribuição de folhetos e panfletos ou quaisquer materiais educativos que pudessem contribuir para as PES.

Para o SESP, o papel educativo da escola na comunidade deveria considerar a participação e também o recrutamento dos pais, na implementação das PES. A educação sanitária deveria extrapolar seus limites, avançando pelos espaços não formais e invadindo os lares sem, entretanto, atuar de modo coercitivo, mas possibilitando que “os conselhos

adquiridos pelos escolares tenham ressonância nas suas casas onde geralmente não o encontra” (BOLETIM SESP, 1951c, p.7).

Mais uma vez, o modelo civilizatório sespiano apregoava a importância de se estabelecer contatos e estreitar laços, através de reuniões com os pais, formalizadas nos círculos de pais e mestres, pois:

Os pais devem ser chamados não somente para participar ativamente do programa de Educação Sanitária Escolar, como também de qualquer campanha de Saúde Pública, pois assim eles terão oportunidade de sentir a possibilidade de solucionar no lar, problemas que venham dificultando a vida sadia e feliz (BOLETIM SESP, 1951c, p.7).

Além do envolvimento dos pais, a proposta do SESP para a educação sanitária foi criar os Clubes de Saúde, agregando os alunos dos grupos escolares, “oferecendo à mocidade das escolas primárias não somente os estímulos necessários para manter e desenvolver o entusiasmo de todos, como também os elementos de defesa contra os inimigos da saúde” (BOLETIM SESP, 1946, p.1).

Os Clubes de Saúde foram inspirados na experiência de Carlos Sá com o Pelotão de Saúde nas escolas do Rio de Janeiro. A estratégia do SESP foi romper com a falta de espírito coletivo da população rural e assim, despertar uma consciência coletiva, em prol da comunidade, pois “se não é possível tornar mais eficiente a ação da escola sem urbanização, impossível seria a ação educativa sem que fosse primeiramente disposto o trabalho de forma a despertar uma mentalidade coletiva” (BASTOS, 1993, p.331).

Para o SESP, para o homem amazônico as obras sociais e públicas são atribuições do governo, logo, a participação dessas comunidades rurais é insuficiente, sendo necessários os Clubes de Saúde, ajudando a criar e fabricar uma nova subjetividade que considere relevante a participação de todos na construção de uma nação mais solidária e permeada de preceitos democráticos:

É de ressaltar o critério que está presidindo à fundação desses clubes de saúde pela idéia de liberdade que desde o início os instituidores de tão magnífico programa estão dando às crianças, pois somente são alistados como membros dos clubes de saúde os adolescentes que espontaneamente assentirem, sem qualquer compressão

estranha. Com essa atitude, sob todos os pontos elogiável, os resultados têm sido plenamente satisfatórios, pois raras são as crianças, cujos sentidos estão despertando para os grandes problemas nacionais que não manifestem, desde logo, desejo de filiar-se aos clubes de saúde (BOLETIM SESP, 1945c, p.7).

No artigo de Manceau *et al.* (1948) que trata dos Clubes de Saúde, seus princípios, sua organização, as atribuições dos líderes, das escolas, de um modelo de estatuto, reforçam e fazem circular as concepções de que o ser humano deve agir conscientemente, em favor da comunidade, para encontrar soluções, não dependendo apenas do governo, mas da liberdade que agora presencia, tornando possível conquistar melhorias na saúde pública.

Desse modo, os autores pretendem despertar o sentido da coletividade, além de criar uma consciência sanitária. Para eles, “o Clube de Saúde estimula a formação de líderes, tão necessários ao desenvolvimento das coletividades” (MANCEAU *et al.*, 1948, p. 726), porém só poderia ser formado em localidades com escolas.

O primeiro Clube da Saúde foi fundado em 1943, em Santarém, Pará, com o alistamento de 129 crianças de ambos os sexos<sup>68</sup>. Já em 1946, somavam-se 19 Clubes, no Amazonas, com 2000 escolares associados (BASTOS, 1993). Em 1948, o SESP aponta a existência de 31 clubes no Amazonas e 3 no Vale do Rio Doce (BOLETIM SESP, 1948).

Como operavam esses Clubes? A concepção basilar dessas organizações escolares era a do Aprender Fazendo<sup>69</sup>. Então, as ações educativas em saúde se concretizavam pela execução de projetos e demonstrações, sob a orientação das visitadoras sanitárias e das professoras primárias. Na verdade, a visitadora agia como elo de ligação entre as unidades sanitárias do SESP, o clube e a escola, acompanhando todas as sessões e sugerindo temas.

---

<sup>68</sup> O Clube de Saúde de Santarém foi instalado solenemente no teatro Vitória, tendo comparecido as autoridades do município, professores, membros da prefeitura e numerosas pessoas (BOLETIM SESP, 1945c).

<sup>69</sup> Para Manceau *et al.* (1948), o aprender fazendo está relacionado aos atos físicos que pratica durante a realização dos projetos. Porém também mencionam o aprender sentindo que está ligado a reações emocionais como aquelas que resultam de ouvir uma palestra ou ver um cartaz.

Para o funcionamento dos Clubes de Saúde, seria necessário: ter pelo menos 20 escolares interessados, além de um líder e uma líder, uma diretoria, um programa de trabalho organizado; realizar uma sessão quinzenal para a instrução da higiene e contar que 70% dos seus associados estivessem envolvidos em projetos (MANCEAU *et al.*, 1948).

Dos projetos desenvolvidos nos Clubes de Saúde, merece ênfase o de hortas caseiras, considerando que nas regiões do Amazonas, o emprego de hortaliças na dieta da população era escasso. Para alguns projetos, o SESP recebeu apoio do Ministério da Agricultura, que ofereceu sementes e instruções para o plantio.

Outro projeto de destaque foi o das bibliotecas escolares. Por intermédio dos Clubes de Saúde, o SESP incentivou a organização de pequenas bibliotecas, que poderiam ser utilizadas pelos escolares e professores e também pela comunidade. Dessa forma, o SESP possibilitou a circulação de artefatos culturais, que disseminassem suas concepções de higiene, saúde e bons hábitos entre a população rural.

Diante do abandono e esquecimento que essa população vivenciava não era incomum o sentimento de gratidão pelas ações realizadas pelo SESP, como por exemplo, a organização das bibliotecas. No texto abaixo, vemos um ofício da professora Esmerina Nunes Ferreira, Diretora do Grupo Escola de Abaetetuba, agradecendo o envio dos livros para a biblioteca:

É-nos sumamente honroso acusar o recebimento dos livros ofertados ao “Clube de Saúde”, desta Casa de Ensino, por esse Serviço. O material que motivou o presente, veio ao encontro a uma velha aspiração dos que militam aqui na propagação do saber para a grandeza do Brasil; preenchendo também uma escala das necessidades que se ressenete no campo dos primeiros passos da criança abaetetubense. E, portanto, partindo do principio que a oferta de hoje é de brasileiros, é que levamos a agradecer aos ofertantes, afirmando sem restrições que: - O S.E.S.P. prestou um grande serviço ao Brasil Criança desta terra (BOLETIM SESP, 1947, p.4).

As reações de gratidão também se estendiam aos alunos, como vemos na carta publicada no Boletim SESP (1945c, p.12), legitimando, assim, as ações educativas em saúde dessa agência na população escolar rural brasileira:

Chegamos à Escola às 11 horas do dia 14 de outubro de 1945. Viemos todos uniformizados para assistir a inauguração de nosso Pelotão de Saúde, que foi fundado pela nossa professora, D. Lizete Barbosa de Castro e o Ilmo. Snr. Dr. Edilberto, Sr. Dr. Ari Rosmarinho, o patrono de nosso pelotão. O primeiro discurso foi do Dr. Edilberto, o 2º. Dr. Ari Rosmarinho, o 3º, foi o meu discurso e se eu não fiz a gosto de todos eu lhe peço desculpa. Assistimos três filmes recreativos e educativos. Gostei muito de todos os filmes, mas gostei mais do filme da Alimentação. Já estou construindo uma horta em minha casa, gostei muito do Dr. Edilberto, dos conselhos de Higiene que ele deu aos alunos desta escola. Gostei muito dos outros discursos de D. Guiomar e do Sr. Dr. Ari Rosmarinho, Dr. João Mendonça, do Sr. Chefe dos Escoteiros, Sr. Lincoln Barbosa de Castro. Gostei muito do comportamento de meus colegas. Fiquei muito satisfeito com os elogios que eles fizeram a nossa escola. Ganhei uma caneca, um sabonete, uma escova e uma pasta, um pente e um par de tamancos dados pelo Dr. Edilberto; ganhei um caderno dado pelo Dr. Ari tem muito sabonete para repartir dado por ele. Muito obrigado. Estou muito animado, hei de escovar os meus dentes, tomar banho, hei de cumprir todos os deveres. José Maria Januário. Fazenda São José, 21 de outubro de 1945. Aluno da Terceira Série.

Segundo Bastos (1980), os Clubes de Saúde repercutiram muito bem entre as comunidades, conquistando elogios das autoridades municipais e estaduais e acabando por obter ressonâncias entre os moradores das cidades que prestavam apoio aos clubes, por meio de doações. Desse modo, o modelo sespiano, seu *ethos*, seu *modus operandi*, suas concepções e não apenas as relacionadas à saúde e educação, avançaram em uma região abandonada pelo Estado e sob a mercê dos poderes locais. Todavia, como afirma Campos (2006), o SESP “pôs em prática uma agenda perfeitamente afinada com o projeto de construção do Estado Nacional e desenvolvimento do país”, ampliando sua autoridade pública e a construção simbólica da nacionalidade brasileira (CAMPOS, 2006, p.271).

As ressonâncias desses dispositivos que balizam entre os espaços-tempos, que vão do macro ao micro, das políticas internacionais ao cotidiano do ser humano rural, dos escritórios de planejamentos às salas de aula, possibilitam a expansão do saber da higiene exibem traços ainda embrionários da constituição de sujeitos ativos, autônomos,

participativos, os quais precisam assumir responsabilidades para resolver os problemas de sua comunidade. Essa ambivalência desliza e percorre as práticas discursivas da educação sanitária promovida pelo SESP e vai tornando visíveis os deslocamentos do biopoder, que avança para outras racionalidades, como a governamentalidade, as práticas de bio-ascese, na construção de sujeitos ativos e empreendedores de si.

#### 4.5 A contribuição do SESP para a formação inicial e continuada de profissionais da saúde em nível superior e nível técnico<sup>70</sup>

No período de 1942 a 1959, cerca de 518 profissionais de saúde receberam apoio do SESP para as atividades de educação inicial e continuada em solo norte-americano, sendo que apenas 201 eram funcionários do SESP. Das categorias de profissionais que mais receberam esse suporte educativo estão os médicos, os engenheiros e as enfermeiras (BASTOS, 1984).

Neste mesmo período, 487 profissionais de saúde lotados no SESP receberam incentivos para formação e capacitação no Brasil. As ações da instituição também se estenderam a profissionais não vinculados a ela, totalizando 769 enfermeiras, médicos e assistentes sociais, que receberam ações educativas de formação, aperfeiçoamento e atualização (BASTOS, 1984).

O processo sistematizado de formação também alcançou os profissionais de nível técnico ou auxiliar, sendo capacitados no período de 1942 a 1959, 495 visitadoras sanitárias, 376 auxiliares hospitalares, 286 laboratoristas e 594 auxiliares de saneamento. Todos esses compunham quadro de auxiliares do SESP. Em relação aos profissionais de nível auxiliar de outras instituições, os números são mais vultosos, chegando a 2089 auxiliares: de enfermagem, de nutrição, de serviço social e de maternidade (BASTOS, 1984).

---

<sup>70</sup> Essa porção do capítulo 4 foi utilizada para a construção de artigo publicado na Revista Brasileira de Enfermagem, volume 61, número 6, páginas 909 a 915, 2008, sob o título de *As Contribuições do Serviço Especial de Saúde Pública para a formação profissional da Enfermagem no Brasil (1942-1960)*.

O empenho movido pelo SESP em aplicar políticas de formação de trabalhadores da saúde encontra fundamento na enorme carência desses profissionais em todo o Brasil, servindo como forte obstáculo para se atingirem os objetivos firmados no acordo bilateral Brasil-Estados Unidos.

Segundo Bastos (1984), o Brasil contava apenas com 300 engenheiros e 200 dos quais atuavam nas grandes cidades, restando apenas 100 para atender a região rural do país. Em relação aos médicos, a proporção também não era favorável, tendo em média um médico para 7.500 habitantes. Todavia, a situação mais agravante era a escassez de enfermeiras, pois o Brasil contava somente com 4 escolas de enfermagem e 400 enfermeiras diplomadas, concentradas nas capitais dos estados e do Distrito Federal.

A carência de recursos humanos colige com o *ethos* sespiano, que, entre outros elementos, valoriza e exige uma formação profissional sólida, alimentada por cursos de especialização e de pós-graduação no exterior. Segundo Peçanha (1976), o profissional sespiano é dotado de uma rigidez quase militar, valoriza o trabalho em equipe, dedica-se com exclusividade à saúde pública e tem sua conduta de trabalho pautada na meritocracia.

A preocupação com a qualificação consolidou a imagem do SESP e estendeu sua esfera de influência nos serviços públicos de saúde, introduzindo procedimentos e valores, não apenas em seu próprio território de atuação, como também nos demais serviços estaduais e municipais, com os quais mantinha convênio. Em suma, o SESP se caracterizava como entidade detentora dos melhores profissionais de saúde, prestava assistência médica e profilática de boa qualidade e introduziu técnicas pioneiras de saneamento.

Em uma entrevista citada na dissertação de Peçanha (1976), o trabalho do SESP, agora Fundação, foi assim detalhado:

A Fundação SESP tem-se constituído em uma verdadeira escola no campo da saúde pública no Brasil. Por ela passaram muitos sanitaristas que hoje ocupam os mais elevados cargos de saúde pública e do ensino da saúde pública no país e até no exterior. Foi pioneira no Brasil, entre outros, dos programas de medicina

integral, do saneamento e da odontologia sanitária, sendo possível identificar influências da FSESP sobre outras unidades de saúde e saneamento no Brasil. Por exemplo, várias Secretarias de Saúde utilizam em suas unidades modelos implantados pela FSESP, como a Ficha Única ou Ficha Geral, que são de grande funcionalidade. O sistema de trabalho em equipe pluri-profissional com melhor utilização de alguns profissionais de saúde é outra inovação trazida pelo FSESP (PEÇANHA, 1976, p.31).

Por outro lado, o SESP como agência bilateral, também serviu para propagar o capital social e cultural norte-americano, pois os profissionais capacitados consoante procedimentos e tecnologias americanas, quando retornavam ao Brasil, assumiam posições de destaque e poder, disseminando o americanismo em solo brasileiro, com o auxílio de agências privadas como a Fundação Rockefeller e a Fundação Kellogg (CAMPOS, 2006).

Entre as estratégias escolhidas pelo SESP, tem-se a concessão de bolsas para a realização de cursos de Enfermagem nos Estados Unidos e em escolas de Enfermagem brasileiras. Em outro momento, as próprias enfermeiras do SESP passam a atuar na formação de profissionais auxiliares, como as visitadoras sanitárias. Contudo, o SESP assume papel relevante na colaboração e cooperação da expansão do ensino da Enfermagem no Brasil, apoiando sistematicamente a criação de novas escolas e atuando como catalisador na implantação de um novo modelo de prática na profissão de Enfermagem.

A seguir, na etapa final deste capítulo, pretendo conhecer e compreender as estratégias implementadas pelo SESP referentes aos processos de formação de profissionais de saúde, dando ênfase às suas ações na expansão do ensino da Enfermagem em nível superior e técnico.

#### 4.5.1 Programa de Treinamento do SESP e o Serviço de Enfermagem

Como estratégia inicial de trabalho, estabeleceu-se um sistema de treinamento rápido, principalmente para médicos recém-admitidos nos serviços do SESP. Era realizado nas enfermarias do Hospital Evandro Chagas, em Belém, no laboratório e no campo, por um período de três meses. Esse formato de capacitação em serviço, apesar de produzir bons resultados, foi substituído por uma proposta mais formal, ou seja, o SESP passaria a realizar cursos com conteúdos de Bacteriologia, Epidemiologia, Estatística, entre outros (BASTOS, 1993).

Em outro momento, o SESP passou a oferecer bolsas de estudos em universidades americanas, canadenses e brasileiras. Havia três modalidades: *Fellowship*, *Travel Grant* e *Grant-in-Aid*. No primeiro exemplo, a bolsa tinha duração de um ano para médicos e três para enfermeira. Neste último caso, o prazo maior decorria do fato de ser destinada à formação inicial e não a curso de atualização ou aperfeiçoamento e incluía todas as despesas: livros, alimentação, residência, além de uma quantia mensal em dólares.

No segundo caso, o bolsista recebia auxílio para sua viagem de observação a serviços de saúde pública e hospitais, com duração de três a oito meses. Na última modalidade, o estágio era responsabilidade do bolsista, cabendo ao SESP apenas o custeio da viagem.

Segundo Bastos (1993), no ano de 1944, catorze jovens brasileiras receberam bolsas de estudos para realizar o curso de graduação em enfermagem, nas seguintes escolas: Johns Hopkins School of Nursing, Baltimore; Providence Division of the Catholic University School of Nursing Education, Washington; Washington University School of Nursing, St. Louis; Skidmore College e University of Maryland School of Nursing, Baltimore.

A relação de bolsistas nos anos de 1946 a 1947, para o curso de Enfermagem, incluiu Yonita Assenço Torres, que já atuava como instrutora da Escola de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro; Lydia Damasceno e Yara Miranda, ambas atuando no Programa

do Amazonas do SESP. Estas duas últimas passaram a realizar o curso na North Carolina e a primeira na Universidade de Vanderbilt (BOLETIM SESP, 1946).

No relatório de atividades publicado no Boletim SESP (1948), aparecem discriminadas dois tipos de bolsas para enfermeiras: uma relacionada ao auxílio para realização de curso de graduação em Enfermagem e a outra, como auxílio para um curso de pós-graduação em Saúde Pública. Segundo o relatório acima, foram enviadas 22 moças para o curso básico de três anos e 14 para curso de pós-graduação de um ano.

Contudo, problemas referentes ao idioma, longa separação da família, dificuldades de adaptação à vida americana, principalmente em um período de guerra, levaram à redução desse tipo de formação, que passou a ocorrer em instituições brasileiras, como a Faculdade Saúde Pública e a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e o Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (Moraes; Silva, 1948). Mesmo assim, 10 médicos e 7 enfermeiros receberam auxílio do SESP, para realização de atualização nos Estados Unidos, praticamente um ano antes de a agência tornar-se Fundação, vinculada ao Ministério da Saúde (BOLETIM SESP, 1959).

De 1942 a 1953, as atividades de enfermagem, inicialmente agregadas à Seção de Treinamento de Enfermagem, depois Divisão de Enfermagem, ficaram sob a chefia de uma enfermeira americana. Com o aumento de enfermeiras diplomadas no Brasil, elas passaram a contribuir na formação de profissionais em nível técnico, organizando os primeiros cursos de auxiliares hospitalares e visitadoras sanitárias (ALVIM, 1959).

Segundo Nadyr Matos Moura<sup>71</sup> e Maria Coelho de Sá<sup>72</sup> (1948), as enfermeiras participaram ativamente do curso de formação de visitadoras sanitárias, atuando tanto na

---

<sup>71</sup> A enfermeira Nadyr de Matos Moura foi presidente da Seção da Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas (ABED) do Vale do Rio Doce no ano de 1951, contudo essa seção da ABED criada em 1949, foi extinta em 1952, devido à pouca estabilidade das enfermeiras do SESP que a constituíam. Em 1949, Nadyr de Matos Moura também participou da comissão de Auxiliar de Enfermagem, designada pela Divisão de Educação da ABED para discutir o serviço de enfermagem auxiliar (CARVALHO, 1976).

<sup>72</sup> A enfermeira Maria Coelho de Sá, lotada no Programa do SESP do Amazonas, foi componente da primeira diretoria da Seção da ABED na Amazônia, criada em 1946. Em 1949, também participou da comissão de Auxiliar de Enfermagem, juntamente com Nadyr de Matos Moura, Zaira Cintra Vidal, Tessie F. Williams, Ermengarda F. Alvim, Clara Curtis, Rosaly Tabora e Cecília M. Pecego. E no ano de 1953, Maria Coelho Sá

seleção do pessoal, como ministrando a maior parte do conteúdo. Para o ingresso no curso, os candidatos deveriam ter curso primário completo, idade entre 16 e 35 anos e ser do sexo feminino. Assim, no curso para visitadoras sanitárias, realizado na cidade de Itacoatiara, Maria Majela Souza, Nadyr Matos Moura, Carolina Moraes, Izaura de Andrade Lopes ministraram a maior parte dos conteúdos do curso em 1947, por um período de seis meses. Para essa modalidade de formação, o SESP adotou o regime de internato: “justifica-se esta atitude do Serviço para possibilitar melhor vigilância às alunas, maior oportunidade para educação doméstica social e moral, salvaguarda da responsabilidade moral do Serviço perante as famílias” (MOURA; SÁ, 1948, p.211).

O curso para visitadoras sanitárias estendeu-se para outros estados, atingindo o Vale do Rio Doce, Alagoas e Bahia. Nesses locais, as enfermeiras distritais e das unidades sanitárias assumiram a responsabilidade pelo curso, o que acarretou sobrecarga de serviço, prejuízo das atividades assistenciais e, como muitas não tinham suporte pedagógico adequado, o processo de formação tornou-se insuficiente, configurando-se em uma modalidade distinta daquela proposta inicialmente pelo SESP. Assim, a solução proposta foi retornar ao modelo clássico de cursos regulares, abandonando, porém, o sistema de internato. Este seria bastante dispendioso, mais ainda sob os auspícios de uma enfermeira, que exerceria as atividades de planejamento e de ensino, podendo requisitar a participação de outros profissionais de saúde (BASTOS, 1993).

O treinamento de auxiliares hospitalares ocorreu inicialmente no Programa do Amazonas, sendo realizado no Hospital Evandro Chagas, em Belém e nos hospitais de Santarém e Breves. As exigências eram: ter a idade entre 18 a 30 anos, bom estado de saúde e priorizar os candidatos com certificado de curso ginásial ou normal. A modalidade de internato também foi aplicada, porém os estudantes masculinos residiam fora do internato, motivo pelo qual sua bolsa tinha valor maior.

Os primeiros cursos de auxiliares hospitalares foram realizados sob a responsabilidade de enfermeiras brasileiras e americanas, contando também com a

---

compôs a comissão constituída pela ABED, para tratar dos salários incompatíveis das enfermeiras que atuavam no serviço público federal e autarquias (CARVALHO, 1976).

participação de médicos e nutricionistas. Esses cursos também se estenderam ao Programa do Vale do Rio Doce, sendo realizados, principalmente, no Centro de Treinamento de Colatina, onde existiam 60 leitos, mais um centro de saúde modelo, que serviu de base para várias atividades de formação inicial e continuada. No entanto, os cursos regulares de auxiliares hospitalares foram suspensos em 1955, a partir da regulamentação do exercício de enfermagem, passando o SESP a admitir em seus serviços hospitalares, auxiliares de enfermagem com curso regular de 18 meses (ALVIM, 1959).

Segundo o relatório de atividade de 1948, sete cursos para visitadoras sanitárias foram realizados no Programa do Amazonas, formando 47 profissionais e seis cursos para auxiliares hospitalares, com a formação de 83 auxiliares. No Programa do Vale do Rio Doce, três cursos para visitadoras levaram à formação de 45 visitadoras (BOLETIM SESP, 1948).

O treinamento das curiosas também ficou sob o encargo das enfermeiras. Segundo Campos (2006), os profissionais de saúde do SESP incluíram as curiosas ou parteiras no processo educativo em saúde, procurando supervisionar seu trabalho, além de oferecer o devido treinamento, bem como equipamentos que auxiliassem o parto. Um fato interessante citado por Campos refere-se a uma parteira da cidade de Itacoatiara. Embora idosa e cega, ela era a parteira mais respeitada e preferida dos habitantes da cidade. A estratégia utilizada pelo SESP foi, então, convidar esta curiosa para assistir às aulas promovidas pelas enfermeiras, mesmo que procurassem nas entrelinhas neutralizar sua influência.

O curso voltado para essas curiosas era permeado de demonstrações, filmes, além da supervisão sistemática dos partos realizados, adotando-se o registro de nascimento, visitas de enfermagem aos recém-nascidos, troca de 10 em 10 dias dos materiais esterilizados fornecidos à parteira e renovação periódica das instruções.

Todo esse envolvimento do SESP na capacitação de profissionais de saúde e, no caso, da enfermagem, pode ser resumido pelas palavras de Pinheiro (1967), aludindo à preocupação dessa agência com a qualificação de sua equipe e com o apoio multifacetado à expansão das escolas de Enfermagem no Brasil:

Fosse aquele (o SESP) um Serviço brasileiro, provavelmente teria funcionado com “enfermeiros” inapropriados, como acontecia e ainda acontece na maior parte do País; nem os americanos aceitavam mais essa hipótese. Para ter em seus serviços enfermeiras diplomadas, o SESP recrutava jovens nas áreas onde atuava e as encaminhava a escolas de enfermagem, com bolsas de estudo, por outro lado, auxiliava as escolas com maior probabilidade de desenvolvimento (PINHEIRO, 1967, p.8).

#### 4.5.2 Contribuição do SESP para o ensino da Enfermagem no Brasil

Na década de 1930, com a retirada da missão de enfermeiras norte-americanas, começaram a surgir outras escolas de Enfermagem no país. Todavia, o reconhecimento ocorreria de acordo com o padrão ouro da Escola Anna Nery, que segundo Baptista e Barreira (1997), contribuiu para o alto nível de educação profissional, mas dificultou a expansão do ensino de Enfermagem no Brasil, ocasionando número deficitário dessas profissionais – situação essa, já explicitada anteriormente.

A Escola Anna Nery, instituída como escola oficial, enfrentou dificuldades para se firmar como escola-modelo, norteadora das diretrizes do ensino da Enfermagem. O tipo de formação da Enfermeira de Saúde Pública defendida pela escola sofreu dificuldades para se estabelecer como paradigma principal, visto que o desenvolvimento dos Institutos de Aposentadoria e o modelo previdenciário de Vargas favoreceram a propagação dos hospitais, marcando a transição de um modelo de prática voltado para a assistência hospitalar (BARREIRA, 1999).

Ao final dos anos trintas, a Escola Anna Nery ingressou na Universidade do Brasil, com a assunção da diretora Lais Netto dos Reys<sup>73</sup>. Outra etapa então se configurou, a partir das contribuições do SESP ao ensino da Enfermagem, que se caracterizou por uma luta simbólica pela hegemonia da Enfermagem entre a Anna Nery e a recém-criada Escola de

---

<sup>73</sup> Lais Moura Netto dos Reys (1894-1950) pertencia a uma família tradicional fluminense. Como normalista, ingressou no curso de Enfermagem da Escola Anna Nery, sendo diplomada na primeira turma em 1925. Foi chefe do Centro de Saúde de Inhaúma-RJ, e depois, enfermeira-chefe na Escola Anna Nery, até 1930. Organizou a Escola de Enfermagem Carlos Chagas, em Minas Gerais. Em 1938, foi nomeada Diretora da Escola Anna Nery, permanecendo no cargo até 1950 (SECAF; COSTA, 2007).

Enfermagem de São Paulo, liderada por Edith Fraenkel. Tal contribuição se caracterizou pela expansão aligeirada do ensino da Enfermagem, em todo o país.

Em outubro de 1942, a enfermeira americana Mary Elizabeth Tennant, da Fundação Rockefeller, realizou investigação sobre a Enfermagem no Brasil, encaminhando seu relatório ao SESP. O relatório deveria apresentar um reconhecimento cuidadoso da enfermagem brasileira:

Tal reconhecimento deveria incluir uma análise quanto às “fontes de preparo de enfermeiras”, considerando o “valor do ensino ministrado” e o “número de enfermeiras que possam (podiam) ser preparadas”. Ademais, acrescenta o relatório, que esse empreendimento visava também “escolher as instituições que oferecem (ofereciam) maiores vantagens para o desenvolvimento de novas fontes de preparo de enfermeiras” (ALMEIDA FILHO, 2004, p.88).

O documento alertava para o número insuficiente de enfermeiras atuando no país, cerca de 400, formadas por três escolas de Enfermagem equiparadas ao padrão Anna Nery. A proposta da relatora enfatizava, além da criação de órgão no Ministério de Educação e Saúde, que se responsabilizasse pelas diretrizes e estruturação do ensino da enfermagem, como a construção de, pelo menos, mais quatro escolas, sendo uma no Rio de Janeiro e outras em São Paulo, Bahia e Pará (BASTOS, 1993).

Segundo Almeida Filho (2004), tal documento explicita o interesse da Fundação Rockefeller em minimizar os efeitos do Decreto 20.109/31, que atribuía à Escola Anna Nery, o modelo oficial de escola padrão, para se obter a equiparação. Conforme o autor, a diretora Laís Netto dos Reys – da Escola Anna Nery – também já havia revelado anteriormente sua preocupação tanto em difundir o ensino da Enfermagem no Brasil, quanto em providenciar a regulamentação profissional dos auxiliares de enfermagem, tema polêmico e foco de muitas divergências entre as enfermeiras.

Como decorrência do relatório, o SESP criou em sua estrutura, em novembro de 1942, a Divisão de Enfermagem, tendo como uma das atribuições: “estudar as áreas interessadas em atividades de educação em enfermagem, determinando especialmente, as

possibilidades com que o SESP pode contribuir com serviços, com ajuda financeira ou com ambas” (BASTOS, 1993, p.450).

A enfermeira Claire Louise Kienenger, primeira diretora da Escola Anna Nery, foi enviada como interlocutora entre as enfermeiras brasileiras e o SESP. Barreira e Baptista (2002) e Almeida Filho (2004) relatam que Claire Louise foi recebida amistosamente no aeroporto Santos Dumont e hospedada na própria Escola Anna Nery, a convite da diretora Laís. A turma de 1942 escolheu a antiga diretora como paraninfa da turma, composta de 48 alunas, sendo 10 religiosas católicas.

Todavia, a missão de Clara L. Kienenger não teve êxito, encontrando resistência da própria Laís Netto Reys, que impediu qualquer interferência da enfermeira americana em sua gestão. Se Kienenger se reportava ao discurso patriótico, enaltecendo o papel da enfermeira profissional no Brasil, sua fala, segundo Barreira e Baptista (2002), exaltava a superioridade americana em assuntos sanitários, o que justificaria sua intromissão colaborativa nos assuntos da enfermagem, considerando, neste caso, que a Escola Anna Nery tinha como atribuição legal a vistoria das escolas de enfermagem que almejassem a equiparação ao padrão Anna Nery.

Em 1943, Miss Kieninger retorna aos Estados Unidos, sendo substituída por Gertrude Hodgman, encerrando um período de embates acadêmicos pelo poder de enunciar os novos rumos da enfermagem brasileira, uma vez que a diretora Laís não se submetia ao comando da representante americana do IAIA/SESP. Segundo Bastos (1993), estabeleceu-se um espírito de antagonismo entre a Escola e o SESP, ocasionado por um pequeno grupo de instrutoras e a própria diretora. Todavia, mesmo diante dessa situação problemática, foi traçada uma política amistosa, mantendo-se ainda relações estreitas, mas implementando outras ações de intercâmbios e cooperação com outras instituições e lideranças de outros Estados, como São Paulo (ver Tabela 1).

Após o relatório de Miss Tennant, foi proposta a criação da Escola de Enfermagem de São Paulo, cuja diretora era a ex-superintendente do Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, a enfermeira Edith de Magalhães Fraenkel. A proposta do curso já havia sido apresentada à representante da Fundação Rockefeller, Mary

Tennant, em maio de 1940, pelo interventor federal do Estado de São Paulo, Dr. Adhemar de Barros e pelo diretor da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, o médico Geraldo Horácio de Paula Souza (PINHEIRO, 1967).

A Fundação Rockefeller contribuiu com o processo de capacitação da enfermeira Edith Fraenkel, além de conceder bolsas de estudos a seis educadoras sanitárias, para realização do curso de Enfermagem na Universidade de Toronto. Esse grupo foi chamado de 'As Damas de Toronto', composto por: Maria Rosa S. Pinheiro, Zilda de Almeida Carvalho, Glete de Alcântara<sup>74</sup> e Lucila Jardim. Além dessas, Edith Fraenkel obteve bolsa de estudos, para observação de Escolas de Enfermagem dos Estados Unidos e do Canadá (PINHEIRO, 1967).

Para Almeida Filho (2004), a formação de docentes no exterior constituiu-se em estratégia para formar um grupo cuja competência seria reconhecida no ambiente científico da época, sendo dotado de um discurso autorizado e capaz de se contrapor ao modelo de enfermagem da Escola Anna Nery.

O apoio do SESP ocorreu devido ao seu auxílio na construção do edifício que abrigaria a futura Escola de Enfermagem de São Paulo. O prédio começou a ser construído em novembro de 1943, sob a responsabilidade da firma Lindenberg & Assumption. Em 31 de outubro de 1947, o prédio foi inaugurado. O SESP participou com 60% do custo total da obra e o Estado, com 35%. A Fundação Rockefeller participou na aquisição de equipamentos e mobiliário (BASTOS, 1993).

---

<sup>74</sup> Glete de Alcântara (1910-1974) graduou-se na Escola Normal e também como educadora sanitária em São Paulo. Formou-se enfermeira na Universidade de Toronto, Canadá. Atuou como docente da Escola de Enfermagem de São Paulo até 1952. Também organizou a Escola de Enfermagem na cidade de Ribeirão Preto, exercendo as atribuições de diretora e docente (SECAF; COSTA, 2007).

Tabela 1 – Auxílios realizados pelo SESP em relação às Escolas de Enfermagem Brasileiras

Escolas de Enfermagem	Tipos de auxílio prestado pelo SESP
1- Escola de Enfermagem Anna Nery	Apoio na realização do dia da Enfermeira de Saúde Pública; custeio de viagens aéreas para candidatas de outros estados ao processo de seleção; concessão de bolsas para as instrutoras nos Estados Unidos.
2- Escola de Enfermagem de São Paulo	Auxílio na construção do prédio da escola; apoio financeiro na aquisição de material e na elaboração das normas e regulamentos; cessão de bolsas para candidatas ingressantes na escola.
3- Escola de Enfermagem Rachel Haddock Lobo, Rio de Janeiro	Preparação do regulamento e das normas administrativas e técnicas; organização dos campos de estágio.
4- Escola de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro	Cessão de enfermeiras do SESP para atividades de ensino; auxílio financeiro para reforma do prédio da escola, aquisição de equipamento e pagamento de salários das enfermeiras-docentes; bolsas de estudos para as alunas.
5- Escola de Enfermagem de Manaus	Organização e estruturação da escola; construção de prédio para escola; aquisição de equipamentos e instalações.
6- Escola de Enfermagem de Porto Alegre	Organização e estruturação da escola; sustento financeiro de algumas docentes-enfermeiras.
7- Escola de Enfermagem Carlos Chagas, Belo Horizonte	Assistência técnica e financeira; cessão de duas enfermeiras do SESP para as atividades de ensino; suplementação financeira dos salários de algumas docentes-enfermeiras.
8- Escola de Enfermagem Ermantino Beraldo, Juiz de Fora.	Cessão de uma enfermeira do SESP para as atividades de ensino; suplementação financeira dos salários de algumas docentes-enfermeiras.
9- Escolas de Enfermagem Católicas – Escola Luiza Marillac, Rio de Janeiro e a Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo	Apoio financeiro para estudo das escolas católicas de enfermagem no Brasil realizado por duas religiosas americanas durante seis meses; concessão de bolsas de estudo em escolas de enfermagem americanas
10- Escola de Enfermagem Hugo Werneck, Belo Horizonte	Auxílio financeiro para realização de estágio em enfermagem de saúde pública.
11- Escola de Enfermagem da Bahia	Organização e estruturação da escola, suplementação dos salários das enfermeiras-docentes.
12- Escola de Enfermagem de Pernambuco	Organização e estruturação da escola; apoio financeiro para o pagamento dos salários da diretora da escola, quatro enfermeiras assistentes e algumas enfermeiras-docentes.
13- Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha, Rio de Janeiro	Auxílio não especificado
14- Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo, Goiânia	Auxílio não especificado

Fonte: BASTOS (1993)

No Boletim do SESP (1944), foram descritos detalhes do projeto arquitetônico da Escola de Enfermagem:

Terá quatro andares, devendo servir de residência a 184 estudantes de enfermagem. As alunas que estiverem iniciando o curso ficarão alojadas em quartos de três camas e as mais adiantadas em quartos de uma só cama. Haverá ainda apartamentos para o pessoal da direção e funcionárias. Três salas de aula, dois refeitórios (um no terraço), laboratórios de química, biologia, anatomia e biblioteca, salas sociais, *auditorium*, sala de recreios e de jogos – são outras dependências. O edifício terá abrigo anti-aéreo e instalações contra incêndios. O vidro é largamente usado: nada menos que 1.300 metros de quadrados de vidro. Outros dados interessantes: 1.000 metros quadrados de azulejos, dois elevadores, 380 estacas com o comprimento total de 3.300 metros, 2.000 metros quadrados de esquadrias, 1.000 metros de encanamento nas instalações de água. Todos os móveis foram desenhados especialmente pelo arquiteto (BOLETIM SESP, 1944, p.6).

O imponente edifício que lembrava um navio foi apelidado na época de Montenegro Maru, provavelmente, em referência ao diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Benedito Montenegro, também coordenador das atividades de construção do prédio.

E no dia da sua inauguração, foi colocada uma placa comemorativa com os seguintes dizeres: “M.E.S. Serviço Especial de Saúde Pública. Esta Escola de Enfermagem, símbolo de uma sã política de boa vizinhança, foi construída pelos governos dos Estados Unidos do Brasil e dos Estados Unidos da América, com a cooperação do Governo do Estado do São Paulo” (PINHEIRO, 1967, p.10).

O discurso acima encontra ressonâncias em Carvalho *apud* Oguisso e Freitas (2005, p.81), mencionando aqui, especificamente, a Fundação Rockefeller:

[...] influência da Fundação Rockefeller na criação da Escola e que, possivelmente, sem sua interferência direta, insistente e persistente e sem o auxílio financeiro e técnico colocado à disposição da futura entidade educacional, poderia ter havido um atraso de, pelo menos dez anos, num empreendimento já tardiamente

iniciado, se considerado o desenvolvimento do ensino da enfermagem em outros países, e mesmo no Brasil e no próprio Estado de São Paulo.

Com a criação da Escola de Enfermagem de São Paulo e o apoio do SESP, estabeleceu-se um novo modelo de formação de enfermeiras, não abandonando a formação da Enfermagem de saúde pública, mas atendendo a outro campo que crescia, a atenção médica hospitalar. Para Castro-Santos e Faria (2004, p.138), “o programa da Escola de Enfermagem visava preparar a ‘verdadeira enfermeira profissional’, cujos conhecimentos técnicos e, embora fosse uma ‘arte’ [...] não poderia prescindir do aprendizado sob bases científicas”.

Nos primeiros anos da Escola de Enfermagem de São Paulo, o SESP passou a recrutar alunas em Curitiba, Porto Alegre, Salvador, Aracaju, Recife, Fortaleza e Belém. Segundo Almeida Filho (2004), o SESP oferecia bolsas de estudo e assegurava uma quantia correspondente a quinhentos dólares, que auxiliavam na assistência daquelas consideradas extremamente pobres, em caráter emergencial. O processo de captação promovido pelo SESP fortalecia o papel da Escola, como centro formador de Enfermagem, como também contribuía para ampliar o número dessas profissionais no país.

Em março de 1944, a Escola contava em seu quadro discente, trinta alunas bolsistas do SESP, oriundas de nove Estados da federação, a saber: Amazonas, Pará, Ceará, Sergipe, Bahia, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e São Paulo. Desse total, vinte e uma concluíram. As alunas que concluíram sua formação eram oriundas de quatro regiões do país, sendo cinco do Amazonas, três do Pará, três do Ceará, uma do Sergipe, três da Bahia, uma do Paraná, uma de Santa Catarina, duas do Rio Grande do Sul e duas de São Paulo (ALMEIDA FILHO, 2004).

Além da Escola de Enfermagem de São Paulo, o SESP contribuiu com outras, a exemplo da Escola de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro, localizada na cidade de Niterói. De acordo com o Boletim do SESP (1945), a escola funcionou, provisoriamente, em dois andares do Sanatório Azevedo Lima até a sua transferência para prédio próprio.

O SESP apoiou tanto criação quanto a instalação da escola. A primeira turma foi composta de 22 moças, provenientes dos Estados do Nordeste, São Paulo, Minas Gerais, além do Rio de Janeiro. Para o ensino de enfermagem na escola, foi adotado o sistema de internato. A residência das ingressantes era composta de sala de recepção e de leitura, locais de recreio e esportes.

O curso era ministrado em três anos e dividido em quatro períodos: o preparatório, o júnior, o intermediário e o sênior. Os professores da parte teórica pertenciam à Faculdade Fluminense de Medicina e as aulas de prática de enfermagem eram realizadas por enfermeiras diplomadas na Anna Nery. O primeiro grupo de alunas vindas do Amazonas e do Vale do Rio Doce recebeu curso de formação para visitadoras sanitárias e foi mantido financeiramente, pelo SESP.

No transcorrer do período de 1942 a 1960, o SESP contribuiu ativamente para o ensino de Enfermagem (Tabela 1). Porém, seu apoio também se materializou nas discussões sobre o papel da Escola Anna Nery na equiparação de outras escolas, bem como na legislação sobre o curso de auxiliar de enfermagem.

Segundo Almeida Filho (2004), o SESP desenvolveu estratégias para minimizar o papel da Escola Anna Nery, como se percebe nas palavras do Dr. Sérvulo Lima, superintendente do SESP, quando alertou para o fato de que a Anna Nery não se mostrava mais tão eficaz em assegurar o alto padrão das escolas de Enfermagem. Assim, o SESP começou a interferir em algumas atribuições específicas da escola oficial, como por exemplo, a indicação dos nomes das enfermeiras responsáveis pelas inspeções das novas escolas de enfermagem.

O SESP também participou das reuniões das diretoras das Escolas de Enfermagem, realizadas sob a direção de Laís Netto dos Reys, no período de 1943 a 1945. Nelas, as temáticas variavam, incluindo desde a inspeção das escolas, os estágios e aulas práticas, a regulamentação da profissão e o currículo mínimo. Ao todo foram cinco reuniões nesse período, contando com a participação dominante das Escolas de Enfermagem localizadas nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo (ALMEIDA FILHO *et al.*, 2005).

O SESP, mais uma vez, com a ação de sua representante Ella Haisejeader, atuou de forma decisiva na regularização do curso de auxiliar de enfermagem. Segundo Almeida Filho *et al.* (2005), a enfermeira americana foi convidada pela Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas (ABED) para presidir a comissão que concluiria os estudos acerca da regulamentação dos cursos de auxiliares de enfermagem, personificando, assim, o discurso autorizado das enfermeiras americanas.

#### 4.6 Considerações Transitórias

Retorno às questões inicialmente levantadas sobre como o SESP, por meio da educação sanitária, contribuiu na constituição de sujeitos. Não pretendo lançar aqui respostas definitivas, mas percorrer pelos arredores dos referenciais teóricos, tentando encontrar indícios que possam colaborar nesse percurso hermenêutico, sem desconsiderar a dinâmica de um passado que ora se apresenta.

Talvez fosse mais tranquilo explicar as ações sespianas sob a perspectiva do imperialismo, ou seja, de uma nação, que se pretende hegemônica, adentrando o quintal do vizinho e, apoiada no discurso da cooperação e do auxílio mútuo, interpreta sua realidade, traduz seus problemas e propõe soluções que somente ela seria capaz de encontrar, para este Brasil, ainda visto como um imenso hospital. Porém, desconsiderar tais possibilidades seria inadequado e até mesmo, ingênuo e tolo.

Todavia, o SESP, como agência bilateral, não se constituiu somente em transposição cultural e sim, como estratégia do próprio governo em promover a integração nacional, capilarizando-se nos mais variados rincões brasileiros, fazendo-se presente em espaços outrora abandonados pelo Estado, ainda sob a tutela das lideranças locais.

O acolhimento das ações do SESP e do seu modelo ocupou as lacunas não preenchidas pelo Estado brasileiro. Sua eficácia e competência alcançaram as regiões rurais do Amazonas e do Vale do Rio Doce, levando não somente ações preventivas, como

preconizavam os americanos, mas práticas assistenciais curativistas, denotando, assim, as adaptações necessárias diante da realidade brasileira.

E quanto ao papel da educação sanitária? O modelo explicativo das péssimas condições de saúde do brasileiro tinha como elemento nuclear e solução desse círculo de doenças, a educação sanitária. Logo, para o SESP, foi necessário institucionalizar a educação sanitária, tal era a importância dessas ações nos propósitos dessa agência no Brasil. Mesmo diante das dificuldades culturais e do analfabetismo dominante, o SESP avançou no desenvolvimento de novos métodos, recorrendo às linguagens audiovisuais, mas, sobretudo, lançando novos olhares sobre as PES, em detrimento de um modelo tradicional pautado apenas na propaganda sanitária.

Seriam as estratégias educativas em saúde, dispositivos de biopoder? Percebo nesse período pós-guerra, de grandes transformações mundiais e que se estenderam ao Brasil, o deslocamento de práticas discursivas e não-discursivas. Tais práticas passaram a privilegiar o sujeito ativo, que participa e promove, em coletividade, a solução dos problemas de sua comunidade.

Logo, sob a perspectiva política de apagamento das questões sociais, o SESP introduziu, mesmo que embrionariamente, as concepções contemporâneas do autogoverno, do auto-cuidado, em um momento e espaço historicamente particulares. Foi o caso das regiões rurais, em que o caboclo foi estereotipado como alienado e deslocado da civilização e poderia, desde que assimilasse os conhecimentos transmitidos pela equipe do SESP, atingir a tão sonhada autonomia.

Finalizo, referindo-me ao papel relevante do SESP, no que concerne às PES. Não se trata aqui, de tecer somente críticas, nem relatar atos heróicos dessa agência nas batalhas travadas contra a doença, mas compreender suas ações que se difundiram por uma nação ainda desconhecida pelo mundo e por si mesma, levando suas representações, propagando suas verdades e expandindo seu modelo de administração sanitária em um momento de transições epistemológicas e de concretização de outros campos do saber. Um verdadeiro caldo de elementos que entrecruzavam: práticas de assujeitamento, práticas de regulação,

práticas de interdição, como também práticas de resistências – algumas visíveis, outras silenciosas – na imensidão de um Brasil, ainda em busca de identidade.

## CAPÍTULO 5 – AS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DO SUJEITO ATIVO

[...] a própria experiência de si não é senão o resultado de um complexo processo histórico de fabricação no qual se entrecruzam os discursos que definem a verdade do sujeito, as práticas que regulam seu comportamento e as formas de subjetividade nas quais se constitui sua própria interioridade. É a própria experiência de si que se constitui historicamente como aquilo que pode e deve ser pensado. A experiência de si, historicamente constituída, é aquilo a respeito do qual o sujeito se oferece seu próprio ser quando se observa, se decifra, se interpreta, se descreve, se julga, se narra, se domina, quando faz determinadas coisas consigo mesmo etc. E esse ser próprio sempre se produz com relação a certas problematizações e no interior de certas práticas (LARROSA, 2000, p.43).

Nos Capítulos 3 e 4 desta pesquisa, a proposta foi compreender as PES na constituição de sujeitos docilizados, disciplinados, articulando com outros elementos que emergiam, como a participação comunitária, segundo o modelo sespiano. Como evento situado historicamente, essa estratégia consistiu na tentativa de se promover a adoção de hábitos saudáveis em uma população rural, não apenas sob a tutela do Estado, mas ainda, sob a responsabilidade de cada um e de sua comunidade. Desse modo, tal inflexão, mesmo embrionária, possibilita retornar a uma das questões levantadas anteriormente: as PES poderiam contribuir na invenção do sujeito ativo, aquele que se autovigia, e se autogoverna, sob os auspícios históricos do liberalismo e depois, do contemporâneo neoliberalismo?

Essa pergunta permite problematizar as PES no Brasil, no período histórico entre 1960 e os dias atuais, tecendo articulações teóricas e epistemológicas com o segundo deslocamento do biopoder, já apresentado aqui, no Capítulo 1: a governamentalidade e as práticas de bio-ascese. Assim, proponho-me a analisar e compreender as PES a partir dos discursos oficiais e também a materialidade das PES nas unidades básicas de saúde, seu cotidiano, suas falas e narrativas e a formação discursiva do sujeito emancipado e sujeito ativo.

Para isso, dividi arbitrariamente a análise em dois momentos: os que antecedem a Constituição do Brasil de 1988, abarcando experiências, pesquisas, congressos, encontros, eventos, principalmente desde 1960; e os espaços e tempos que se seguem depois de 1988, avançando até os dias atuais. Qual a justificativa para tal decisão? Entendo que o período posterior à proposta da implantação do Sistema Único de Saúde, a partir da Lei Magna e, posteriormente, o Programa de Saúde da Família requerem leituras diferentes do período que antecede 1988.

Propositadamente, o caminho investigativo exposto recebe uma pausa entre os dois blocos temporais, justamente para discorrer sobre a constituição desse sujeito ativo, concepção teórica que se manifesta, com mais veemência, na contemporaneidade e é importante para fundamentar as discussões atuais sobre as PES. Ao considerar todo esse contexto histórico, procuro me aproximar das concepções foucaultianas sobre segurança e liberdade, elementos-chave na fabricação do sujeito prudente, sujeito responsável e sujeito empreendedor, dimensões caleidoscópicas do sujeito ativo.

E ao final, pretendo articular as PES com as concepções de sujeito ativo e sujeito emancipado, concepções essas que atravessam os campos da Promoção da Saúde, da Atenção Básica, além de outros micro-espços, em que as relações de poder estão dispersas e presentes, permeando o cotidiano das pessoas.

### 5.1 Da educação sanitária para a educação em saúde: permanências e discontinuidades

Durante o Encontro de Experiências de Educação e Saúde, promovido pela Divisão Nacional de Educação em Saúde da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde, do Ministério da Saúde, em 1981, Antônio Carlos de Azevedo proferiu as palavras de abertura, evocando dois momentos. Em um primeiro discurso, reafirma a transição de um modelo que se caracterizava pela mera transmissão de conhecimentos relacionados com a saúde para uma perspectiva diferente: os conhecimentos transmitidos deverão servir de base para

desencadear mudanças, pois se leva em conta a situação de saúde das pessoas (BRASIL, 1981).

Assim, outra nomenclatura passou a ser privilegiada, deixando-se para trás a antiga educação sanitária e seu forte entrelaçamento com o campo da higiene, para adentrar uma esfera de conhecimento que preza a interdependência entre a educação e a saúde. Logo, se observa no referido evento, a conclamação da idéia de que a educação sanitária seja incorporada por outro paradigma – a educação em saúde<sup>75</sup> – talvez não tão diferente do anterior.

O segundo momento explicita os espaços de atuação das atividades educativas em saúde. Não seria surpresa o comentário sobre o papel relevante das PES nos currículos escolares, principalmente sua presença no ensino de primeiro grau, atualmente ensino fundamental. A seguir, aparece outro espaço de atuação, a comunicação de massa, representada na época pelas campanhas educativas veiculadas na mídia, porém, muitas vezes menosprezadas pelos educadores em saúde, em razão da conotação propagandística. Por último, aparece um terceiro espaço que, segundo o senhor Antônio Carlos de Azevedo, tem sido pouco utilizado, apesar de sua posição privilegiada junto às comunidades, ou seja, as unidades de saúde.

Pergunto se, de fato, existem permanências nas PES, ao longo das décadas percorridas no século vinte. E quais as discontinuidades, as rupturas, as brechas e as estratégias de resistências evidenciadas na historiografia das PES?

Joaquim Alberto Cardoso de Melo (1984) classificou o período que teve início na década de 60 e se estendeu até meados da década de 80, como o ‘período negro da educação sanitária’, visto que os âmbitos social e político do Brasil encontravam-se sob o domínio de um regime autoritário, altamente repressivo, centralizador e concentrador de renda. Como consequência, o campo que se abriu para a educação sanitária foi o planejamento familiar.

---

<sup>75</sup> Conforme relatado na introdução, no período agora estudado, emergem outras concepções e termos singulares sobre as PES, ou seja, a perspectiva da educação sanitária cede espaço à educação em saúde.

Nos trabalhos sobre educação sanitária apresentados no XVII Congresso Brasileiro de Higiene, em 1968, na cidade de Salvador-BA, o momento de transição, comentado anteriormente, pareceu se evidenciar nas pesquisas divulgadas. Conforme Freitas (1968), a educação sanitária passava por mudanças que se articulavam com as propostas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde. As críticas ao modelo fundamentado apenas na informação foram levantadas por Vasconcelos (1968), além da proposta de metodologias participativas, que estimulassem a responsabilidade e o comprometimento dos indivíduos e comunidade com a sua saúde (HOLLANDA, 1968; LIMA; LAMARDO, 1968).

Todavia, em outros relatos, evidencio a permanência de concepções e práticas sobre a educação em saúde, como o envolvimento das escolas primárias e de suas professoras (GURGEL; HILDEBRAND, 1968; SANTOS *et al.*, 1968), bem como a realização de campanhas educativas, com forte viés da propaganda sanitária.

Para esse momento histórico, a educação sanitária encontrava-se organizada no Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES) sem, no entanto, restringir-se a esse órgão, pois a FSESP ainda atuava com bastante ênfase nesta área, apesar do enfraquecimento paulatino de suas ações. Segundo Freitas Filho (1967), o SNES foi criado em 1942, com outra nomenclatura, o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária<sup>76</sup>, reformulado em 1962 e, posteriormente, em 1964. Sua proposta foi estabelecer um sistema para a ação executiva em saúde, substituindo as ações esporádicas, eventuais e não planificadas (FREITAS FILHO, 1968).

No período da ditadura militar, a educação em saúde assumiu, mais uma vez, sua função normatizadora e pouco eficiente na resolução dos problemas de saúde que se expandiam pelo Brasil. Segundo Melo (1984), a deterioração da saúde da população se expressava nos elevados índices de mortalidade infantil, epidemias de meningite, sem

---

<sup>76</sup> O SNES, a partir de 1962, passou a produzir boletins técnicos abordando entre outros temas: *A Professora da Escola Primária e a Educação Sanitária; Função das diversas categorias de pessoal dedicado ao trabalho da Educação Sanitária; A Educação Sanitária nos Programa de Saúde Pública.*

contar na marginalização desencadeada pela política privatizante do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)<sup>77</sup>.

Tanto Marcondes (1964) quanto Freitas Filho (1967) estudaram várias das dificuldades enfrentadas pelo SNES para a realização de suas atividades: a falta de profissionais técnicos, orçamento reduzido, dificuldade de integração com os demais setores do Ministério da Saúde, bem como a pouca importância relegada ao SNES, comentada por Marcondes, nas sugestões finais de seu trabalho: “nossa experiência à frente do Serviço Nacional de Educação Sanitária sugere que esse órgão, para poder atuar com maior desembaraço e eficiência, deveria estar situado em plano hierárquico mais elevado dentro da estrutura administrativa do Ministério da Saúde” (MARCONDES, 1964, p.120).

Nesse período de expansão das instituições médicas, o Estado, por meio das clínicas e hospitais credenciados ao sistema previdenciário, privatizou-se, produzindo matrizes identitárias, que se caracterizaram pela racionalização, produtividade e participação. Esta última, entendida como adesão, tanto da população, como dos agentes institucionais, aos planos e programas governamentais. A dicotomia ‘cura e prevenção’ se consolidou, fundamentada em um discurso estatal privatista, em que o projeto sanitário não encontrou repercussão devido a uma assistência médica, cada vez mais dominante (LUZ, 1979).

Diante disso, a educação sanitária assumiu papel secundário, da mesma forma que a Saúde Pública brasileira. Suas concepções abraçaram perspectivas de uma política liberal, em que o papel da educação sanitária foi ajudar os indivíduos a alcançarem a saúde, por meio de seus próprios atos e esforços, desconsiderando as condições sociais e culturais da sociedade.

Segundo Melo (1984), a partir de 1975, a crise do INPS levou o Ministério da Saúde a formular políticas de expansão, como o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), estendendo às áreas rurais os programas tradicionais de imunização, vigilância epidemiológica e a assistência materno-infantil. Na VI Conferência Nacional de

---

<sup>77</sup> Como não é objetivo desta pesquisa o estudo da assistência médica previdenciária, sua evolução e crise, recomendo alguns autores que trabalharam essa temática com mais profundidade: Braga e Paula (1986), Teixeira (1980), Luz (1979).

Saúde, em 1977, sob franca abertura política, o trabalho de Rosa Pavone Pimont, diretora da Divisão Nacional de Educação Sanitária, comprovou o esforço em levar ações de saúde, tanto curativas como preventivas, ao interior do Brasil, mais exatamente para os Estados de Sergipe, Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Ceará e Maranhão (BRASIL, 1977).

A relatora Rosa Pavone apresentou as ações educativas em saúde realizadas para o combate da esquistossomose, dentro do Programa Especial de Controle de Esquistossomose (PECE). A inovação dessa proposta foi colocar as PES em consonância com ações em outras esferas: saneamento básico e combate sistemático ao caramujo. Logo, não se limitou apenas à transmissão de informações, incluindo outras atividades, embora tenha utilizado técnicas outrora empregadas, como o investimento de ações educativas nas escolas, a criação dos patrulheiros de saúde provenientes dos clubes de saúde já existentes desde a época do SESP e ainda a realização de concurso de cartazes.

Mais uma vez, as PES funcionaram nos espaços escolares, como dispositivos para transmitir saberes e verdades e reproduzindo métodos já empregados, mas aplicados em contextos particulares e diversos. E assim, como afirma Melo (1984), “é necessário pensar a Educação e a Saúde não mais como uma educação sanitizada (educação sanitária) ou localizada no interior da saúde (educação em saúde) ou ainda educação para a saúde (como se saúde pudesse ser um estado que se atingisse depois de educado)” (MELO, 1984, p.40).

A educação sanitária nas escolas, neste caso em especial, nas escolas paulistas, passou por mudanças em seu *modus operandi*. A equipe de especialistas em educação sanitária da Secretaria de Educação, egressos da Faculdade de Saúde Pública, deixou de trabalhar diretamente com o aluno e organizou-se em grupos que assumiram o planejamento e a execução das programações de educação sanitária.

Pereira (1977) também comentou sobre a dificuldade de implementação de um programa global de Educação em Saúde na escola e, além do distanciamento referido acima, assinalou a falta de profissionais especializados nas quatro dimensões da saúde na escola: ensino da saúde, serviços de saúde, ambiente escolar e integração lar-escola-comunidade.

A autora reafirmou a importância de se formar especialistas, como o educador de saúde pública, porém, o número de formandos egressos da Faculdade de Saúde Pública, era ainda insuficiente, sem contar a dificuldade de se inserir, no quadro de funcionários, maior número de educadores de saúde pública.

Na fase de transição que se iniciou no final da década de 60, no cenário paulista especificamente, as ações de saúde na escola, antes desenvolvidas pelo educador sanitário diretamente com os alunos, foram transferidas, sem ressalvas, para o professor. Assim, o papel do educador sanitário foi direcionado à formação continuada dos professores, que assumiram o trabalho pedagógico em saúde e também a observação das condições de saúde do aluno e ainda, quando necessário, realizaram o encaminhamento e controle de casos (VIANNA, 1988).

Já na década de 80, a área de Educação em Saúde Escolar, no Estado de São Paulo, teve a equipe técnica reduzida, ficando confinada à área de assistência médica. Percebeu-se uma diminuição gradativa no número de educadores especialistas em saúde pública, visto que não existia uma legislação que promovesse a organização formal da área ou tratasse da reposição desses profissionais:

Ano a ano, se reduz o contingente de técnicos educadores de saúde pública efetivos do Departamento de Assistência ao Escolar (DAE) e sem que haja reposição por concurso ou contratação desde 1966. A solução tem sido o aproveitamento de pessoal do Quadro do Magistério, que, após frequentar o Curso de Especialização de Educação em Saúde Pública da Faculdade Saúde Pública da USP, através do convênio SE-USP, tem sido afastado ou designado para prestar serviços ao DAE na área de Educação em Saúde (VIANNA, 1988, p.151).

Em outras palavras, a fértil experiência paulista da educação em saúde, iniciada a partir da Reforma Paula Souza, em 1925, com a instituição dos/das educadores/as sanitários/as, foi perdendo fôlego ao longo de mais de 60 anos, ficando seus remanescentes restritos às funções burocráticas. A educação em saúde na escola foi permeada, então, de outros matizes e contornos, sendo incorporada nos espaços escolares a partir de outras relações e redes sociais, bem como na materialização desses saberes em campos disciplinares específicos.

Se a educação em saúde na escola foi adquirindo outras perspectivas, como então ocorreram as práticas discursivas sobre as PES, nas unidades de saúde voltadas para as comunidades? De que modo os discursos oficiais privilegiaram certos saberes e como as PES se materializaram nos postos de saúde, a ponta do sistema de saúde? Para tentar discorrer sobre tais questões, vou abordar primeiro, os discursos oficiais, preferencialmente aqueles produzidos na década de 80. Em seguida, avançarei através do cotidiano das unidades de saúde, buscando conhecer/compreender suas PES.

#### 5.1.1 Os discursos oficiais sobre a educação em saúde na década de 80

Uma das ferramentas que auxiliariam a análise sobre esses discursos seria localizar em qual período histórico eles se encontravam, quais eventos ocorreram e em que cenários se concretizaram.

Por conseguinte, na década de 70, mais especificamente entre 1974 e 1979, houve a consolidação do movimento brasileiro da reforma sanitária, fundamentado em uma análise teórica das relações Estado-sociedade, relações de poder, sistemas de proteção social e outras, compondo críticas às políticas social e de saúde vigentes. Nos anos de governo Geisel, verificou-se maior espaço para os movimentos de resistência ao poder estabelecido e o desenvolvimento de políticas sociais. Quanto à saúde, o sistema dicotomizante 'cura-e-prevenção' foi alvo de críticas cada vez mais incisivas, pleiteando-se o ideário da universalidade, como prerrogativa do sistema de saúde brasileiro (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003).

No período que seguiu de 1980 a 1992, foram elaborados alguns documentos sobre educação em saúde pelo Ministério da Saúde, sendo que, simultaneamente, ocorreu o processo de democratização do Estado brasileiro, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, além da promulgação da Constituição de 1988 (ver Tabela 2).

Tabela 2 – Documentos sobre Educação em Saúde do Ministério da Saúde, 1980 a 1992.

<b>Ano</b>	<b>Título do Documento</b>
1980	Educação em Saúde nas Unidades Federadas (BRASIL, 1980)
1981	Ação Educativa: Diretrizes (BRASIL, 1981a)
1981	Ação Educativa nos Serviços Básicos de Saúde (BRASIL, 1988)
1981	Encontro de Experiências da Educação e Saúde (BRASIL, 1981b)
1982	Ação participativa: metodologia (BRASIL, 1987a)
1982	Ação participativa: avaliação de experiências (BRASIL, 1987b)
1982	Ação participativa: capacitação de pessoal (BRASIL, 1987c)
1983	Ação participativa: produção de materiais instrucionais (BRASIL, 1983)
1984	Ação participativa: perspectiva de atuação dos educadores de saúde pública (BRASIL, 1984)
1989	Educação em saúde – diretrizes (BRASIL, 1989)
1992	Educação para a participação em saúde – diretrizes gerais (BRASIL, 1992a)
1992	Educação para a participação em saúde – relatório final (BRASIL, 1992b)

Fonte: Gastaldo (1997)

Alguns desses documentos foram analisados por Gastaldo (1996) e Carvalho (1999), autoras que, utilizando aportes teóricos distintos, elaboraram pesquisas sobre a educação em saúde em período histórico ainda pouco estudado. Minha proposta aqui é apresentar algumas pistas sobre o percurso trilhado pela educação em saúde no Brasil, sob o prisma dos cenários oficiais, tentando articulá-los com a realidade dessas práticas nas unidades de saúde, tema do próximo item.

No primeiro documento sobre a Educação em Saúde nas Unidades Federadas (1980)<sup>78</sup>, ainda se percebe um enfoque das PES voltado para a mudança de comportamento. Nesse emaranhado de discursos dispersos, prevalece a figura do especialista, seja o profissional de saúde ou o educador em saúde pública, propriamente dito. Cabe a ele ajudar a colocar em cena a educação em saúde nos espaços institucionais:

Educação em Saúde é uma ação planejada que visa a criar condições para produzir mudanças comportamentais desejáveis em relação à Saúde, as quais permitem, por sua vez, garantir uma melhoria das condições de Saúde das coletividades.

A Educação em Saúde é uma ação planejada. Enquanto ação planejada para ser desenvolvida em nível de sistema, pressupõe o reconhecimento da existência de políticas nacionais sobre a saúde pública, da importância do conhecimento técnico-científico já desenvolvido na área e das necessidades e anseios dos grupos populacionais (BRASIL, 1980, p.37).

Segundo Gastaldo (1996), a educação em saúde assume o papel de estratégia do biopoder, ao incentivar e promover mudança de comportamentos em indivíduos, incentivando-os a adotarem estilos de vida mais saudáveis. A educação em saúde constitui-se, então, em dispositivo da governamentalidade, como parte de um processo complexo e heterogêneo que insere normas de comportamento em diferentes áreas da vida. São elementos da biopolítica sobre o corpo social.

Tanto Gastaldo (1996) quanto Carvalho (1995) apontaram para uma ruptura nesses discursos oficiais desde 1981, como resultado da sistematização de estratégias de resistência, organizadas em departamentos de Medicina Preventiva das universidades, em organizações como o CEBES, movimentos sindicais e aglomerados de outros grupos e associações, que Gerschman (2004) chamou de Movimento Popular em Saúde. Composto por várias forças e movimentos sociais, atuou intensamente, mas de forma irregular,

---

<sup>78</sup> Este documento sob a forma de relatório traz a análise de dados da pesquisa – *Os Recursos Humanos na Área de Educação em Saúde a nível Nacional* – realizada em 1979, pelo Departamento Nacional de Educação Sanitária, com o objetivo de caracterizar as estruturas e o funcionamento das secretarias estaduais de saúde e de educação, assim como as diretorias regionais da Superintendência de Campanhas de Saúde (SUCAM) e as diretorias regionais da FSESP com relação ao desenvolvimento das ações educativas na área da saúde.

alternando momentos de importante presença com outros, de distanciamento dos cenários de decisão na implementação da Reforma Sanitária.

Segundo Carvalho (1999, p.58):

É possível perceber pelos discursos presentes nos programas oficiais, a partir do começo de 80, a tônica que se dá à participação dos grupos comunitários e dos profissionais de saúde nas unidades locais, com ênfase à atenção primária. A necessidade de incorporar as formas de organização civil e popular, emergentes neste período, aos serviços oficiais concede aos enunciados desse momento o consenso em torno da necessidade de se estender os serviços básicos à população, até então excluída do sistema hegemônico vigente no regime autoritário.

No documento *Ação Educativa: Diretrizes*, a ação educativa em saúde incorporou os referenciais de Paulo Freire e Carlos Brandão, evocando a relevância da reflexão crítica, como também o desenvolvimento de uma consciência crítica capaz de promover a melhoria das condições de saúde, tendo a participação comunitária como premissa (BRASIL, 1981a).

A proposta que se estendeu por toda a década de 80 sobre a educação em saúde foi estimular a população, historicamente reprimida pelas elites, pelas oligarquias, enfim pelos governos autoritários, a reivindicarem seus direitos e somente com base na metodologia participativa, desenvolver a visão crítica sobre seus problemas de saúde, cujo conceito encontra-se em expansão como se percebe na VIII Conferência Nacional de Saúde.

No Encontro de Experiências da Educação e Saúde, promovido pela Divisão Nacional de Educação em Saúde, foram relatadas três experiências sobre a educação em saúde, procurando integrar comunidade e serviços de saúde – Projeto Integrado Saúde/Educação em Minas Gerais; a experiência da atenção primária em Curitiba; Projeto Vitória em Pernambuco (BRASIL, 1981b). Nesses relatos foi possível divisar as ressonâncias da Conferência de Alma Ata e também os respingos do processo de democratização em efervescência pelo país.

Ao final desse encontro, alguns conceitos tradicionais sobre as PES ainda permaneceram no relatório final, porém outros foram se aprofundando e procurando viabilizar as parcerias entre os serviços de saúde pública e a comunidade, sem estabelecer,

de antemão, um conteúdo programático, mas levando em conta a vivência social e cultural da população, suas necessidades locais, manifestadas pela própria sociedade (BRASIL, 1981b).

Mais uma vez a educação assumiu papel relevante na política de saúde brasileira, pois, segundo esses novos discursos sanitários, as PES eram primordiais, como instrumentos de difusão da saúde, como direito de cidadania e do processo de democratização da vida social. Sob essa perspectiva, a população deveria participar, não apenas no sentido do acesso aos serviços de saúde, mas também da sua gestão e seu controle (CARVALHO, 1999).

Para Gastaldo (1996), o enfoque na comunidade encontra respaldo na concepção de que ela – a comunidade – é capaz de promover saúde, sem necessitar do auxílio paternalista dos profissionais de saúde. Nesses discursos, percebem-se deslocamentos para os níveis locais de atenção em saúde, privilegiando-se a descentralização das ações, a partir das necessidades delineadas pela participação dos usuários do sistema de saúde.

Nos documentos sobre a Ação Participativa (BRASIL, 1987a,b,c), o refinamento dessa proposta assumiu outras dimensões, sugerindo rupturas com os modelos pedagógicos tradicionais e autoritários. Desse modo, a educação em saúde não seria mais o centro da discussão, mas a perspectiva da participação definida em termos de experiência educativa. E assim, os centros de saúde passariam a assumir o papel de catalisadores dessas experiências educativas.

A educação passa, então, a ser repensada como um processo capaz de desenvolver nas pessoas a consciência crítica das causas dos seus problemas e, ao mesmo tempo, criar uma prontidão para atuar no sentido de mudança. Essa proposta da educação para uma consciência crítica enfatiza a participação da população em um processo baseado no diálogo entre iguais.

Entendemos que a ação educativa, como um dos componentes das ações básicas de saúde, é tarefa de todos os profissionais que integram a equipe da unidade de saúde: o médico, o auxiliar, a enfermeira, a atendente, o dentista. Ela se insere em todas as atividades ou ações da unidade de saúde e deve ocorrer em todo e qualquer contato entre profissionais de saúde dentro e fora da unidade (BRASIL, 1987a, p.10 e p.11)

A metodologia participativa tenta se contrapor às intervenções coercitivas, abrindo espaço para conceitos tão caros aos movimentos sociais, como a autonomia, o diálogo, o desenvolvimento de consciência crítica e o respeito ao conhecimento popular.

Todavia, segundo Gastaldo (1996), os discursos sobre a participação comunitária podem ser entendidos como refinamento do exercício do biopoder: a criação de um conhecimento comum, o respeito à visão do paciente, assim como práticas educativas que interligam, por meio do diálogo, a população com as diretrizes centrais do sistema nacional de saúde. O paciente/usuário torna-se, então, um parceiro do sistema e um agente realizador das suas ações em nível local.

Apesar dessas perspectivas progressistas, no Encontro dos Educadores de Saúde Pública, realizado em Piracicaba, SP (Brasil, 1984), a professora Nelly Martins Ferreira Candeias, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, declarou que a educação em saúde passava por desafios em tentar transformar os princípios educativos filosóficos e conceituais para a elaboração de ações mais pragmáticas. Sua fala denunciou a ausência dos educadores em saúde pública nas discussões e participações no campo da saúde pública. Segundo Candeias (1984), “a educação em saúde encontra-se à deriva, isto é, flutuando ao sabor dos elementos, arrastada por correntes de natureza política. É esta a razão pela qual os educadores têm estado presos a uma rede administrativa de ilusões” (CANDEIAS, 1984, p.44).

O alerta de Candeias encontrou ressonância nas observações de Salomão (1984), em especial, sobre o papel desses educadores na Secretaria Estadual de Saúde paulista. Salomão apontou algumas dificuldades, como a falta de espaço profissional na rede, formação tecnicista, ações em saúde orientadas a procedimentos, sem contar a ausência de uma política formal sobre a educação em saúde.

Os relatos de Candeias e Salomão referiam-se à experiência de São Paulo, estado que instituiu desde a década de 20, a formação de educadores sanitários que, mesmo passando por transformações ao longo desses anos, ainda integravam as secretarias de saúde, tanto do Estado, como da capital. Porém, em outros estados, a educação em saúde era realizada por profissionais de saúde, principalmente a equipe de Enfermagem.

Nos documentos que se seguem, alguns conceitos foram mais apurados, como os discursos sobre o empoderamento e o enfoque participativo. Ou seja, sob essa perspectiva, o grupo passaria a decidir o que é considerado normal. A delimitação das normas é partilhada e construída pelos sujeitos, nas atividades de educação em saúde. Os métodos e conteúdos não são impostos, pois se espera que cada indivíduo construa suas prescrições, evitando assim, qualquer tipo de resistência, caso a abordagem fosse de caráter impositivo.

A prática educativa compreendida nesta metodologia (a metodologia de ação participativa), que inclui produção de conhecimento, reflexão, compromisso, ação e criticidade, deve resguardar os interesses das pessoas envolvidas que, no processo, poderão transformá-la e recriá-la. Essa recriação se dará na medida em que as pessoas acumulam experiência e produzem conhecimento, num esforço de ação continuada, refletida e avaliada (BRASIL, 1989, p. 11).

Nas metodologias participativas, as estratégias tradicionais e consideradas até repressivas, como as palestras, cedem espaço às táticas construtivistas, tais como atividades de grupo e a construção de conhecimento comum entre profissionais e pacientes. Assim, mesmo quando a abordagem sofre mudanças, como a proposta do método participativo, as tentativas de conduzir a conduta do outro podem persistir também. Mesmo sob o paradigma da participação, as relações de poder estão presentes. E as estratégias de biopoder ainda podem estar circunscritas ao saber científico que delimita a conduta do usuário.

Diante desses discursos, surgem algumas questões: as metodologias participativas foram implementadas nos estados e municípios? De que maneira essas propostas se concretizaram? Quais as leituras e ressignificações que os profissionais de saúde e a comunidade tiveram nesses cenários? Segundo Gastaldo (1997, p.157), “o caminho escolhido pela Divisão Nacional de Educação em Saúde não foi nada mais do que dizer aos postos de saúde para adotarem práticas participativas”.

A autora explica que a participação comunitária foi concebida de várias formas. A partir de sua pesquisa nos postos de saúde do Rio Grande do Sul, as referências sobre participação restringiam-se a algum auxílio da comunidade nas campanhas de vacinação ou

à criação de caixas de sugestões, que coletavam reclamações e pedidos dos usuários (Gastaldo, 1997). E assim, o discurso sobre a participação comunitária, mesmo decorrente dos movimentos de resistência, encontrou obstáculos na estrutura dos serviços e na equipe de profissionais de saúde, com formação tecnicista e biologicista.

No documento Educação para Participação em Saúde (BRASIL, 1992a,b), já no governo Collor, sendo Alcení Guerra, o Ministro da Saúde, as propostas alcançaram um enfoque mais operacional e apresentaram a análise da educação em saúde com a identificação de alguns problemas: o verticalismo, a descontinuidade, a separação entre o conhecimento científico e popular, o modelo médico tradicional e a ausência de um marco teórico e conceitual.

No entanto, mesmo com a introdução de novas concepções sobre a educação em saúde – a participação comunitária, a descentralização, a gestão democrática – o ajuste estrutural do sistema nacional de saúde encontrava-se em sua fase embrionária, o que poderia ter inviabilizado a implementação das metodologias participativas. Carvalho (1999) apontou que, nesse período, seguia em curso na Europa e Estados Unidos, o avanço do neoliberalismo que traria forte influência no campo da Educação e da Saúde, a partir da década de 90 e, na atualidade, encontra-se dispersa nas mais variadas dimensões da vida do brasileiro e da brasileira.

Não tive intenção de discorrer sobre os documentos produzidos pelo Banco Mundial e pela Organização Pan-Americana da Saúde a respeito da educação em saúde, também objeto de análise da pesquisa de Carvalho (1999). Todavia, algumas daquelas concepções alcançaram a década de 90, como tentativas de construção de um Estado mínimo e o fortalecimento da atenção primária, respectivamente.

A década de 80 se finda, após ampla discussão das políticas sociais e, no caso das políticas de saúde, materializa-se a criação do Sistema Único de Saúde vislumbrando-se o avanço sem tréguas do neoliberalismo e da globalização dos mercados mundiais. Todavia, antes de ocupar-me desse período, retorno a uma das questões levantadas: Como se desenvolveu a educação em saúde, nas unidades de serviço de saúde pública, os postos de

saúde? Seria possível tecer, nestes cenários, alguma articulação entre os discursos oficiais sobre educação em saúde na década de 80 e as PES nesses postos de saúde?

### 5.1.2 A Educação em Saúde nos postos de saúde: relatos de casos

A realização das PES nos postos de saúde, ou unidades básicas de saúde, ou centros de saúde, ou unidades sanitárias rememora a Reforma Paula Souza, em 1925, com a institucionalização de tais práticas nos referidos espaços. Não pretendo aqui, trazer a idéia de uma continuidade histórica, mas sim, recuperar nos sedimentos da historiografia sobre o assunto, o encontro das PES no cenário de assistência à saúde. Tanto no Capítulo 3, como no Capítulo 4, apesar da incisiva presença das PES nos espaços escolares, percebi deslocamentos das PES para os cenários formais de cuidado à saúde, cujos sujeitos responsáveis pelas atividades educativas passaram a ser, cada vez mais, os profissionais de saúde sem, no entanto, desconsiderar que professores e professoras ainda as executavam.

No percurso histórico em andamento, o papel dos postos de saúde sofreu deslizamentos, desencontros, porém, conforme foi discutido no capítulo quatro, o modelo sespiano teve como uma das premissas, a realização das PES em suas unidades sanitárias, referenciado em suas concepções sobre educação, saúde e a educação em saúde, igualmente apresentadas.

Logo, nesse período histórico particular, outros enlaces entre as PES e os centros ou postos de saúde se estabeleceram. Diferentes possibilidades de práticas e táticas foram construídas com base em discursos oficiais, em consonância com o avanço progressivo do processo de democratização da sociedade brasileira e as discussões emergentes a respeito da atenção primária em saúde.

Assim, a proposta desse item consiste em discorrer sobre como a educação em saúde se materializou nos postos de saúde. No entanto, os estudos sobre as PES nesses cenários durante a década de 80 são escassos, o que não impediu de relatar tais práticas a partir das pesquisas encontradas.

Os dois primeiros relatos referem-se ao início da década de 80, mais especificamente 1981 e 1983 e trazem a realidade dessas práticas, ainda pouco influenciadas pelos discursos oficiais de participação comunitária.

O trabalho de Ornellas (1981) teve como finalidade estabelecer a relação entre o discurso oficial e a operacionalização da atividade educativa e os conceitos populares sobre saúde. O campo da pesquisa envolveu dez unidades de saúde pública da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, localizadas em municípios da região metropolitana e na própria capital fluminense.

Dentre os achados, Ornellas (1981) verificou a distorção desses serviços que, em vez de aplicarem intervenções de prevenção, como a educação em saúde, os postos em questão atendiam a demanda de uma clientela espontânea constituída por candidatos à carteira de saúde e funcionários públicos que pleiteavam licença para tratamento de saúde ou abono de faltas, principalmente, nas regiões metropolitanas.

Procedimentos entendidos como educativos, incluíam as palestras e as entrevistas, sendo as primeiras realizadas em salas de espera, ou quando os usuários aguardavam a consulta médica, e as segundas, apenas no momento do atendimento.

O estudo constatou que: como “o volume da clientela se concentrava nos horários em que o médico estava presente e as funcionárias que executavam as atividades educativas acumulavam outras tarefas mais imediatas – inscrições, preparo para a consulta, aplicação de vacinas etc. – as palestras e entrevistas costumavam ser preteridas ou executadas às pressas” (ORNELLAS 1981, p.71).

Desse modo, a rotina do atendimento não facilitava a prática educativa, mesmo quando prevista, pois “de um lado existe a pressão de uma demanda natural dirigida à

consulta médica e, de outro, a demanda provocada, seja por instrumentos legais – cadastro, obrigatoriedade de vacina, distribuição de alimentos, de leite e aproveitamento de outros problemas para impor as práticas que a instituição propõe” (ORNELLAS, 1981, p.76).

A pesquisadora ainda acrescenta que as PES realizadas nas unidades de saúde se configuravam como vazias, distantes das realidades dos usuários e se fundamentavam em processos de transmissão de informações científicas, sem considerar as demais dimensões de vida daqueles que buscavam cuidado nesses locais. Suas críticas afirmavam que a educação em saúde era instrumento de opressão e de ação ideológica, prescritiva, sem a possibilidade de avaliação crítica. E como proposta, trouxe a perspectiva da participação, como um dos caminhos viáveis em reverter a opressão sobre as classes marginalizadas e assistidas nas unidades de saúde.

A pesquisa de Pereira (1983), apesar de ter sido realizada nas unidades de saúde de São Paulo-SP denominadas, na época, postos de assistência médica (PAM), não apresentou resultados diferentes. A principal clientela incluía gestantes e crianças, ocorrendo consultas de pré-natal, de pediatria, aplicação de vacinas, além de atendimento odontológico para as gestantes.

Ainda segundo Pereira (1983), as PES encontradas nestas unidades de saúde estavam em estágio rudimentar, sendo eventuais e superficiais. As principais atividades educativas restringiam-se às orientações sobre os medicamentos prescritos e dieta alimentar. E a autora complementa, afirmando: “a avaliação qualitativa do desempenho dos PAM no que se refere à educação em saúde vem sendo prejudicada, visto que não faz parte da rotina do pessoal de saúde, avaliar o nível de compreensão da clientela em relação às orientações recebidas, nem oferecer o reforço necessário [...] da mesma forma, não se procura verificar a adoção de práticas, por parte da clientela, que contribuam para a melhoria de sua saúde” (PEREIRA, 1983, p.123).

Essas pesquisas retratam as realidades particulares de unidades de saúde em relação à educação em saúde, porém trazem importantes elementos para a análise de seu percurso histórico. Será que ao longo da década de 80, os discursos oficiais foram, pelo menos em parte, incorporados a esses cenários? A pesquisa de Gilza Sandre Pereira (1993), que tratou

das representações dos profissionais de saúde sobre a educação em saúde, pode evidenciar se houve continuidades ou rupturas em seus cotidianos, ao implementar ações educativas em saúde.

A pesquisa foi realizada utilizando-se entrevistas com dezoito profissionais de saúde, que trabalhavam nos centros municipais de saúde do Rio de Janeiro. O grupo era composto por seis médicos, seis enfermeiros e seis nutricionistas.

Entre as atividades consideradas educativas, os sujeitos da pesquisa arrolaram: a consulta individual, a sala de espera, os grupos de diabéticos e hipertensos, além das visitas domiciliares e as palestras em escolas. Apesar de incluírem mais espaços educativos, a pesquisadora constatou que os entrevistados, em geral, não participam efetivamente de tais ações.

A autora enfatiza que:

Ao focar a prática de educação em saúde nos serviços de saúde, os profissionais de todas as categorias trabalharam dentro da idéia de prevenção de doenças como o objetivo primário de qualquer ação educativa. A idéia de criar hábitos de vida saudáveis une a noção de prevenção com a concepção instrumental da educação e está presente na maioria das entrevistas. O profissional seria, nesta forma de ver, o responsável por criar no outro (o paciente) uma série de hábitos que dizem respeito à prevenção de doenças e à promoção da saúde. Alguns chegam a considerar que a educação em saúde é suficiente para trazer mudanças ao quadro de saúde da população. Isso é encontrado igualmente nas três categorias profissionais. O foco principal dos ensinamentos e informações, visando à prevenção de doenças, são as crianças e as mulheres, o que nos coloca diante da mesma forma de pensar característica do higienismo do início do século (PEREIRA, 1993, p.83).

Mesmo com a proposição de novas concepções para as PES, ao longo da década de 80, alguns conceitos permaneciam, como se a finalidade principal fosse promover a adoção de hábitos saudáveis por parte da população assistida. Uma visão distorcida sobre o papel da educação em saúde, com ênfase em estratégias ainda disciplinadoras, desconsiderava as outras dimensões atreladas ao processo saúde-doença, como a moradia, o trabalho, o transporte, o lazer, ou seja, as condições de vida de cada usuário do sistema de saúde. Desse

modo, pela ótica da vulnerabilidade, as PES precisam considerar não apenas as dimensões individuais, como também os componentes sociais e o papel do Estado.

De acordo com Pereira (1993, p.84), “embora o discurso preventivista esteja tão presente e seja tão enfático, a prática é eminentemente curativa, gerando uma contradição nem sempre percebida pelos entrevistados”. A educação em saúde ainda era percebida como instrumento, ou meio, para se atingir modelos ou normas de bom comportamento, o comportamento saudável. Desse modo, eram práticas alienadas, que reforçavam as relações de poder em microespaços, como as unidades de saúde pública.

Então, qual o papel das PES nesse caminho que se perfilou ante a institucionalização da Reforma Sanitária, sendo a saúde um direito de todo cidadão brasileiro e dever do Estado?

Westphal e Pelicione (1991) trazem algumas contribuições que poderão elucidar a questão apresentada. Inicialmente, a educação sob essa nova proposta, baseia-se no princípio de que a sociedade se organiza em torno de um conflito central entre duas classes – a dos dominados e a dos dominantes. A educação situada no âmbito da saúde se configura como meio, complemento e suporte das ações médico-sanitárias visando à sua maior eficiência. Logo, as PES são instrumentos de mudança e integram o processo de construção de uma consciência que considere os direitos dos oprimidos e se organize em um sistema de saúde a favor da população.

Por conseguinte, a educação em saúde deveria auxiliar na formação de uma consciência sanitária, capaz de promover a organização dos movimentos populares, em busca de melhores condições de vida e de saúde. E em relação aos profissionais de saúde, a contribuição da educação em saúde seria defrontar a formação tecnicista e a alienação do pessoal da saúde. As autoras propõem ações sobre as instituições formadoras, além do aprimoramento da educação continuada fundamentada em pedagogias emancipadoras.

Por último, reforçam a necessidade de desenvolver processos educativos para os grupos organizados da população, estimulando-os a assumir espaços nos variados cenários de embates políticos, como os bairros e as escolas.

As PES delimitadas pelas autoras pretendem contribuir na formação de sujeitos emancipados. E assim, todo o processo educativo a ser implementado nos cenários do SUS, quer seja formação inicial e/ou continuada deve perseguir essa perspectiva, que se fundamenta na fabricação de sujeitos autônomos e capazes de reverter a situação de opressão vivenciadas pelas classes de trabalhadores.

As sugestões de Westphal e Pelicione (1991) encontraram espaço aberto no início dos anos 90, mas qual o percurso histórico da educação em saúde, nesse período? Como, de fato, as PES contribuíram na constituição desses sujeitos históricos no período adiante? Para auxiliar na análise e compreensão dessa ontologia do presente, proponho uma pausa para discorrer sobre a construção do sujeito ativo, concepção relevante e historicamente instituída, a partir dos conceitos foucaultianos de segurança e liberdade e que me auxiliará na etapa final da análise. Somente na última parte desse capítulo, voltarei a atentar para as dispersões discursivas entre o sujeito ativo e suas interfaces com o neoliberalismo, que apresenta um sujeito emancipado, autônomo e crítico, semelhante àquele prometido pelo ideário da Reforma Sanitária.

## 5.2 Segurança-liberdade: políticas, estratégias e tecnologias da governamentalidade na construção do sujeito ativo

O curso ministrado por Michel Foucault, no *Collège de France*, de 11 de janeiro a 5 de abril de 1978, teve como título *Segurança, território e população*. Ao longo do evento, à medida que o filósofo francês analisava o liberalismo do século XVIII, propôs como categoria de análise, a segurança, pois, segundo ele, essa questão foi inserida na nova racionalidade de governo (FOUCAULT, 2007a).

Em sua aula inicial, Foucault chama a atenção para o conjunto de mecanismos que transformaram as características biológicas do ser humano em objeto de estratégia política, de estratégia geral de poder. Além do mecanismo da disciplina, já conhecido e estudado

pelo autor, o conceito de segurança emerge como um dispositivo, que se aproxima do campo da probabilidade. Este não vem cancelar ou anular as estruturas jurídico-legais e, muito menos os mecanismos disciplinares. Ao contrário, o(s) dispositivo(s) da segurança acontece(m) em e no conjunto desses fenômenos.

Na nova racionalidade de governo, os referidos dispositivos, em consonância com os mecanismos de intervenção do Estado, vão assegurar e regular os processos econômicos, os fenômenos naturais e os processos intrínsecos da população.

Foucault (1997) explicou no curso que seu estudo objetivou apresentar o fio condutor da gênese de um saber político que colocou no centro de suas preocupações a noção de população e os mecanismos capazes de possibilitar seu controle e regulação. Isto quer dizer que, novos problemas e novos dispositivos emergiram durante a passagem de um “Estado territorial” para um “Estado de População”.

Daí, foi possível perceber que população deixava de ser mera soma de pessoas que vivem em um território e sim, “um conjunto de elementos que, por um lado, se vinculam ao regime geral dos vivos [a população diz respeito, então, à espécie humana, noção nova na época que se deve distinguir de gênero humano] e, por outro, pode dar vazão a intervenções articuladas” (FOUCAULT, 1997, p.84).

Sob a nova racionalidade que se disseminou na Europa oitocentista, Foucault propõe o estabelecimento de uma relação que se torna inseparável, o par segurança-liberdade (Foucault, 2007a). Por conseguinte, a liberdade é o meio que circunda esse novo espaço de governo, a população. O desrespeito à liberdade não é simplesmente uma violação ilegítima dos direitos, mas a ignorância em como governar (Gordon, 1991). Por ora, deixo o conceito de liberdade, para melhor aprofundar as concepções de Foucault sobre segurança.

Assim, se os dispositivos de segurança não substituem o aparato legal e os mecanismos disciplinares, como delimitar esse conceito emergente? Novamente Foucault (2007a) passa a detalhar quatro prováveis características dos dispositivos de segurança. A primeira estaria relacionada à idéia de espaço ou espaços de segurança. A segunda, ao problema da incerteza, do aleatório, da probabilística. A terceira, à normalização

proveniente do conceito de segurança, que se diferencia daquela que vem da disciplina. E por último, a correlação entre a segurança e a população, agindo tanto como objeto e sujeito desses dispositivos de segurança.

Em outra tentativa de delimitar melhor esse conceito, Foucault (2007a) esclarece que o poder soberano é exercido nos limites e dentro de um território; a disciplina ou o poder disciplinar é exercido sobre os corpos de indivíduos, mas a segurança atua sobre toda a população. Sob este prisma, os dispositivos de segurança e as tecnologias decorrentes podem se constituir em mecanismos de controle social.

Foucault também apresenta algumas diferenças entre a disciplina e a segurança. A disciplina é centrípeta, atua sobre um espaço específico e determina um segmento. A disciplina concentra, focaliza e se fecha em si. A disciplina circunscreve o espaço em que atuam as relações de poder. A disciplina regula tudo. Já os dispositivos de segurança apresentam a tendência em se expandir; são centrífugos. A esses dispositivos, novos elementos são integrados, como psicologia, comportamento, modos de fazer e produzir as coisas, consumidores, comércio, marketing e, ao mesmo tempo, se organizam e estabelecem novas relações, outros circuitos (FOUCAULT, 2007a).

Os dispositivos de segurança não delimitam espaços rígidos e são flexíveis, permitem a mobilidade em um intervalo, não se restringem a uma relação binária e sim, ao conjunto de pertinências, de possibilidades, de regulação de processos naturais, de controle de fenômenos epidêmicos, de organização de espaços urbanos (Foucault, 1994). Em outras palavras, a lei proíbe, a disciplina prescreve e a função essencial da segurança, sem proibir ou prescrever, porém utilizando alguns instrumentos legais e disciplinares, é responder a fatos da realidade de tal modo que sua resposta anule os elementos dessa realidade que desencadearam esses dispositivos. Como, então, fazer?

Foucault exemplifica com o uso de fenômenos, como o aprimoramento do espaço urbano, a escassez de alimentos e a epidemia de varíola. Especificamente falando da epidemia de varíola, os dispositivos de segurança seriam acionados para eliminar totalmente qualquer possibilidade de um fenômeno considerado natural. Como solução, os mecanismos de segurança utilizariam elementos de controle, de regulação, de medição, da

estatística vital, de verificação, para então, prevenir o aparecimento do fato que provocou a ação de tais dispositivos, a epidemia de varíola.

Os elementos citados atestam que os dispositivos de segurança envolvem uma série de eventos que são possíveis e prováveis, utilizam-se de ferramentas de cálculo para comparar e avaliar custos e sua especificação percorre um intervalo aceitável e pertinente, não se restringindo ao binarismo dos mecanismos disciplinares (GORDON, 1991).

Ao final da quarta aula, em 1º de fevereiro de 1978, conhecida como a Governamentalidade, Foucault diz ser a segurança, um movimento que avança diante da moderna racionalidade de governo. Desse modo, “esse Estado de governo que tem essencialmente como alvo a população e utiliza a instrumentalização do saber econômico, corresponderia a uma sociedade controlada pelos dispositivos de segurança” (Foucault, 2006f, p.293). Desde então, passou-se a viver em uma sociedade de segurança, em coexistência com uma sociedade de direito ou disciplinar já instauradas.

Retorno, então, ao outro componente que caminha em parceria com a segurança: a liberdade. Para Foucault (2007a), a liberdade deve ser compreendida neste universo de mudanças e transformações de tecnologias de poder. A liberdade está correlacionada à aplicação dos dispositivos de segurança. Um desses dispositivos só poderia atuar e operar em condições de liberdade, possibilitando movimento, mudanças de posição e processos de circulação de coisas e pessoas. E de modo inusitado, Foucault propõe que a liberdade nada mais é que uma tecnologia de poder: “*First of all and above all it is a technology of power*” (2007a, p.49).

A liberdade é um dos componentes da racionalidade de governo que ascendia em solo europeu no século XVIII, o liberalismo. Para Foucault (2003b), o liberalismo não seria uma teoria, nem ideologia, muito menos um ideal, mas um modo racionalmente pensado de fazer as coisas, que funcionariam como método e princípio da arte de governar. A liberdade seria o espaço ilimitado para o mercado atuar e se relacionar com sujeitos livres para exercer sua autonomia e poder de escolha (BURCHELL, 1993).

Retomando Foucault, ele reafirma que a liberdade é a condição necessária para o exercício das tecnologias governamentais, pois o poder somente é exercido sobre sujeitos livres. Por meio da liberdade, um campo de possibilidades se abre, permitindo que as condutas, reações e modos de comportamento possam acontecer. A liberdade é a condição de existência do poder, pois, sem ela não existiria espaço para o exercício dessas relações de poder (FOUCAULT, 1995).

A liberdade em Foucault pode ser considerada como uma tecnologia da governamentalidade, contrapondo-se à idéia de uma liberdade essencialista ou, *a priori*, todavia atrelada a mecanismos de submissão ética, como o olhar normativo dos outros, o trabalho disciplinar de agências estatais ou não. Assim, ser livre seria conduzir sua existência, a sua conduta a partir da relação de si com os outros ou consigo mesmo, a partir de relações de poder, que, cada vez mais, impõem outros constrangimentos, diferentes dos mecanismos disciplinares, favorecendo a criação de cidadãos, como condição primeira do seu efetivo exercício nas sociedades liberais (RAMOS DO Ó, 2003).

Na transposição das sociedades liberais para o neoliberalismo, outras formas sociais são inventadas e, por conseguinte, não se verifica a simples reprodução das relações de poder já existentes. Assim, é possível detectar que a arte de governar nas sociedades neoliberais e contemporâneas tem sido construída no último quartel do século vinte, desenvolvendo novas articulações na fabricação de novas subjetividades, entre as quais, o sujeito ativo, o sujeito prudente, o sujeito empreendedor, o sujeito que se autogoverna. Para Ramos do Ó (2003), percebe-se a ênfase crescente na regulação desses sujeitos cidadãos, em que a responsabilização pessoal e a autonomia são essenciais para esses novos/outros processos identitários.

O que se pretende desde então é perguntar como as novas estratégias de governamentalidade podem construir novas subjetividades, neste caso, o sujeito ativo. Qual seria a relação com as concepções de segurança e de liberdade em sociedades, cuja tecnologia de governo nunca deixou de ser liberal, muito menos cessou de estar obcecada pelo liberalismo, desde o final do século XVIII? Tomaz Tadeu da Silva (1999) afirma que as tecnologias que produzem tais subjetividades são a condição de governamentalização do

estado. Isto é, “mais autonomia significa também mais governo (no sentido de controle da conduta) ou [...] mais cidadania significa também mais regulação” (SILVA, 1999, p.8).

Parafraseando as questões levantadas por Foucault sobre a sexualidade (2007b): de que maneira os indivíduos têm sido levados a exercer, sobre eles mesmos e sobre os outros, o autogoverno e o autocuidado? Como esses sujeitos se reconhecem como pessoas ativas, que gerenciam sua saúde, sua carreira profissional e suas famílias? Quais são as formas e as modalidades da relação consigo, por intermédio dos quais, o indivíduo se constitui e se reconhece como sujeito ativo? Isto é, inquirir sobre as problematizações em como esse sujeito se dá e como deve ser pensado e as práticas a partir das quais essas problematizações se formam:

Deve-se entender, com isso, práticas reflexivas e voluntárias através das quais os homens não somente se fixam regras de conduta, como também procuram se transformar, modificar-se em seu ser singular e fazer de sua vida uma obra que seja portadora de certos valores estéticos e responda a certos critérios de estilo (FOUCAULT, 2007b, p.15).

A constituição de sujeitos ativos são/podem ser processos históricos de mecanismos de sujeição, formas de poder que se aplicam à vida cotidiana imediata, marcando esses sujeitos em suas próprias individualidades, impondo efeitos ou jogos de verdade, os quais devem ser reconhecidos e que os outros têm de reconhecer neles. Para Foucault (1995), a construção dessas subjetividades envolve relações complexas e circulares com outras formas, uma combinação astuciosa de técnicas de individualização (ou tecnologias de si) e de procedimentos de totalização (estados de dominação).

Foucault situa as tecnologias de governamentalidade entre as tecnologias de si e as tecnologias de dominação, como estratégias que operam sobre o campo de possibilidades onde se inscreve o comportamento dos sujeitos ativos. Isto é, conduzir a conduta do outro<sup>79</sup>

---

<sup>79</sup> A expressão condução da conduta (*conduire leur conduite*) foi escrita por Foucault, no prefácio da edição francesa da *História da Sexualidade volume 2*, para referenciar a existência em diferentes espaços sociais, de modalidades idênticas de envolvimento de cidadãos através de tecnologias de governamentalidade em que a ação humana é submetida às regras de cálculo, de medida e de comparação (RAMOS DO Ó, 2003). Foucault

é agir sobre um ou vários sujeitos ativos, governando assim, um eventual campo de ação dos outros.

As formas e os lugares de governo dos homens uns pelos outros são múltiplos numa sociedade; superpõem-se, entrecruzam-se, limitam-se e anulam-se, em certos casos, e reforçam-se em outros [...] poderíamos dizer que as relações de poder foram progressivamente governamentalizadas, ou seja, elaboradas, racionalizadas e centralizadas na forma ou sob a caução das instituições dos Estados (FOUCAULT, 1995, p.247).

Os atos ou as condutas são os verdadeiros comportamentos das pessoas em relação aos códigos ou prescrições impostos aos sujeitos. A fabricação de sujeitos ativos na contemporaneidade pode evocar quatro aspectos principais: o aspecto desse sujeito ou o comportamento relacionado à conduta e o que é concebido como ser indivíduo ativo, sua substância ética. O segundo aspecto é o modo de sujeição descrito anteriormente, que se constitui na maneira pela qual as pessoas são chamadas ou incitadas a se reconhecerem como ativas. O terceiro inclui as práticas de ascese, que são os meios pelo quais esses sujeitos podem se modificar para se tornarem sujeitos. E o último aspecto, qual o tipo de ser a que aspiramos, quando nos comportamos como sujeitos ativos. Foucault chama esses quatro aspectos acerca da constituição de subjetividades – sua ontologia, sua deontologia, sua ascética e sua teleologia (FOUCAULT, 2007b).

Portanto, é possível afirmar que o sujeito ativo é fabricado, assim como foi o sujeito passivo e docilizado ou, nas palavras de Foucault: “eu diria que, se agora me interessa de fato pela maneira como e qual o sujeito se constitui de uma maneira ativa, através de práticas de si, essas práticas não são, entretanto, alguma coisa que o próprio indivíduo invente. São esquemas que ele encontra em sua cultura e que lhe são propostos, sugeridos, impostos por sua cultura, sua sociedade e seu grupo social” (2003c, p.276).

---

define a governamentalidade como “práticas pelas quais é possível constituir, definir, organizar, instrumentalizar as estratégias que os indivíduos, em sua liberdade, podem ter uns em relação aos outros [...] são indivíduos livres que tentam controlar, determinar, delimitar a liberdade dos outros e, para fazê-lo, dispõem de certos instrumentos para governar os outros” (2003b, p.286).

Para Jorge Ramos do Ó, o tema em questão não se trata agora da coerção e dos constrangimentos exercidos sob a massa dos governados, visto que “o poder liga-se antes aos modos como, numa dinâmica onde a autonomia e liberdade estão cada vez mais presentes” e sim, sobre a produção de cidadãos, não apenas destinatários, mas “intervenientes nos jogos e nas operações de poder” (RAMOS DE Ó, 2003, p.31).

Ao sujeito contemporâneo, o desenvolvimento da cultura de si criou indivíduos sob a crença: pertence-se a si, só depende de si mesmo, que buscam combater qualquer possibilidade de fraqueza e fragilidade com base em princípios universais, provenientes da razão ou da ciência, tendo como profetas, os especialistas, cuja teleologia é a soberania do sujeito sobre ele próprio. Assim, como vigilante censor de si mesmo, o sujeito ativo aplica-se sobre si práticas de ascese, que interpelam as subjetividades que circulam, sob a égide do capitalismo tardio, da valorização excessiva do corpo e da busca contínua pela saúde perfeita. Conseqüentemente,

À medida que um maior número de pessoas sintoniza a sua conduta com a de outros, a teia de acções vai se organizando igualmente de forma mais pertinente, porque assenta essencialmente numa economia caracterizada por autocoações. De outra forma, os mecanismos de controlo individual são uma resposta ao aumento de densidade e complexidade das *networks* sociais (RAMOS DO Ó, 2003, p.72).

No curso oferecido por Michel Foucault em 1979, sob o título *Nascimento da Biopolítica*, o autor já apresenta algumas análises sobre o neoliberalismo e aponta para uma nova tecnologia de governo que, em vez de se caracterizar apenas pelo afrouxamento ou minimização do Estado, passa a estabelecer novas responsabilidades e a conduzir novas ações em conformidade com modelos apropriados, nos quais os governados são encorajados, livre e racionalmente, a se conduzirem a si mesmos (FOUCAULT, 1997; VEIGA-NETO, 2000).

Segundo Veiga-Neto (2000), a racionalidade neoliberal estabelece múltiplas interpelações, ou seja, cada sujeito é, ao mesmo tempo, alvo dos processos de assujeitamento, como também perito/especialista, em fazer as suas escolhas. Essa liberdade

para escolher sua própria trajetória pessoal, proveniente da combinação entre sujeição e especialista, não se resume a componentes de uma possível ideologia neoliberal e sim, na própria ambivalência que a liberdade assume no neoliberalismo.

Na perspectiva do neoliberalismo, a liberdade do sujeito é uma condição para a sua sujeição, visto que o exercício da autoridade pressupõe a existência de um sujeito livre, tornando possível o processo de conformação e moldagem em matrizes identitárias, que fazem esses sujeitos capazes de exercitar suas liberdades (Dean, 1999). São estratégias de autonomização de sociedades, práticas de liberdade que se materializam em formas ativas, como o exercício do consumo, auto-ajuda, mudança de estilo de vida, emoldurados em um conjunto de regras, normas, indicadores e conselhos de especialistas, que se capilariza a partir de artefatos pedagógicos, como as revistas, TV, jornais, internet, rádio e em outros espaços e temporalidades que afloram as pedagogias culturais.

Tendo em vista os deslocamentos dessas outras racionalidades de governo, percebem-se novos/outros mecanismos de poder e novas/outras relações que acercam as concepções de segurança e liberdade. A fabricação do sujeito ativo, sujeito independente, sujeito de si, autor de suas próprias escolhas, colige para o sujeito que se responsabiliza pelos riscos e perigos que essas escolhas implicam. Para Caliman (2001), a relação entre segurança e liberdade se transforma e se acentua, após a Segunda Guerra Mundial, com a criação de instituições de segurança social, capazes de capitalizar os riscos e a segurança, mensurá-los e estabelecer relações de probabilidade, promulgando a lenta dissolução das atribuições do Estado em prol do cidadão responsável.

Nesta etapa histórica contemporânea, não linear e singular em cada Estado-nação, mas que avança em diferentes níveis de intensidade, a busca conjunta de segurança e liberdade presencia um impasse que transfere aos sujeitos independentes a responsabilidade por suas vidas, sua trajetória profissional, sua saúde, além dos riscos assumidos e das conseqüências decorrentes. Segundo Rose (1999), o que se espera desses sujeitos ativos é que eles sejam capazes de construir o seu curso de vida, a partir de suas escolhas. Suas decisões e aspirações são conduzidas por componentes inteligíveis para si e para os outros,

isto é, uma busca universal por valores definidos pelas sociedades contemporâneas, garantindo satisfação e realização de si para si.

No campo da Saúde, o avanço tecnológico da biomedicina fundamenta e possibilita as escolhas mais saudáveis, permeadas por relações de poder e, talvez até, por relações de dominação, tendo como objetivo, a construção de sujeitos ativos, como fim maior dessas sociedades, que tornaram a vida e a saúde objetos do capitalismo tardio.

Caliman assinala que as análises de Foucault confluem para pelo menos três fatores em todo esse processo: “o desenvolvimento de uma racionalidade de governo ligada à lógica de um mercado social de capitalização da vida; o aumento da busca por uma maior segurança e proteção que tem no indivíduo seu maior responsável e o lugar cada vez mais central que a saúde passa a ter na vida individual e coletiva” (CALIMAN, 2001, p.94).

O sujeito ativo é o indivíduo independente e livre, capaz de fazer suas escolhas, mas também de se responsabilizar pelo ônus das decisões tomadas ao longo de sua vida. Assim, conforme Ewald, com a ascensão do conceito de segurança desde o século XVIII, concretiza-se a passagem do nível de uma microfísica para um nível biopolítico. Com efeito, “o risco é para a segurança, o que a norma é para as disciplinas, sendo a categoria do risco, categoria constitutiva da segurança, o exacto homólogo da norma disciplina” (EWALD, 2000, p.88).

Logo, a adoção de comportamentos saudáveis, como dietas alimentares e práticas de exercícios físicos implicam práticas que constroem identidades, produzem indivíduos que continuamente se autovigiam. São tecnologias de segurança, tecnologias governamentalizadas, pautadas no autogoverno e regidas pela filosofia do risco. São práticas de controle incentivadas pelo Estado e também pela sociedade. São processos de re-regulação inseridos em um contexto permeado de flexibilidade e liberdade, que se materializa pelo refinamento de novas estratégias de vigilância. Afinal, são práticas que têm na ontologia da segurança, sua ética, ascética e teleologia.

Na formação dos sujeitos ativos, algumas dimensões ou facetas podem ser problematizadas e qualificadas. Não se propõe aqui uma única concepção de sujeito, mas a

possibilidade de outros sujeitos, descentrados, que são atravessados por elementos, como a prudência, o empreendedorismo e a performatividade. Tais componentes poderiam em maior ou menor escala integrar as ações constitutivas dos discursos veiculados nas PES, permeadas pela ótica do sujeito biológico (ROSE, 2007), que tem sua subjetividade delimitada e inventada pela biomedicina, seus parâmetros e indicadores, seu *corpus* suas tecnologias e estratégias de dominação e tentativas de dimensionar outras/novas identidades.

### 5.2.1 – Sujeitos ativos-prudentes-empresendedores-performativos

Na sociedade de risco, os sujeitos ativos são sujeitos prudentes (O'Malley, 2000), indivíduos que fazem escolhas e, no caso da saúde, a partir de todo o conhecimento biomédico adquirido, sob a tutela de especialistas, que apresentam um leque de opções com comprovação científica. E caso essas ações sejam incorporadas em sua vida, acarretarão na posse da saúde e no afastamento da doença. Desse modo, o normal e o patológico delimitam as escolhas do sujeito ativo, que mesmo diante da liberdade que possui, é coagido moralmente a ser um sujeito responsável e assim, incorporar comportamentos sadios.

Nesse ambiente em que o risco epidemiológico assume papel central nas ações em saúde, o conhecimento biomédico se capilariza em narrativas que colonizam e marginalizam outros saberes. Por discursos que se propagam na televisão, internet, rádio, jornais, revistas, publicidades e outras mídias, as concepções da biomedicina circulam nesses espaços. São as pedagogias culturais que educam esses sujeitos, inserindo-os em *corpus* entremeado de termos biológicos e assim tornando familiar e amigável, todo o universo simbólico, antes considerado estranho e intangível.

Dessa articulação entre o saber médico e o conceito de prudência e responsabilidade, emergem práticas discursivas que estabelecem a possibilidade de uma

distinção social: aquele que sabe se cuidar e aquele que não sabe cuidar de si. O sujeito prudente adota para si, em sua rotina diária, práticas que prevenirão no futuro longínquo, o aparecimento de alguma doença.

Para Vaz *et al.* (2007, p.150):

Essa construção de um estado generalizado de quase-doença que incita à atividade de evitar doenças futuras significa a proposição de uma experiência médica da morte. Para que os indivíduos cuidem de si, a morte deve estar a uma distância adequada, aquela onde acreditam que podem evitá-la, nem muito afastada no horizonte das decisões cotidianas, para que seja ignorada quando se age, nem próxima demais, de modo a que se pense que nada pode ser feito para adiá-la e que o melhor é repensar a relação com a vida.

Esse sujeito prudente e responsável tem seus valores redefinidos pelos padrões de qualidade de vida, cujos referentes privilegiados são o corpo e a espécie. Segundo Costa, em contraponto ao sujeito prudente, dotado de tenacidade e de vontade forte, surgem os estultos:

Estultícia é a inépcia, a incompetência para exercer a vontade ou domínio do corpo e da mente, segundo os preceitos da qualidade de vida. O louco de outrora ameaçava a cultura por ser um contra-exemplo vivo da idéia do homem como ser racional. O perverso, por exibir a potência dos instintos degradados, excessivos, regredidos, incontroláveis pela razão. O estulto ameaça pelo mau exemplo da fraqueza de vontade (COSTA, 2005, p.195).

Em consonância com a prudência, as racionalidades contemporâneas do Estado agregam a perspectiva do sujeito empreendedor. O sujeito que se autogerencia, capaz de administrar seu corpo e mente, sua saúde e seus comportamentos como uma empresa. Esse *ethos* é impregnado de componentes do empreendedorismo e, contraditoriamente, esses sujeitos prudentes precisam ser inovadores, criativos e capazes de se reinventar. São chamados a correr riscos.

O fato de correr riscos constitui uma das contradições da sociedade neoliberal que obriga os sujeitos a lutarem freneticamente por sua inclusão no mercado de trabalho. A

teoria do capital humano, segundo Sordi (2005, p.30), “justifica e obriga que cada um cuide de seu repertório e construa a sua própria inclusão, sugerindo que o processo de acumulação de certificados escolares possa exercer diferença na rota do fracasso ou êxito social de cada um”. Mesmo que o enfoque da autora seja o processo educacional, suas idéias encontram ressonâncias na concepção do sujeito ativo, que deve, ao longo de sua vida, capacitar-se, investir em si mesmo, estabelecer metas e construir uma imagem de responsabilidade, comprometimento e competência.

Na sociedade de sujeitos ativos, os cidadãos são capacitados para o mercado de trabalho. São encorajados para atividades que garantam sua empregabilidade. Na sociedade ativa, a participação também ocorre pelo envolvimento desse sujeito em práticas de educação e treinamento continuados, garantindo o contínuo aprimoramento de suas habilidades e competências, que se expandem também para a vida em família, nas horas de lazer, viagens, em que o sujeito ativo sempre está aprendendo e exercitando algum conhecimento (Dean, 1995). A idéia é exercitar, no curso da vida, ações de auto-investimento, que promovam a sua imagem de comprometimento consigo mesmo, assegurando o sucesso de sua gestão, o empreendimento de si.

Sob essa perspectiva, algumas ações provenientes do meio empresarial passam a integrar o cotidiano desses sujeitos, como o planejamento, a organização, a elaboração de estratégias, o levantamento de custos, o acompanhamento dos resultados, os investimentos e o *marketing*. No caso da saúde, o sujeito empreendedor executa ações ascéticas em prol da qualidade da vida, através de investimentos em seu próprio corpo e na aparência, pois, cada vez mais, a somatização da subjetividade representa a liberdade pessoal e o melhor de nós<sup>80</sup>.

Para López-Ruiz (2004), em sua análise sobre os executivos de empresas transnacionais, o capitalismo contemporâneo apregoa que cada indivíduo deve se

---

<sup>80</sup> Segundo Costa (2005, p.192): “O advento da cultura somática virou de ponta-cabeça esse imaginário. O desempenho corporal foi posto no mesmo patamar do aperfeiçoamento sentimental ou das finalidades cívicas. A alteração nos costumes, à primeira vista, é mínima. Olhada de perto, porém, impressiona. O interesse pelo corpo exacerbou a atenção dos indivíduos para com a sensorialidade, e a superexploração dessa faceta da experiência corporal vem sendo acompanhada de efeitos físicos, mentais e socioculturais inusitados.”

comportar como se ele estivesse conduzindo seu próprio negócio, dono (ou sócio) da empresa na qual trabalha e que seu trabalho deve assumir a forma de produto ou serviço a ser vendido. Trata-se de uma ética do empreendimento que o orienta e estimula o sujeito a exercer o papel de seu próprio chefe e assim assumir toda a responsabilidade pela direção de sua própria “empresa”, neste caso, a sua carreira, a sua vida profissional. O processo identitário que se estabelece sugere a esse sujeito, a idéia de ‘proprietário de si’, ou seja, dono de suas capacidades, competências e habilidades e apto para investir nelas e empreender constantemente novos desafios.

O *ethos* do executivo de empresas transnacionais estudado por López-Ruiz (2004) é envolto por efeitos de verdade, que circulam e esperam naturalizar e sedimentar as características citadas acima, mais uma vez classificando em bons e bem-sucedidos executivos e maus e fracassados executivos. Porém, a ambivalência percorre esses territórios, visto que a relação que esse executivo estabelece com a empresa pode ser efêmera, já que o mercado assume o papel de árbitro implacável, sentenciando esse sujeito empreendedor com base em seus resultados, sem levar em conta, toda sua história de vida. Afinal, o que importa são os resultados positivos daquele momento, daquele mês ou semana, pois seu passado glorioso pode em nada auxiliá-lo, diante de números negativos no tempo que é hoje.

O investimento em si requer acompanhamento dos resultados e da performance das ações realizadas. O sujeito ativo tem sua performance avaliada e, em termos de biomedicina, seus parâmetros de normalidade são aferidos por exames laboratoriais, a verificação do peso corporal, a adoção de uma dieta alimentar balanceada, bem como o combate ao sedentarismo, entre outros.

A performatividade é uma cultura e um modo de regulação, que se utiliza de comparações e exposições, como meios de controle, atrito e mudança. Os sujeitos têm seus desempenhos avaliados em critérios de produtividade e rendimento. Suas ações são inspecionadas e avaliadas em termos de qualidade ou valor, atribuídos por outros agentes externos. São julgamentos que privilegiam o desempenho máximo, acarretando um trabalho intenso no próprio *self* (BALL, 2002).

As tecnologias do desempenho estão diluídas em relações institucionais, nas empresas, nas escolas e nos estabelecimentos de saúde, promovendo mudanças nas subjetividades, caracterizando-os de modo diferente do que eram, fornecendo novas alternativas de ação. Com a performatividade, os sujeitos aprendem que podem se tornar mais do que eram. O discurso sedutor dessas novas práticas tem como elementos nucleares a competição, a eficiência e a produtividade (BALL, 2002).

No transcorrer de tantas mudanças, novas subjetividades são fabricadas. Essas transformações não afetam apenas o que fazemos, mas também quem somos – a nossa identidade. Na invenção de sujeitos ativos, prudentes, responsáveis e empreendedores de si, estão envolvidas estratégias e dispositivos que modificam o *self* e a relação das pessoas umas com as outras. É a luta pela alma, pela conformação de sujeitos antes docilizados por tecnologias disciplinares para sujeitos ativos, capazes de se autogovernar (BALL, 2002).

Desse modo, após ter dissertado sobre a concepção do sujeito ativo e seus encontros com os conceitos foucaultianos de segurança e liberdade, adentro a década de 90, chegando aos dias atuais – procurando analisar como as PES poderiam contribuir na invenção do sujeito ativo. A outra questão refere-se à proposta consubstanciada pela Reforma Sanitária e institucionalizada no Sistema Único de Saúde, que trata do processo de transformação dos sujeitos, outrora passivos e oprimidos, em sujeitos emancipados, autônomos e críticos a partir de ações em saúde, como as PES. Assim, considerando que os elementos discursivos comentados se encontram dispersos nos mais variados espaços, reitero a seguinte questão: Como as concepções de sujeito – ativo e/ou emancipado – estão entrelaçadas e imbricadas nas PES contemporâneas?

### 5.3 As PES contemporâneas e seu entrelaçamento de discursos

Não é minha intenção esmiuçar os eventos e fatos históricos que atravessaram a década de 90 e chegaram aos dias atuais, praticamente no término da primeira década do

século vinte e um. Todavia, alguns deles merecem ser citados, para que a análise/compreensão seja pautada em espaços-tempos históricos.

Para Saviani (2007), o tempo que se instalou vem permeado de outro clima cultural próprio, dotado de alguns matizes, como a informática, as máquinas eletrônicas, a produção de símbolos e a expansão dos meios de comunicação. Essa modernidade tardia (ou pós-modernismo) é enredada por jogos de linguagens e não por metanarrativas.

No campo da Economia, a desregulação dos mercados, a abertura das economias nacionais e a privatização dos serviços públicos ganham pauta nas discussões e prescrições de como cada nação deve conduzir-se a partir de então. Porém, enquanto os Estados de Bem-Estar social passam por mudanças em suas gestões, no Brasil, dois fatos interligados chamam a atenção: o processo de democratização que dá seus primeiros passos e a implantação do Sistema Nacional de Saúde, o SUS.

Em um cenário histórico como esse, repleto de movimentos, pausas, em que vários atores entram e saem de cena, estão as PES e suas perspectivas não necessariamente antagônicas ou simétricas, porém apresentando marcos conceituais distintos, que podem apresentar fronteiras não tão delimitadas, ora se confundindo, ora se entrecruzando. Refiro-me ao papel das PES como dispositivos na constituição de sujeitos ativos ou de sujeitos emancipados.

Dessa forma, finalizo, mesmo que transitoriamente, as discussões sobre perspectivas em foco, procurando explicar como se encontram imbricadas nos discursos sobre a promoção da saúde, no processo educativo implementado no e pelo SUS e as PES, nos mais variados cenários – formais e informais – incluindo desde as unidades básicas de saúde até as estratégias educativas em saúde veiculadas em revistas, televisão e internet.

### 5.3.1 A PES e a Promoção da Saúde

Desde a década de 80, o discurso sobre a Promoção da Saúde afluou com mais veemência nas arenas de discussão sobre a saúde pública, primeiro, nas conferências internacionais promovidas pela OMS, alcançando, posteriormente, o cenário nacional<sup>81</sup>. E o impasse que estabeleceu foi: seria a promoção da saúde a nova saúde pública?

Se a Promoção da Saúde veio incorporar novas diretrizes para o campo correspondente, quais seriam as atribuições das PES? Seymour (1984), Cattford e Nutbeam (1984) procuraram delimitar as diferenças entre as duas propostas e lançaram suas questões, atentando para o novo horizonte que se via na promoção da saúde, dotado de outras dimensões que não se reduzem tão somente às ações voltadas ao indivíduo.

Como proposta alvissareira para o campo da Saúde Pública, a Promoção da Saúde foi tema de debates, que tentaram definir seu arcabouço teórico, encontrar e propor estratégias e atividades, enfim, transpor para os microespaços, as escolas e as unidades de saúde, seus conceitos e razões (TANNAHILL, 1985).

Assim, as dúvidas que ressoavam sobre a educação em saúde ou promoção da saúde, começaram a ser mais bem delineadas ou, pelo menos, seus discursos começaram a se sedimentar. Segundo French (1985 e 1990), a educação em saúde tinha o papel de facilitar e estimular a promoção da saúde e não de dominá-la. A promoção da saúde se ocupava de questões mais amplas, envolvia mais atores e estava relacionada a questões organizacionais, enquanto a educação em saúde constituía-se em um dos componentes desse grande conceito 'guarda-chuva', restando à educação em saúde fornecer informações, desenvolver habilidades e melhor exercitar o controle de sua saúde.

Com o avanço das discussões sobre Promoção da Saúde, foi possível detectar duas concepções. Uma delas, associada às práticas educativas dirigidas à mudança de

---

<sup>81</sup> Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde de Ottawa, em 1986; Adelaide, 1988; Sundsväl, 1991 e Jacarta, 1997 (BUSS, 1999).

comportamentos das pessoas, focalizando seus estilos de vida ou tentando abolir seus hábitos nocivos. A outra tinha como fim, enfrentar os determinantes sociais e não somente as conseqüências dos problemas do campo da saúde<sup>82</sup>.

Segundo Gonçalves (2001), a primeira abordagem foi predominante nos Estados Unidos desde a década de 80 e sua finalidade era a de reduzir os riscos de estilos de vida, por meio de programas dirigidos a indivíduos ou grupos populacionais específicos. Minkler (1989) também aponta para as duas abordagens sobre a promoção da saúde e propõe maiores avanços para a perspectiva que considera as questões estruturais e sociais relacionadas à saúde. A autora chama a atenção para o papel do educador em saúde, que precisa atuar tanto em nível micro quanto macro.

Desse modo, o conceito de promoção da saúde pode apresentar e significar outras concepções, não apenas para as nações que utilizam esse conceito em suas políticas públicas de saúde, como também para os profissionais de saúde.

Por isso, a proposta de Promoção da Saúde no Canadá, um dos países mais referenciados sobre essa temática, apresenta diferenças consideráveis em relação a outros como o próprio Brasil. Segundo Carvalho (2002), o Canadá, rico e desenvolvido, com sólida proteção social e uma democracia consolidada, vê na Promoção da Saúde, ações estratégicas para aprimorar e manter a qualidade de seus serviços de saúde e para enfrentar a transição demográfica de uma população que rapidamente envelhece, sem contar o aumento da prevalência de condições crônicas.

No Brasil, os discursos sobre a Promoção da Saúde colidem com a colossal desigualdade social, a implantação de um sistema de saúde universalista e a consolidação dos direitos de cidadania. Vislumbram-se no território brasileiro, realidades díspares, refletindo assim, a dispersão de discursos e práticas, ora entremeadas de ações focadas na formação de sujeitos emancipados, ora na invenção de sujeitos ativos.

---

<sup>82</sup> Carvalho (2004) propõe que o modelo teórico da Promoção da Saúde encontre respaldo em duas vertentes principais: o empoderamento psicológico e o empoderamento social/comunitário.

Quando as PES são confrontadas com a Promoção da Saúde, principalmente sob a abordagem mais ampliada, sua concepção parece se restringir a ações voltadas para o indivíduo e a adoção de comportamentos saudáveis (BUSS, 1999; CANDEIAS, 1997). Tal perspectiva reducionista das PES reproduz, ainda que parcialmente, as concepções históricas da educação sanitária e suas limitações em considerar, entre outras, as dimensões sociais e econômicas. Entretanto, é possível discordar das visões acima apresentadas. As PES podem assumir outros contornos e outros aportes teóricos. Para Wallerstein (1988, 1992), que abraça a concepção mais ampliada da Promoção da Saúde, as PES assumem elementos da pedagogia crítica, sendo compostas por etapas que envolvem a escuta, o diálogo e as ações sob a tutela do referencial teórico de Paulo Freire.

A cultura, o empoderamento, a participação da comunidade também são elementos que parecem ser incorporados às PES (ISRAEL *et al.*, 1994, AIRHIHENBUWA, 1994, ENGLISH; VIDETO, 1997) e encontram ressonância na proposta da Educação Popular em Saúde, movimento social e educativo implantado no Brasil.

Todavia, as PES sob os auspícios da Promoção da Saúde e, mais especificamente, fundamentadas em estratégias de empoderamento, podem se materializar em dispositivos de governamentalidade, tentativas de conduzir a conduta, por meio de ações que focalizam apenas a adoção 'a-histórica' de comportamentos saudáveis, como deixar de fumar, prevenir desordens coronarianas e até melhorar a performance no emprego. Para Powers (2003), essas estratégias são e permanecem coercitivas – o que não difere do debate realizado por Brown e Piper, trazendo outra questão (1995): o que fazer quando, mesmo cientes das conseqüências deletérias daquela ação/hábito, mesmo capazes de tomar conta de si mesmas, as pessoas optam por atitudes, comportamentos e ações que fogem ao padrão do saudável? Para estes autores tal situação não significa que o processo educativo falhou. Provavelmente, a questão aqui levantada encontre discussões mais férteis sob a perspectiva da vulnerabilidade.

No entanto, as concepções ampliadas de Promoção da Saúde podem apresentar limites. Para Carvalho e Gastaldo (2007, p.7):

[...] freqüentemente, grupos de indivíduos que se conscientizam de suas causas de seus problemas de exclusão social e de como estes afetam a saúde podem transformar apenas alguns aspectos de sua condição, mas não logram transformar o *status quo* e criar as condições macro e micro-estruturais que promovam a sua saúde e a de seus pares.

Outra questão importante refere-se à formação desse sujeito emancipado, a partir do empoderamento social: será que, mesmo diante dos limites já discutidos, seus conceitos se materializaram nas práticas de saúde. Oliveira (2005) entende que ainda permanece a visão individualista da saúde. Sua abordagem se desloca para a responsabilidade pessoal e uma indicação do 'bom' uso da autonomia individual. Ou seja, as PES parecem continuar entremeadas de roupagem favorável à formação do sujeito ativo. A tradicional educação em saúde encontra-se camuflada nos discursos fundamentados na filosofia do risco, no autocuidado e na teoria do capital humano que incorporam concepções de grande relevância para os signatários da Reforma Sanitária, como a cidadania e o direito à escolha, mas que circulam e constroem outros efeitos de verdade.

Segundo Coveney (1998), os discursos sobre Promoção da Saúde governam à distância ao estabelecer elos entre os sujeitos e os jogos de linguagens dos especialistas. A Promoção da Saúde – aplicada individual ou coletivamente – delimita uma ética, um modo pelo qual as expectativas, os anseios e atitudes desses sujeitos são avaliados em relação ao campo de conhecimento, em poder do especialista. Enfim, é possível afirmar que a Promoção da Saúde constitui-se em tecnologias de governamentalidade, que nos conduzem e nos inventam, mas também propiciam suscitam estratégias de resistência.

### 5.3.2. As PES e os processos educativos implementados no e pelo SUS

Com a implantação do SUS ao longo da década de 90, os interesses das autoridades e liderança da saúde pública brasileira estiveram direcionados à sua operacionalização.

Uma das estratégias para se consolidar o sistema nacional de saúde foi investir na formação profissional dos trabalhadores de saúde que atuavam no SUS.

Como acredita Farah (2006, p.32), “não se organiza sistema de saúde, não se muda modelo de atenção à saúde e não se colocam em práticas políticas com simples atos governamentais”, se não existir de fato o comprometimento e interesses dos atores envolvidos nesse complexo cenário da saúde e neste caso, os trabalhadores em saúde que atuam no SUS.

Diante disso, as PES passaram a focalizar, tanto a formação inicial dos futuros profissionais/trabalhadores em saúde, quanto a formação continuada. O despreparo para atuar em um modelo que pretende enfatizar a atenção primária em saúde tem sido unânime, pois desconhecimento do correto atendimento, de acordo com os princípios do SUS, dificultam sua operacionalização.

Com a institucionalização do Programa de Saúde da Família, como política pública nacional de saúde, a partir de 1994, as PES voltam-se para a demanda de um novo profissional em um modelo de atenção que se caracteriza na determinação social, no qual a vigilância à saúde constitui o eixo orientador desse modelo.

Sob a égide da Saúde da Família, essa proposta-política-estratégia, que foi ganhando espaço, fundamenta-se em atenção focada na saúde, tendo como sujeitos do processo de ação o indivíduo, a família e a comunidade em seu espaço vital, para melhor compreensão dos fatores determinantes do processo saúde-doença (FARAH, 2006).

Desse modo, a partir de 1997, o Ministério da Saúde criou os Pólos de Capacitação em Saúde da Família (PCSF) em vários estados, com parcerias entre universidades e serviços, visando a capacitar equipes para a Atenção Básica, trabalhando novas habilidades técnicas, cognitivas e valores. Neste processo, os serviços de saúde assumiram o compromisso de preparar os profissionais em exercício e as universidades responderiam pelo ensino de graduação, pós-graduação, além de assessoria e implementação das práticas assistenciais (HILDEBRAND *et al.*, 2000).

Em 2000, três anos após a implantação, realizou-se um processo de avaliação de 12 pólos. Como relata Campos *et al.* (2006), vários dilemas foram apresentados, requerendo soluções corajosas para o aprimoramento da formação e educação continuada de profissionais para a saúde e, principalmente, para a atenção básica. Porém, durante a década de 90, à luz do modelo neoliberal, desencadeou-se um processo de desvirtuação do SUS – disfarçado por um discurso de modernização gerencial, que possibilitou e estimulou estratégias para a privatização de serviços de saúde.

No Relatório da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (2004), entre várias iniciativas e estratégias para a formação do novo profissional, foram apontadas: VER-SUS, para estudantes de cursos de graduação em saúde; o projeto de Formação Técnica em Itinerário (Forti-SUS), com a finalidade de qualificar e habilitar em serviço e o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE).

No que tange à formação inicial, as propostas seguiram um caminho cheio de trilhas e veredas, descontinuidades e muitas discussões. Como exemplo, apresento o Curso de Graduação em Enfermagem e, principalmente, a confluência de discursos que culminou nas Diretrizes Curriculares, elaboradas para todos os cursos da saúde, a partir de 2000.

Segundo Rodrigues (2006), as diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Enfermagem apresentam duas questões contraditórias: a formação de enfermeiros voltada para o SUS e a proposta de uma formação por competências, que seria considerada adequada para o futuro trabalhador em saúde. Para a pesquisadora, tal perspectiva é incompatível com o ideário da Reforma Sanitária, mesmo porque a formação por competências tende a individualizar o processo de construção coletiva, despotencializando e fragmentando as práticas em saúde. As contradições, mais uma vez, corroboram a imbricação entre as duas concepções das PES como dispositivos na fabricação de sujeitos, tanto os emancipados quanto os ativos.

Formar profissionais de saúde para o SUS? Foi a questão incorporada aos textos das diretrizes pelos especialistas da área, baseando-se na premissa de que o SUS e todo seu referencial teórico constituem-se espaços educativos privilegiados que comportam e possibilitam a materialização das mudanças no âmbito da saúde. Urbano (2002), ao

discorrer sobre os eventos que ocorreram no cenário brasileiro relacionados às políticas de saúde, elege como uma das estratégias mais relevantes para a consolidação do SUS e o enfrentamento do neoliberalismo, a formação de um novo profissional conforme o paradigma sanitário, em detrimento do paradigma biomédico.

Retornando a Rodrigues (2005), a formação de profissionais de saúde voltados para o SUS “tornou-se uma afirmação corrente a partir das diretrizes curriculares e, na enfermagem, nos fóruns coletivos, ela tem se feito presente” (p.200) – como nos seminários nacionais de diretrizes para a educação em Enfermagem. No entanto, estas proposições sobre a formação em saúde apresentam suas ambivalências.

Se por um lado, presenciamos a perspectiva de trazer para os cursos de graduação em saúde todo o ideário do SUS, verificamos também a formulação do currículo por competências. Para Rodrigues (2005), além de algumas supostas virtudes, a noção de competência agrega algumas falácias num contexto de desemprego, de precarização do trabalho e de suas relações. A formação por competências traz consigo elementos do neoliberalismo, do aprender a aprender; reforça o individualismo, desprestigia a organização coletiva e desfavorece a cooperação no trabalho.

Cabe ressaltar que a inserção da pedagogia por competências foi fruto de discussões, embates e remonta à década de 80, visto que os discursos sobre o enfermeiro competente ou que ele desenvolvesse sua formação, além da atuação técnica, já se apresentava nas reuniões das escolas de Enfermagem brasileiras. Logo, as diretrizes curriculares não apresentam um discurso puro, voltado para o SUS, mas incorpora elementos e influências de todo um corpus de idéias, que se configuram em pontos importantes das diretrizes, sofrendo interferências de agências externas, como o Banco Mundial e a OMS, além de concepções que ganham mais força com a expansão da globalização, como a performatividade.

Por outro lado, como estratégias de resistência, ocupando algumas brechas e a porosidade do sistema de saúde, algumas propostas alternativas das PES emergiram, como o caso da Educação Popular em Saúde, desde a década de 60. Seus espaços de atuação se movimentaram das periferias e da zona rural, para os grandes centros e encontraram apoio

no Ministério da Saúde, no governo do presidente Lula. Do entrelaçamento de aportes teóricos da pedagogia crítica com o campo da saúde, os profissionais da área, descontentes com o modelo biomédico, perscrutaram outros caminhos, buscando-os no saber popular, na participação comunitária, na redução das hierarquias, do verticalismo e da invisibilidade desses autores e atores no cenário nacional (VASCONCELOS, 2001).

Definir a Educação Popular em Saúde (EPS), talvez pudesse ser algo arbitrário, mas considero relevante apontar algumas características desse movimento que sistematizou, na década de 90, a chamada Rede Popular de Educação e Saúde. Segundo Silva (2001), as PES em nome da EPS congregavam processos com a finalidade de expandir o envolvimento da população no acesso e gestão de bens e serviços públicos; a indissociabilidade entre indivíduo/coletivo e o enfoque na autonomia e na cidadania, com base em ações de caráter transformador.

A proposta da EPS converge com o ideário da Reforma Sanitária, denunciando os processos de dominação atribuídos ao capitalismo, todavia, considera o ser humano como sujeito de sua história e relaciona a saúde e a doença às questões estruturais. Para Silva (2001), os teóricos da EPS consideraram a possibilidade de romper com a alienação desses sujeitos por meio das PES emancipadoras e assim, formar uma consciência coletiva que desencadeasse a transformação social, a autodescoberta e a organização coletiva.

No entanto, tais propostas, apesar de trazerem questionamentos sobre o modelo biomédico dominante, parecem apresentar algumas limitações quanto à sua implantação, no cotidiano dos serviços de saúde, como afirma Meyer:

Minha atuação docente na área de educação em saúde, no entanto, tem mostrado que essas práticas, então consideradas progressistas e as teorias que se embasaram (que já estão sendo, ao final dos anos 90, bastante problematizadas) não tiveram impacto importante na resignificação de boa parte dos programas educativos que se desenvolvem no campo da saúde [...] eu diria que o cenário destes anos 90 abriga um forte debate em torno das concepções mais críticas de educação e saúde que sustentaram as discussões dos anos 70 e 80, sobretudo daquelas de orientação marxista ortodoxa, que se centravam prioritariamente, na análise de divisão da sociedade em classes definidas por sua inserção nos sistemas de produção e é o próprio contexto que estamos vivendo que torna visíveis essas insuficiências (MEYER, 2000, p.74).

### 5.3.3. As PES: das pedagogias culturais à alfabetização em saúde

Finalizando este capítulo, apresento as PES que atravessam os espaços formais das escolas, universidades e serviços de saúde, mas exercem seu papel educativo, ao circular discursos com efeitos de verdade, delimitam como artefatos pedagógicos. Segundo Marisa Vorraber Costa, “todos os locais de cultura em que o poder se organiza e se exercita, como programas de TV, filmes, jornais, revistas, brinquedos, catálogos, propagandas, anúncios, *videogames*, livros, esportes, *shopping centers*, entre tantos outros, são espaços que educam, praticando pedagogias culturais que moldam nossa conduta” (COSTA, 2002, p.144).

São as pedagogias culturais trazendo a plethora de discursos na forma de artefatos, que funcionam como mecanismos de representações e, ao mesmo tempo, operam nos processos identitários. Segundo Bagnato, “os discursos utilizados nesses artefatos culturais difundem certos modelos de educação em saúde e cidadania, colaborando para a construção e a produção de sentidos, significados, relações de poder e para a constituição de sujeitos em certos tempos e espaços” (BAGNATO, 2007, p.166).

A concepção do sujeito ativo parece ser evocada em vários artefatos culturais, divulgados por campanhas educativas em saúde, entre as quais, as campanhas de prevenção à AIDS (SANTOS, 2002), de combate ao tabagismo (RENOVATO *et al.*, 2007) e de prevenção e manutenção de saúde do olho (SOUZA, 2006).

Segundo Santos (2002), o papel das campanhas sobre prevenção à AIDS veiculadas na TV reforça o enfoque sobre o indivíduo, seu autocuidado, orientando sua conduta e suas práticas. São estratégias de governamentalidade. Ou seja, conduzir a conduta à distância. Os discursos veiculados procuram reforçar a filosofia do risco, que se fundamenta, não apenas na ciência biomédica, mas também na ontologia do par segurança-liberdade. A expectativa é proteger a população com ações individuais, de práticas de si. Implementar a ascese corporal, o governo sobre a vida.

Sobre a campanha de combate ao tabagismo, as imagens veiculadas nos cigarros interpelam os sujeitos, usuários do tabaco, conclamando-os adoção da abstinência e, simultaneamente, reforçam o discurso moralizante e classificatório, que separa bons de maus. Essa estratégia biopolítica, que mais uma vez considera apenas as dimensões individuais, encontra seu respaldo na biomedicina. E assim, as PES veiculadas através de artefatos culturais circulam as concepções do sujeito ativo – aquele que sabe cuidar de si e, portanto, classifica, rotula e condena os ineptos e incapazes de vencer a dependência nicotínica (RENOVATO *et al.*, 2007).

Sobre a campanha de prevenção e manutenção da saúde visual (Souza, 2006), a análise realizada pela autora corrobora os achados anteriores e encontra eco na pesquisa de Santos (2004), que estudou em sua dissertação os materiais pedagógicos inseridos no Programa Nacional de Saúde do Escolar. Para essa autora, os artefatos são estratégias de governamentalidade, produzindo normas e estabelecendo padrões. Porém, percebe-se certo deslocamento da vigilância disciplinar para uma gestão privada de riscos. O autopolicimento ocorre em sintonia com o avanço das tecnologias e das ciências da saúde, reforçando essa vigilância ao longo da vida.

Outros artefatos também podem assumir o papel pedagógico sobre os modos de ser e fazer do ser humano, a exemplo das análises de Andrade (2002) e Schewengber (2006) referindo-se, respectivamente, às revistas *Boa Forma*, *Pais & Filhos*. A *Revista Boa Forma* têm como tema central o corpo. Não um corpo qualquer, o corpo perfeito e magro, o corpo grávido e saudável. São dicas, prescrições, receitas, orientações que delineiam normas de ser e, ao mesmo tempo, marginalizam aqueles que não se encaixam naqueles padrões.

Os discursos presentes reforçam o autocuidado e o gerenciamento de sua própria imagem, estética e beleza, componentes importantes na sociedade ocidental, catalisada por um consumismo sempre crescente, por parte daqueles que têm condições de mantê-lo. E mesmo os excluídos do poder de compra têm como meta, algum dia, adquirir todos os ideais propagados por esses valores simbólicos.

O conceito ampliado de saúde não se restringe apenas às dimensões sociais e econômicas, mas avança para um termo que abarca as perspectivas da modernidade tardia:

a qualidade de vida. Portanto, produzir corpos regulados e corpos saudáveis implica em adotar práticas de ascese (ORTEGA, 2005). Práticas que envolvem responsabilidade, cuidado de si, envolvimento com os resultados obtidos, vigilância constante dos resultados. Novas dimensões são arroladas nessa cultura somática. A educação dos corpos avança e atravessa as várias dimensões da vida do sujeito contemporâneo, inclusive sobre a empregabilidade mensurada pelo cuidado de si.

O que esperar, então, de sujeitos hipertensos, com taxas de colesterol elevado, com sobrepeso, sedentários, com dietas alimentares não balanceadas? A adoção de características do sujeito ativo, isto é, de atitudes de comprometimento consigo mesmo, esperando dele ações pró-ativas, comportamentos regulados, escolhas esteticamente adequadas, sem contar a construção de um corpus lingüístico, o qual atravessa os campos da Nutrição, da Medicina Estética, da Educação Física e de outros saberes que passam a compor esse sujeito biológico.

Para Bezerra (2007), a sociedade ocidental vive em uma situação paradoxal:

Livramo-nos da pressão da tradição, no desejo de sermos autônomos. Afirmamo-nos como indivíduos quando colocamos a tradição em segundo plano. No entanto, somos escravos de modelos que nos ensinam como devemos agir para sermos indivíduos mais auto-suficientes e vencedores em nossas atividades diárias. Ser indivíduo é seguir um modelo que nos é imposto [...] o individualismo vive uma exacerbação, uma vez que a modernidade inventou que cada sujeito se constrói a si próprio<sup>83</sup>.

As PES, sob a ótica do sujeito ativo, fortalecem a perspectiva do individualismo. Bezerra (2007) entende que o individualismo virou a norma, a ideologia dominante. Mesmo diante de tantas desigualdades sociais, os discursos analisados nas revistas e campanhas educativas, evocam a autonomia e a capacidade de escolha. Porém, essas escolhas são guiadas por especialistas, visto que, à medida que nos sentimos cada vez mais autônomos e

---

<sup>83</sup> A citação foi extraída de documento eletrônico, sem paginação.

donos de nosso destino, a grande parte das pessoas se sente desassistida, precisando de alguém que possa dizer o que fazer, qual a escolha certa.

Os discursos pedagógicos sobre saúde e corpo, presentes também nas mídias de massa, como televisão e rádio, divulgam novos padrões para se obter a qualidade de vida. E assim, os ideais de felicidade passam a ser vinculados a itens simbólicos, como posse, conquista e aquisição de objetos. A saúde passou a ser considerada como um bem a ser adquirido, ao mesmo tempo em que o campo da saúde assume cada vez mais espaço.

Para Kickbusch (2007), hoje vivemos em uma sociedade da saúde, que se caracteriza pela expansão do território da saúde e pela expansão da reflexividade da saúde. A sociedade da saúde apresenta quatro áreas específicas: a saúde do indivíduo, a saúde pública, a assistência médica e o mercado da saúde. Segundo a autora, esse mercado vem assumindo novos territórios, porém, menos tangíveis e mais virtuais. O poder simbólico da saúde passa, então, a compor com mais nitidez os processos identitários dos sujeitos contemporâneos.

Com isso, novas estratégias de regulação começam a ser construídas e novas formas de governamentalidade são estabelecidas. Para Kickbusch (2007), os sujeitos que compõem a sociedade de saúde são consumidores críticos e ativos, cujos laços de parceria com o Estado assumem graus de sofisticação e refinamento, como as tecnologias de cidadania apontadas por Dean (1999).

Com o avanço da saúde, outros espaços são criados e as PES se capilarizam através da mídia, da internet e da televisão. Os sujeitos ativos têm seu processo educativo em saúde 'energizado' nos espaços midiáticos, sem contar que o mercado de saúde rompe a fronteira do complexo médico-industrial e abraça campos pouco explorados, como a medicina do bem-estar.

Kickbusch (2006) argumenta que a saúde pública se encontra em uma encruzilhada, pois os sujeitos da saúde esperam fazer as suas próprias escolhas e os representantes do mercado afirmam que o consumidor com mais autonomia sabe exatamente o que é o melhor para a sua saúde. Essa visão, bastante discutível, traz à tona outro componente das

PES sob a ótica do sujeito ativo: a alfabetização em saúde, denominada em *health literacy*, em inglês.

As estratégias de alfabetização em saúde podem ser tecnologias de cidadania, que se propõem desenvolver habilidades e competências para tomar decisões sobre a saúde no cotidiano – em casa, na comunidade, no trabalho, nos sistemas de saúde e na arena política. A alfabetização em saúde constitui um dos mecanismos de empoderamento, que encontra escopo na Promoção à Saúde e envolve mecanismos de transmissão de informação em saúde disseminados nas mais variadas esferas da vida.

Se as PES apresentam cada vez mais outras possibilidades e ‘outros-velhos-novos’ formatos, como elas ocorrem nas unidades básicas de saúde? Retorno, então, a Antônio Carlos de Azevedo, apresentado no início deste capítulo, ao se referir à importância e à necessidade de se implementar as PES nas unidades de saúde. Desse modo, mesmo que sucintamente e tomando por base pesquisas de Doutorado e Mestrado, penso ser possível perceber alguns indícios de processos de subjetivação, a partir das práticas educativas.

Na pesquisa de Machado (1997), que utilizou como cenário do trabalho empírico o Centro Municipal de Saúde de São Carlos-SP, as atividades educativas ali realizadas, apresentavam infra-estrutura e espaço físico incompatíveis, sem contar que a interdisciplinaridade não foi evidenciada e os profissionais de saúde envolvidos manifestavam contradições quanto aos referenciais teóricos adotados. Em suma, as atividades educativas não eram consideradas prazerosas.

Em outro estudo realizado em um Centro Municipal de Saúde, na cidade de Florianópolis-SC, Garcia (1997) relatou que, mesmo diante das reformulações no sistema nacional de saúde, as práticas em saúde ali verificadas reproduziam o modelo tradicional. Isto é, “o que tem acontecido é uma defesa política da manutenção, mesmo que não refletida e não intencional por parte dos trabalhadores nesses serviços” (GARCIA, 1997, p.142).

Em outra pesquisa mais recente, realizada em um centro de saúde de São Paulo-SP, (TRAPÉ, 2005) as concepções sobre educação, saúde e educação em saúde, dos agentes

comunitários de saúde do Programa de Saúde da Família (PSF), ora tendiam para o modelo mais conservador e ora mais próximo do ideário da Reforma Sanitária. Em geral, esses profissionais concretizavam esse saber conservador, voltado para o enfrentamento dos problemas de saúde já configurados. Conforme Trapé (2005, p.178), “sem saber como realizar o enfrentamento dessa situação os agentes lançam mão de estratégias de convencimento e amedrontamento que condicionem a população a seguir suas orientações”.

Já em outro estudo que teve como temática a avaliação do PSF de dois municípios baianos (Copque; Trad, 2005), as PES foram classificadas como ações de prevenção, reforçando a histórica dicotomia entre ações curativas e preventivas. As ações preventivo-educativas também não foram incluídas como ações de promoção da saúde. Das PES apontadas como mais incidentes, estão as visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde e as atividades dos grupos educativos envolvendo gestantes, hipertensos e diabéticos. Tais estratégias educativas foram apontadas como positivas, diferente do modelo de atenção básico anterior. Todavia, em um dos municípios avaliados, as PES eram quase inexistentes, restringindo-se a palestras em escolas e visitas domiciliares.

No trabalho de pesquisa de Alves (2004) sobre as ações educativas realizadas pelos médicos no Programa de Saúde da Família, dirigidas a pacientes hipertensos, o processo educativo caracterizou-se pela centralidade conferida ao indivíduo, à doença e à remissão de sintomas. As outras leituras sobre o ser humano, as outras possibilidades de olhares se esfumaram e ficaram restritas a uma narrativa que tem no profissional de saúde seu eixo central, sem diálogo com o usuário. Abichequer considera que, no processo do trabalho educativo em saúde, parece ainda predominarem abordagens que isolam “indivíduos ao invés de enxergá-los, incluídos em seus meios sócio-econômico-culturais, que afirmam ao invés de questionar, determinando *a priori* estilos de vida considerados saudáveis e que limitam ao invés de ampliar possibilidades de lidar com o conhecimento produzido na interação profissional-usuário/a” (ABICHEQUER, 2007, p.140).

Em outra pesquisa sobre as concepções de educação em saúde de profissionais médicos do Programa Médico de Família de Niterói (Marques, 2006), os sujeitos da

pesquisa vêem o contato individual como a melhor forma de desenvolver as práticas educativas em saúde, em detrimento de outras atividades que envolvem o coletivo, como os grupos educativos. A educação em saúde foi vista como a estratégia principal para a prevenção, entendida aqui como mudança de hábitos. No entanto, a autora relata que as concepções de educação em saúde eram bastante difusas, mescladas de elementos do higienismo com a valorização do saber popular. Ou seja, o percurso a ser trilhado na área da educação em saúde ainda se faz longo e necessário nos cenários da atenção básica.

#### 5.4 Considerações transitórias

Seria possível afirmar que ocorreram rupturas no modelo tradicional das PES ou que houve deslocamentos das concepções da educação sanitária para a educação em saúde, nos mais variados cenários, com maior ênfase nas unidades básicas de saúde?

Percebi nos discursos oficiais novos e velhos, outros contornos dessas práticas, propondo não mais a coerção, nem a simples transmissão de informações ou a mera busca de mudança de comportamentos não saudáveis para a adoção de hábitos saudáveis.

A participação de todos ou metodologia participativa passou a ocupar a centralidade do processo educativo, tendo como fim principal quebrar o ciclo de opressão instaurado sobre esses sujeitos, pelo menos nos discursos oficiais. A representação polarizada dos sujeitos colocava de modo arbitrário, aqueles que eram os opressores e os demais, os oprimidos. As PES deveriam assumir, então, o papel estratégico de romper e contribuir na formação de novas subjetividades, entremeadas de autonomia, criticidade e possibilidades emancipatórias.

Sob esse prisma, as relações seriam mais igualitárias. O saber do outro, do usuário e agora do cidadão deveria ser cada vez mais considerado, já que a saúde tornou-se juridicamente direito de cada brasileiro e brasileira.

Por outro lado, parecem existir permanências das PES tradicionais, da educação sanitária de outrora. Novas e outras roupagens do higienismo incorporaram o *ethos* desse sujeito cidadão, livre para fazer suas escolhas e capaz de gerenciar seu corpo. A perspectiva do sujeito ativo, que busca no emaranhado de informações sobre saúde, nos discursos autorizados dos especialistas, elementos para dar fundamento às decisões sobre si, sobre sua saúde, sobre seu corpo.

Nesse mundo globalizado, de conexões capilarizadas entre o global e o local, as PES podem contribuir na formação de sujeitos prudentes, sujeitos responsáveis, ou seja, sujeitos ativos que passam a consumir serviços e produtos de saúde, em mercados que avançam mais e mais, em áreas pouco exploradas. Se a concepção de saúde sofreu expansões, o individualismo se exacerbou em detrimento das dimensões coletivas e o Estado parece delegar crescentes responsabilidades a esse sujeito fragilizado.

Ao sujeito ativo, muito mais que o papel de cidadão, aparece com veemência o sujeito consumidor. E essa ambivalência pode se disseminar pelos mais variados cenários, de modo heterogêneo, como os espaços de cuidado à saúde, por exemplo, as unidades básicas de saúde.

Assim, as PES contemporâneas podem apresentar várias configurações impregnadas de modelos tradicionais, de discursos emancipatórios e de estratégias de governamentalidade, que preconizam o sujeito ativo. No emaranhado de elementos discursivos, entrelaçados pelas dimensões individuais e coletivas, por práticas culturais, não se pode mais imaginar relações de poder binarizadas – oprimidos e opressores – e sim, múltiplas relações de poder entremeadas de interpelações, delimitando condutas consideradas saudáveis para esse *Outro*, alicerçadas em representações construídas historicamente e situadas em espaços e temporalidades particulares.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Uma fronteira não é o ponto onde algo termina, mas,  
como os gregos reconheceram, a fronteira é o ponto a partir  
do qual algo começa a se fazer presente.  
Heidegger apud Bhabha, 2005*

No artigo *Estudos Culturais e seu legado teórico*, publicado em 1992<sup>84</sup>, Stuart Hall comentou sobre a AIDS, como uma questão que se defrontava com a dificuldade em produzir efeitos concretos, visto que ela era representada de formas contraditórias. E que era entremeada de luta e contestação. Ao utilizar este exemplo, Hall chamou a atenção para a tensão que ocorre entre o trabalho teórico comprometido e as articulações com o campo das práticas, dos discernimentos decorrentes de um projeto intelectual e político. Para Hall (2003), alguns aspectos poderiam ser considerados como aqueles de natureza constitutiva e política das representações, das suas complexidades, dos efeitos da linguagem e da textualidade como local de vida e morte.

Nas tensões apresentadas por Stuart Hall e no comprometimento do trabalho teórico, como projeto político, o estudo sobre as PES, situadas também como práticas sociais e culturais, pode trazer contribuições nas intervenções em saúde, tendo como perspectiva, considerar que toda prática social tem relações com o significado, ou seja, são práticas simbólicas que atravessam as dimensões do cuidado.

Desse modo, ao problematizar as PES em contextos históricos particulares, seria, de fato, possível compreender se elas contribuíram na constituição de subjetividades, a partir de seus discursos, com suas intencionalidades e racionalidades? Seria possível decompor os processos que engendraram tais práticas, não se limitando apenas ao campo da saúde, mas entendendo que processos múltiplos se circunscrevem na fabricação dessas práticas? Ou perceber como e quando as PES emergiram como tema, como discurso e como preocupação histórica?

---

<sup>84</sup> Este artigo foi publicado em 1992, com o título em inglês *Cultural studies and its theoretical legacies*. Trata-se de um texto mais metodológico e político que tece um balanço dos Estudos Culturais.

Diante de tantas questões e à luz dos aportes teóricos adotados na presente pesquisa, o fio condutor desta análise-compreensão considerou as PES como processo educativo vinculado à cultura, entendida como sistemas e códigos de significados que dão sentido às nossas ações. Ou seja, a partir dessa concepção, o estudo de compreensão das PES considerou que a produção e modificação de sentidos sobre comportamentos saudáveis estão atreladas a repertórios discursivos produzidos social e culturalmente e não apenas apoiadas sobre a racionalidade médica.

De acordo com Meyer *et al.* (2006), “cada cultura concebe o viver de forma saudável e o processo saúde/doença como uma instância de produção de sujeitos e identidades sociais” (p.1338). E desse modo, considera que “a produção de experiências mais ou menos patogênicas, mais ou menos promotoras de bem-estar está vinculada às relações intersubjetivas, que se estabelecem no processo de re-construção de padrões culturais validados socialmente” (MEYER *et al.*, 2006, p.1338).

Por conseguinte, neste estudo sobre as PES, tendo como contribuição o conceito da vulnerabilidade, os referenciais teóricos dos Estudos Culturais e do biopoder, passei a dar mais ênfase nas particularizações, nas mediações e nos nexos, nos diálogos entre tais campos fronteiriços. A proposta que se tentou materializar aqui foi atentar para os diferentes contextos sociais e históricos, termos utilizados, prevenindo a universalização acrítica e levando em conta os embates, as disputas, as negociações e as interdições.

Nas primeiras décadas da República brasileira, discursos proferidos, como os do médico Miguel Couto, manifestaram e reforçaram as representações acerca de sujeitos imersos na miséria, ignorância e doença. Essas construções sobre o Outro encontravam ressonâncias no determinismo social e biológico, atribuindo ao brasileiro, sua inferioridade racial decorrente da colonização portuguesa, da mestiçagem e do calor dos trópicos. Desse modo, a solução proposta e encontrada seria inculcar nessas gentes ignorantes, os saberes da higiene por meio da educação sanitária, tendo como fim maior, a consciência sanitária.

Logo, a educação sanitária apareceu como dispositivo que auxiliou sim, na construção de subjetividades, trazendo para essa população inculta os comportamentos considerados saudáveis naquela época. E assim, esses discursos circularam em espaços,

como as escolas primárias e centros de saúde na cidade de São Paulo, oriundos de sujeitos, cuja autoridade foi outorgada pelo conhecimento formal sobre a Higiene, neste caso, as educadoras sanitárias e os médicos.

Não se trata aqui de desconsiderar os demais dispositivos envolvidos nesse período histórico, como o processo de urbanização e a criação de instituições de pesquisa, porém quero ressaltar o papel importante legado à educação sanitária por autoridades dessa época, que, por intermédio de leis e decretos, promoveram a institucionalização dessas práticas no cotidiano de paulistanos e paulistanas, que recebiam conselhos sobre saúde, incentivando-os à adoção de hábitos saudáveis.

Se a solução para a miséria, a ignorância e as doenças se encontrava na difusão do conhecimento sobre Higiene à massa inculta, a resolução dos dilemas sociais encontrava-se ausente. As estratégias evidenciadas mostravam o enfoque na construção desse sujeito disciplinado e apto para o trabalho. Cabia tão somente a ele, a incorporação desses saberes e, caso não promovesse mudanças de si, toda a miríade de males teria apenas esse sujeito como responsável pela sua situação de pobreza.

Neste momento histórico, de crescente centralização do Estado, a perspectiva do direito à saúde encontra-se ausente, já que o paternalismo e a cessão de favores a essa população são as práticas discursivas e não-discursivas evidenciadas, reforçando a construção de matrizes identitárias fixas, cujos enunciados circulavam por artefatos culturais<sup>85</sup>, como livros, cartilhas e outros dispositivos de propaganda sanitária, definindo como deveriam ser os sujeitos com saúde, qual a posição que esses sujeitos deveriam ocupar.

Nas fontes históricas selecionadas em meu estudo, procurei encontrar as resistências, mas o silêncio desse Outro e sua invisibilidade trouxeram dificuldades ao tentar escutar sua voz, sua fala, seus discursos. Portanto, a construção da representação sobre o Outro, de comportamentos saudáveis transitórios, situados em espaços e tempos particulares, como as primeiras décadas republicanas, com mais ênfase na cidade de São

---

<sup>85</sup> A produção de conhecimento científico é também a produção de artefatos, visando a uma certa colonização científica do cotidiano, a fim de garantir sua integração com a realidade de fora (CAMARGO JR., 2007).

Paulo, pode entender a educação sanitária como dispositivo que contribuiu para arquitetar subjetividades disciplinadas, em consonância com os saberes da Higiene, que delimitaram o que era ou não saudável, atingindo-se então, a consciência sanitária.

Já no estudo das PES realizadas pelo Serviço Especial de Saúde Pública, outros componentes se fizeram presentes. A própria constituição do SESP em um período de guerra, a parceria firmada entre Estados Unidos e Brasil – encontro de vizinhos continentais – trouxe outro e novo formato à educação sanitária implementada inicialmente na Região Amazônica e no Vale do Rio Doce.

A preocupação com a medicina preventiva, a importação dos saberes e práticas de saúde provenientes do Hemisfério Norte e os interesses políticos e econômicos internacionais se imbricaram com as políticas locais, com a proposta varguista de governo e com a real necessidade de se prestar assistência a esse povo, costumeiramente abandonado e oprimido – o caboclo do Amazonas.

O modelo de saúde importado e disseminado a partir da educação sanitária tinha como ênfase a prevenção, já que sem saúde, o ciclo da miséria poderia se repetir continuamente. Assim, o processo educativo em saúde deveria romper com a ignorância reinante nesse sertão. Portanto, a educação sanitária, suas concepções e suas construções discursivas, viam-na como a solução para vencer as condições precárias de saúde desse sujeito rural.

As representações sobre o Outro rural se refletiam nas técnicas pedagógicas, nos instrumentos de ensino, nos métodos desenvolvidos. Se o caboclo era analfabeto, tinha raciocínio lento, a saída seria utilizar imagem e som para tentar inserir os saberes da saúde naquela população iletrada. No período estudado, percebi a fluidez nas concepções sobre a educação sanitária, bem como a inserção de novas e outras estratégias.

Se no início, o enfoque da educação sanitária recaía sobre as crianças, sobre as professoras primárias, sobre os clubes de saúde, sobre as mães e os pais, em outro momento, o adulto – antes considerado como obra pronta, incapaz de aprender novos saberes – foi selecionado como sujeito dessas práticas educativas.

Também outras estratégias foram incorporadas, tentando afastar o uso dos métodos tradicionais, como as palestras, trazendo a perspectiva da participação, do aprender a fazer, do conceito de comunidade. Não se tratava mais de apenas transmitir informações, conhecimentos e sim, promover a ruptura dessa suposta inércia, incentivando a problematização de sua realidade e a encontrar a solução para as dificuldades apontadas.

No entanto, as condições sociais ainda eram muito precárias. A histórica opressão do caboclo, do sertanejo, do homem rural obstruía a *boa intenção* das PES que, mesmo evocando a participação da comunidade, se restringia à proposição de soluções em nível técnico. Sem contar a extensa área de atuação do SESP, que dificultava a disseminação dessa concepção, em um Brasil tão heterogêneo, cenário de negociações e disputas locais.

Por outro lado, as PES promovidas pelo SESP deram novo realce às unidades sanitárias, não apenas como palco de medidas curativas, mas como local e espaço de ações preventivas, estabelecendo redes sociais locais, procurando envolver toda a comunidade daqueles pequenos municípios do Vale do Amazonas e do Rio Doce.

A educação sanitária realizada e implementada diligentemente pelo SESP, por sua equipe de profissionais de saúde e por seus colaboradores, pode ter contribuído para construir outras identidades, fazendo circular os saberes da ciência e da saúde, que determinavam quais seriam os comportamentos saudáveis naquele período, tentando quebrar o ciclo da doença, a inércia do caboclo e atuando, tanto sobre a criança como sobre o adulto, fazendo uso de palestras, recursos audiovisuais ou de métodos participativos.

Assim, as PES realizadas nesse contexto social precário foram envoltas por redes complexas de relações de poder, não apenas abarcando nações, como os Estados Unidos e o Brasil, não apenas os estados brasileiros, mas também as lideranças locais, a comunidade, os profissionais de saúde e até as crianças, com seus clubes de saúde, que ressoavam os saberes da saúde e os comportamentos saudáveis transitórios.

Por ora, no caminho que se segue à contemporaneidade, em um percurso de rupturas e permanências, de discontinuidades, as PES atuais se deparam ainda com a presença dos modelos tradicionais, que tem na pedagogia da informação e na coerção, resquícios de

práticas autoritárias. Em outro momento, as PES trazem as concepções da Reforma Sanitária, do sujeito emancipado, do enfrentamento e da luta contra opressão social.

Todavia, com o avanço do neoliberalismo e da globalização, outras e novas perspectivas circularam rapidamente, capilarizando-se nos mais variados cenários e delimitando condutas, construindo novas subjetividades, como a do sujeito ativo. Tal matriz identitária, originária da ontologia da segurança e da gestão de riscos, foi e está sendo composta em um mosaico complexo de novos sujeitos ativos, capazes de cuidar de si, de gerenciar sua vida, sua saúde, seu corpo, ou seja, sujeitos prudentes, sujeitos empreendedores e sujeitos performativos.

Nas unidades básicas de saúde, ainda é perceptível este caldo de subjetividades que circulam, a partir das PES. Os padrões culturais atuais que determinam o que é saudável ou não, têm, na racionalidade médica, seu componente explicativo para as práticas educativas. Ainda que muitos profissionais de saúde procurem fugir de modelos educativos coercitivos e disciplinares ou de estratégias de governamentalização, não se pode ignorar que eles se fazem presentes e circulam também fora dos cenários formais de assistência e cuidado à saúde.

Se na atualidade, a saúde tornou-se juridicamente um direito e o Estado passou a ter esse dever constitucional, presencio a ambivalência dessas práticas, que ora privilegiam o sujeito como cidadão, dotado de autonomia e capaz de desbaratar todo o histórico de opressão e supressão de direitos. Por outro lado, evidencio as tentativas de individualização, de promover o silenciamento do coletivo, de um Estado que passa a delegar a seu cidadão suas atribuições e assim perpassam a construção de subjetividades ativas, imersos em um novo higienismo, que apregoa a adoção insistente de hábitos saudáveis transitórios. Sob essa perspectiva, o sujeito cidadão e consumidor é instado a se posicionar nessa dualidade contingente do que é saudável ou não, segundo os atuais padrões culturais validados e legitimados socialmente.

Como caminho percorrido, a análise-compreensão das PES no Brasil pode ser considerada sob o prisma do político, da problematização do espaço/tempo social dessas práticas, conforme explicam as palavras de Veiga-Neto:

[...] é preciso reconhecer que sabendo – mesmo que minimamente – como chegamos a um determinado estado de coisas, fica muito mais fácil desconstruir aquilo que nos desagrada nesse estado de coisas. A desnaturalização dos fenômenos sociais – ou seja, tomá-los não como algo desde sempre dado, mas algo historicamente construído – é um primeiro e necessário passo para intervir nesses fenômenos. Saber como chegamos a ser o que somos é condição absolutamente necessária, ainda que insuficiente, para resistir, para desarmar, reverter, subverter o que somos e o que fazemos (VEIGA-NETO, 2003, p.7).

Neste caminhar, a busca pela compreensão, ainda que transitória e precária, encontrou no referencial dos Estudos Culturais e da vulnerabilidade, a interface e o diálogo com outros campos disciplinares – uma alquimia para produzir conhecimento, cuja escolha das práticas de pesquisa dependeu das questões que foram levantadas, as quais, por sua vez, dependem e dependiam de seu contexto. Logo, para este trabalho, a multirreferencialidade possibilitou trazer de outros campos suas contribuições para auxiliar na contextualização e no conhecimento dessas práticas sociais e culturais específicas, as PES.

Em outro momento, sob a perspectiva da vulnerabilidade, esta análise-compreensão não se restringiu tão somente a uma única dimensão das PES e, desse modo, o caminho delineado percorreu e procurou dar visibilidade às articulações entre as dimensões individuais e coletivas, bem como o papel do Estado e suas atribuições e ao conjunto de práticas institucionalizadas, decorrentes de políticas específicas, implementadas em escolas e serviços de saúde, em diferentes tempos e lugares.

A dimensão ou o componente histórico foi um dos elementos importantes rastreados nesta pesquisa, visto que à luz da perspectiva da vulnerabilidade, dos estudos culturais e do biopoder, as PES precisariam ser compreendidas e estudadas em suas formações históricas específicas, não de modo cristalizado, mas intercalando uma conjuntura que traz consigo a relação do global com o local, do indivíduo com o coletivo, da contingência, do contextual, do relacional, do cotidiano, do ordinário e das experiências de vida. Afinal, “a experiência da saúde e a experiência da cultura se avizinham” (SALLETI FILHO, 2007, p.8).

Assim, a compreensão das PES, como práticas biomédicas, sociais, políticas e culturais se encontram no fio cortante da tradução e da negociação, o entre-lugar, o terceiro espaço que se estabelece no encontro com o Outro; nessa relação de fronteira de saberes,

saberes compartilhados imersos em representações provisórias, em histórias e narrativas de sujeitos.

## FONTES

ALMEIDA JÚNIOR, A.F. **O saneamento pela educação**. 1922. Tese (Doutorado)- Instituto de Hygiene de São Paulo, São Paulo, 1922.

ALVIM, E.F. Quinze anos de enfermagem no Serviço Especial de Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.12, n.2, p.143-159,1959.

AUTRAN, H. Educação hygienica e propaganda sanitaria. **Revista de Hygiene e Saúde Pública**, ano 1, n.1, p. 10-12, 1925.

BASTOS, N.C.B. **SESP/FSESP, Evolução histórica: 1942-1991**. Recife: s.n., 1993.

\_\_\_\_\_. Programa de Formação de Recursos Humanos para a saúde: 38 anos de experiência da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1980, **Revista da Fundação SESP**, v.29, n.1, p.1-54, 1984.

\_\_\_\_\_. A contribuição do SESP para o desenvolvimento da educação para a saúde no país. **Revista da Fundação SESP**, v.25, n.1, p.101-111, 1980.

\_\_\_\_\_. Educação sanitária: relatório. **Revista do Serviço Especial de Saúde Pública**, v.15, n.2, p.59-88, 1970.

\_\_\_\_\_. **Educação Sanitária: fundamentos, objetivos e métodos**. Rio de Janeiro: Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, 1963.

\_\_\_\_\_. A Educação Sanitária nos Programas de Saúde Pública. **Revista do Serviço Especial de Saúde Pública**, v.10, n.1, p.633-654, 1958.

BASTOS, N.C.B., GROSSMAN, J. Métodos, técnicas e meios na Educação Sanitária de Adultos. **Revista do Serviço Especial de Saúde Pública**, v.10, n.1, p.313- 324, 1958.

BASTOS, N.C.B., GROSSMAN, J., MEDINA, C.A. Avaliação de material de Educação Sanitária. **Revista do Serviço Especial de Saúde Pública**, v.10, n.1, p. 293-312, 1958.

BASTOS, N.C.B., SILVA, O.J. Programas educativos nas Unidades sanitárias do Serviço Especial de Saúde Pública, **Revista do Serviço Especial de Saúde Pública**, v.6, n.1, p.219-284, 1953.

**BOLETIM DO SESP**, n. 7, 1944a.

**BOLETIM DO SESP**, n. 9, 1944b.

**BOLETIM DO SESP**. Os Centros de Saúde, n.21, p.1-4, 1945a.

**BOLETIM DO SESP**, n.22, 1945b.

**BOLETIM DO SESP**. Clubes de Saúde, n.29, p.7, 1945c.

**BOLETIM DO SESP**. Uma alegria para os meninos do interior, n.29, p.12, 1945d.

**BOLETIM DO SESP**, n.40, 1946.

**BOLETIM DO SESP**, n.46, 1947.

**BOLETIM DO SESP**. Resenha das realizações do Serviço Especial de Saúde Pública, Número especial, 1948.

**BOLETIM DO SESP**. Educadores de toda a América aplaudem e recomendam a obra do “S.E.S.P.”, n.8, p.1-6, 1949.

**BOLETIM DO SESP**. Filosofia de um Educador Sanitário, n. 8, p.8, 1951a.

**BOLETIM DO SESP**. Diretrizes para a Educação Sanitária nas unidades do SESP, n.10, p.6-8, 1951b.

**BOLETIM DO SESP**. Diretrizes para a Educação Sanitária nas unidades do SESP, n.11, p.5-8, 1951c.

**BOLETIM DO SESP**. Diretrizes para a Educação Sanitária nas unidades do SESP, n.12, p.6-7, 1951d.

**BOLETIM DO SESP**. Filmes educativos sobre saúde, n.18, p.6, 1951e.

**BOLETIM DO SESP**. Alguns aspectos da atuação do SESP, n.12, p.4-8, 1959.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **EducarSUS: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, período de janeiro 2003 a janeiro de 2004** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Educação para a participação em saúde: diretrizes gerais**. Brasília: Ministério da Saúde, 1992a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Educação para a participação em saúde: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1992ba.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. **Educação em Saúde: diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. **Ação Educativa nos Serviços Básicos de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. **Ação Participativa: metodologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. **Ação Participativa: avaliação de experiências**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. **Ação Participativa: capacitação de pessoal**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. **Ação Participativa: perspectivas de atuação dos educadores de saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. **Ação Participativa: produção de materiais instrucionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Educação em Saúde. **Ação Educativa: Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 1981a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Educação em Saúde. **Encontro de Experiências de Educação e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1981b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. **Educação em Saúde nas Unidades Federadas**. Brasília: Ministério da Saúde, 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da VI Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1977.

CANDAU, M., BRAGA, E. Novos rumos para a Saúde Pública Rural. **Revista do Serviço Especial de Saúde Pública**, v.2, n.2, p.569-590, 1948.

CANDEIAS, N.M.F. Evolução histórica da Educação em Saúde como disciplina de Ensino na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – 1925 a 1967. **Revista de Saúde Pública**, v.22, n.4, p.347-365, 1988.

CANDEIAS, N.M.F. Forças propulsoras e restritivas na área de educação em saúde pública. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. **Ação Participativa: perspectivas de atuação dos educadores de saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. p.39-44.

CORTEZ, A. **Centros de Saúde de São Paulo**. 1926. 170 f. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina de São Paulo, São Paulo, 1926.

COUTO, M. **No Brasil só há um problema nacional: a educação do povo.** Rio de Janeiro: Typ. do Jornal do Commercio, 1927.

FERRÃO, P. Saúde e Escola. **Revista de Hygiene e Saúde Pública**, ano 1, n.1, janeiro, p.322-345, 1925.

FILHO, L.F. Educação sanitária, Saúde Pública e SNES. **Arquivos de Higiene**, v.23, n.1, p.43-59,1967.

FONTENELLE, J.P. O trabalho de saúde pública no Brasil. **Terceiro Congresso Brasileiro de Hygiene. Conferências.** São Paulo, 1927. p.3-25.

FREITAS, A.V. A educação sanitária e os programas de saúde no Estado de São Paulo. In: Sociedade Brasileira de Higiene. **Anais do XVII Congresso Brasileiro de Higiene**, 1968, p. 70.

FREITAS FILHO, L. Considerações em torno da posição da educação sanitária no programa de saúde. In: Sociedade Brasileira de Higiene. **Anais do XVII Congresso Brasileiro de Higiene**, 1968, p. 51.

\_\_\_\_\_. Educação sanitária, saúde pública e SNES. **Arquivos de Higiene**, v.23, n.1, p.43-59, 1967.

GURGEL, I.I.; HILDEBRAND, Z.B. Experiência de treinamento para formação de pessoal em educação sanitária e alimentar. . In: **Sociedade Brasileira de Higiene. Anais do XVII Congresso Brasileiro de Higiene**, 1968, p. 57.

HOLLANDA, H. Controle da esquistossomose – alguns problemas e estratégia de mudança de comportamento da população. In: **Sociedade Brasileira de Higiene. Anais do XVII Congresso Brasileiro de Higiene**, 1968, p. 20.

INSPETORIA de Demographia e Educação Sanitária do Estado de Minas Gerais. Educação sanitaria. **Revista de Higiene e Saúde Pública**, ano 4, n.4, p.166-167, 1930.

LIMA, I.B. Educação sanitária – Professora e Enfermeira. **Revista de Higiene e Saúde Pública**, ano 7, n.1-2, p.69-70, 1949.

MANCEAU, J.N. *et al.* A palestra como meio de Educação Sanitária nas áreas rurais da Amazônia. **Revista do Serviço Especial de Saúde Pública**, v.2, n.2, p.713-724, 1948.

MARCONDES, R.S. **Educação sanitária em nível nacional**. 1964. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1964.

MARCONDES, R.S.; RAHM, E. Funções dos educadores sanitários de São Paulo. **Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo**, v.13, n.1, p.201-218, 1959.

MASCARENHAS, R.S. História da saúde pública no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.1, p.3-19, 2006.

\_\_\_\_\_. **Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo**. 1949. Tese (Livre-docência) – Universidade de São Paulo, 1949.

MORAES, N.L.A., SILVA, O.J. Contribuição do Serviço Especial de Saúde Pública e do Instituto de Assuntos Interamericanos à formação de técnicos. **Revista de Higiene e Saúde Pública**, ano 6, n.2,3,4, p.141-147, 1948.

MOURA, N., SÁ, M. Formação de visitadoras sanitárias e auxiliares hospitalares para os distritos sanitários do S.E.S.P. no Programa da Amazônia. **Revista de Higiene e Saúde Pública**, ano 6, n.2,3,4, p. 209-241, 1948.

PINHEIRO, E.C. Clube de Saúde e Educação Sanitária Escolar. **Revista do Serviço Especial de Saúde Pública**, v.2, n.2, p.725-738, 1948.

PINHEIRO, E.C. *et al.* Utilização do diafilme sonorizado como meio de educação sanitária em pequenas localidades e áreas rurais do Brasil. **Revista do Serviço Especial de Saúde Pública**, v.2, n.2, p.917-940, 1948.

PINHEIRO, M.R.S. Histórico da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.1, n.1, p.3-47, 1967.

SANTOS, M.A.V. *et al.* Experiência de educação sanitária com professores do ensino primário. In: **Sociedade Brasileira de Higiene. Anais do XVII Congresso Brasileiro de Higiene**, 1968, p. 90.

SILVA, A.P.O. (Org). **Páginas da história: notícias da II Conferência Nacional de Educação da ABE**. Brasília: INEP, 2004.

SILVA, O.J. *et al.* Preparação de técnicos e Auxiliares de Educação Sanitária. **Revista do Serviço Especial de Saúde Pública**, v.6, n.2, p.497-507, 1954.

SOUZA, G.H.P. Os centros de saúde na organização sanitária do Estado de S.Paulo. In: **Terceiro Congresso Brasileiro de Higiene. Conferências**. São Paulo, p.59-86, 1927.

SOUZA, G.H.P., VIEIRA, F.B. Formação de técnicos para os serviços de saúde pública. **Revista de Higiene e Saúde Pública**, ano VI, n.1, janeiro-março, p.30-38, 1948.

VASCONCELOS, L.P. “Educação ou informação sanitária?”. In: **Sociedade Brasileira de Higiene. Anais do XVII Congresso Brasileiro de Higiene**, 1968, p. 66-67.

## REFERÊNCIAS

ABICHEQUER, A.M.D. **“Só pega essa doença quem quer”?: tramas entre gênero, sexualidade e vulnerabilidade à infecção pelo HIV/AIDS.** 2007. 165 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

ABRÃO, F.M.S. **Primórdios da Enfermagem Profissional na cidade do Recife-Pernambuco: raízes da pré-institucionalização do campo organizacional (1922-1938).** 2006. 216 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

AGRA, K.L.O. Tradução e representação da Amazônia. **Biblioteca on-line de Ciências da Comunicação**, 2006. Acesso em: 30/06/2007 Disponível em [www.bocc.ubi.pt](http://www.bocc.ubi.pt)

AIRHIHENUWA, C.O. Health promotion and the discourse on culture: implications for empowerment. **Health Education Quarterly**, v.21, n.3, p.345-353, 1994.

ALBUQUERQUE JÚNIOR, D.M. Um leque que respira: a questão do objeto da história. In: BRANCO, G.C.; PORTOCARRERO, V (Org). **Retratos de Foucault.** Rio de Janeiro: Nau, 2000. p.117-137.

ALLEGGRANTE, J.P. In search of a new ethic for health promotion. **Health Education & Behaviour**, v. 33, n.3, p. 305-307, 2006.

ALMEIDA FILHO, A.J. **A Escola Anna Nery (EAN) no “front” do campo da educação em enfermagem e o (re)alinhamento das posições de poder (1931-1949).** 2004. 200 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

ALMEIDA FILHO, A.J. *et al.* Reunião de Diretoras de Escolas de Enfermagem: um cenário de lutas simbólicas no campo da educação em Enfermagem (1943-1945). **Texto & Contexto**, v.14, n.4, p.528-536, 2005.

ALVES, V.S. **Educação em Saúde e Constituição de Sujeitos: desafios ao Cuidado no Programa Saúde da Família**. 2004. 192 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

ARDOÍNO, J. A complexidade. In: MORIN, E. **A religação dos saberes: o desafio do século XXI**. 3.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000. p.548-558.

\_\_\_\_\_. Abordagem multirreferencial (plural) das situações educativas e formativas. In: BARBOSA, J.G. **Multirreferencialidade nas ciências e na educação**. São Carlos: EdUFSCar, 1998. p.24-41.

ARMSTRONG, D. The rise of surveillance medicine. **Sociology of Health & Illness**, v.17, n.3, p.393-404, 1995.

ASSIS, M. **A Semana**. Belém: Universidade da Amazônia. Acesso em 11/12/2008. Disponível em [www.nead.unama.br](http://www.nead.unama.br)

AYRES, J.R.C.M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, sup.1, p.28-42, 2002a.

\_\_\_\_\_. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002b.

\_\_\_\_\_. Práticas educativas e prevenção de HIV/AIDS: lições apreendidas e desafios atuais. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.6, n.11, p.11-24, 2002c.

\_\_\_\_\_. Risco e imponderabilidade: superação ou radicalização da sociedade disciplinar? **Cadernos de Saúde Pública**, v.17, n.6, p. 1277-1311, 2001.

\_\_\_\_\_. Vulnerabilidade dos jovens ao HIV/AIDS: a escola e a construção de uma resposta social. In: SILVA, L.H. (Org). **A Escola cidadã no contexto da globalização**. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000. p. 413-423.

\_\_\_\_\_. O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser: a vulnerabilidade como eixo de avaliação de ações preventivas do abuso de drogas, DST e AIDS entre crianças e adolescentes. In: TOZZI, D.A.; SANTOS, N.L. (Org). **Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e às DST/AIDS**. São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação, 1996a. p. 15-24.

AYRES, J.R.C.M. *et al.* Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of Young people living with HIV/AIDS. **American Journal of Public Health**, v.96, n.6, p. 1001-1006, 2006.

AYRES, J.C.R.M.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C. Adolescência e vulnerabilidade ao HIV/AIDS: avaliação de uma estratégia de prevenção entre escolares de baixa renda na cidade de São Paulo. **Divulgação em Saúde para Debate**, n.29, p.93-114, 2003.

AYRES, J.R.C.M. *et al.* Adolescência e aids: avaliação de uma experiência educativa preventiva entre pares. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n.12, p. 123-138, 2003a.

AYRES, J.R.C.M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003b. p. 117-139.

AYRES, J.R.C.M. *et al.* Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R.M.; PARKER, R. **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: São Paulo: Editora 34, 1999, p. 49-72.

BAGNATO, M.H.S. Educação em Saúde e Cidadania: que discursos circulam nos espaços educativos? In: CAMARGO, A.M.F.; MARIGUELA, M. (Org). **Cotidiano Escolar: emergência e invenção**. Piracicaba, SP: Jacintha Editores, 2007. p.163-182.

\_\_\_\_\_. Fazendo uma travessia: em pauta a formação dos profissionais da área da saúde. In: BAGNATO, M.H.S.; COCCO, M.I.M.; SORDI, M.R.L. (Org). **Educação, saúde e trabalho: antigos problemas, novos contextos, outros olhares**. Campinas: Alínea, 1999. p. 9-24.

BAGNATO, M.H.S.; RENOVARO, R.D. Práticas Educativas em Saúde: um território de saber, poder e produção de identidades. In: DEITOS, R.A.; RODRIGUES, R.M. (Org). **Estado, desenvolvimento, democracia & políticas sociais**. Cascavel: EDUNIOESTE, 2006. p.87-104.

BALL, S. J. Reformar Escolas/reformar professores e os terrores da performatividade. **Revista Portuguesa de Educação**, v.15, n.2, p.3-23, 2002.

BAPTISTA, S.S.; BARREIRA, I.A. Condições de Surgimento das Escolas de Enfermagem Brasileiras (1890-1960). **Revista Alternativa de Enfermagem**, v.1, n.2, p. 4-17, 1997.

BARREIRA, I.A. Transformações da prática da Enfermagem nos anos 30. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.52, n.1, p.129-143, 1999.

\_\_\_\_\_. **A Enfermeira Ananéri no País do Futuro**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1992.

BARREIRA, I.A., BAPTISTA, S.S. A (Re)Configuração do Campo da Enfermagem durante o Estado Novo (1937-1945). **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.55, n.2, p.205-216, 2002.

BARROS, J.D. **O campo da história: especialidades e abordagens**. 3.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

BARROS, N.F. **Da medicina biomédica à complementar: um estudo sobre os modelos da prática médica**. 2002. 340 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

BASTOS, M.H.C.; STEPHANOU, M. Infância, higiene & educação. In: **Anais da 28ª. Reunião Anual da ANPEd**, Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Educação, 2005. Acesso em: 20/02/2007. Disponível em [www.anped.org.br](http://www.anped.org.br)

BERTOLLI FILHO, C. **História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900 – 1950**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

BERTUCCI, L.M. **Influenza, a medicina enferma: ciência e práticas de cura na época da gripe espanhola em São Paulo**. Campinas: Editora da UNICAMP, 2004.

\_\_\_\_\_. **Impressões sobre a saúde: a questão da saúde na imprensa operária - São Paulo, 1891/1925**. 1992. 261 f. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1992.

BERTUCCI-MARTINS, L.M. “Conselhos ao povo”: educação contra a influenza de 1918. **Cadernos Cedes**, v.23, n.59, p.103-117, 2003.

BEZERRA, B. **Subjetividade humana na sociedade de indivíduos**. Disponível em [http://pepas.org/textos/entrevista\\_benilton\\_bezerra.html](http://pepas.org/textos/entrevista_benilton_bezerra.html). Acesso em 25 de maio de 2007.

BHABHA, H. **O local da cultura**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.

BLOUNT, J.A. A administração da saúde pública no Estado de São Paulo: o serviço sanitário, 1892-1918. **Revista de Administração de Empresas**, v.12, n.4, p.40-48, 1972.

BONET, O. “Educação em Saúde”, “Cuidado” e “Integralidade”. De fatos sociais totais e éticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2004. p.279-292.

BRACHT, V.; ALMEIDA, F.Q. **Emancipação e diferença na educação: uma leitura com Bauman**. Campinas: Autores Associados, 2006.

BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. **Saúde e Previdência: estudos de política social**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1986.

BRITTO, N., LIMA, N.T. Saúde e Nação: a proposta do saneamento rural. Um estudo da Revista Saúde (1918-1919). **Estudos de História e Saúde**, n.3, p. 1-34, 1991.

BROWN, P.A.; PIPER, S.M. Empowerment or social control? Differing interpretations of psychology in health education. **Health Education Journal**, v.54, p.115-123, 1995.

BUJES, M. I.E. **Infância e maquinarias**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

BURCHELL, G. Liberal government and techniques of the self. **Economy and Society**, v.22, n.3, p.267-282, 1993.

BURNHAM, T.F. Complexidade, multirreferencialidade, subjetividade: três referências. In: BARBOSA, J.G. (Org). **Reflexões em torno da abordagem multirreferencial**. São Carlos: EdUFSCar, 1998, p. 35-56.

BUSS, P.M. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, sup.2, p.177-185, 1999

CABRAL, F.B. **Vulnerabilidade de puérperas: olhares de equipes do Programa de Saúde da Família em Santa Maria/RS**. 2007. 140 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

CALIMAN, L.V. **Dominando corpos, conduzindo ações: genealogias do biopoder em Foucault**. 2001. 119 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2001.

CAMARGO JR., K.R. A Biomedicina. **Physis**, v.15 (sup), p.177-201, 2005.

\_\_\_\_\_. A filosofia empírica da atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). **Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: CEPES: ABRASCO, 2007. p. 101-112.

CAMPOS, A.L.V. **Políticas internacionais de Saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942- 1960**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

\_\_\_\_\_. Políticas internacionais de Saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública. In: GOMES, A.C. (Org). **Capanema: o ministro e seu ministério**. Rio de Janeiro: FGV, 2000. p.195-220.

**CAMPOS, C. São Paulo pela Lente da Higiene: as propostas de Geraldo Horácio de Paula Souza para a cidade (1925-1945).** São Carlos: Rima, 2002.

CAMPOS, G.W.S. Políticas de formação de pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. **Cadernos RH Saúde**, v.3, n.1, p. 52-56, 2006.

CANDEIAS, N.M.F. Conceitos de educação e promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, v.31, n.2, p.209-213, 1997.

CAPONI, S.N.C. **Do trabalhador indisciplinado ao homem prescindível.** 1992. 250 f. Tese (Doutorado em Lógica e Filosofia da Ciência) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1992.

CARRIJO, A.R. **Registros de uma prática: anotações de enfermagem na memória de enfermeiras da primeira escola nightingaliana no Brasil (1959-1970).** 2007. 143 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

CARVALHO, A.C. **Associação Brasileira de Enfermagem (1926-1976): documentário.** Rio de Janeiro: Folha Carioca, 1976.

CARVALHO, A.C.S.M. **Os Programas Oficiais de Educação para a Saúde no Brasil entre 1980 e 1995.** 1999. 159 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999.

CARVALHO, J.M. **Os Bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi.** 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

CARVALHO, M.M.C. Quando a história da educação é a história da disciplina e da higienização das pessoas. In: FREITAS, M.C.(Org). **História Social da Infância no Brasil.** 6. ed. São Paulo: Cortez, 2006. p.291-310.

\_\_\_\_\_. **Molde nacional e Forma Cívica: higiene, moral e trabalho no Projeto da Associação Brasileira de Educação (1924-1931)**. 1986. 399 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1986.

CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.4, p.1088-1095, 2004.

\_\_\_\_\_. **Saúde Coletiva e Promoção à Saúde: uma reflexão sobre o tema do sujeito e da mudança**. 2002. 300 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva ) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

CARVALHO, S.R.; GASTALDO, D. Promoção à Saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social e pós-estruturalista. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2007.

CASTEL, R. From dangerousness to risk. In: BURCHELL, G.; GORDON, C.; MILLER, P. **The Foucault Effect: Studies in governmentality**. Chicago: The University of Chicago Press, 1991. p.281-298.

\_\_\_\_\_. **A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1987.

CASTIEL, L.D. Dédalo e os dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.79-95.

\_\_\_\_\_. Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 3, n.2, p.237-264,1996a.

\_\_\_\_\_. Força e vontade: aspectos teórico-metodológicos do risco em epidemiologia e prevenção do HIV/AIDS. **Revista de Saúde Pública**, v.30, n.1, 1996b . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101996000100012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101996000100012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 Jun 2008. doi: 10.1590/S0034-89101996000100012

CASTIEL, L.D.; VASCONCELLOS-SILVA, P.R. Internet e o autocuidado em saúde: como juntar os trapinhos? **História, Ciência, Saúde-Manguinhos**, v.9, n.2, p.291-314, 2002.

CASTRO-SANTOS, L.A. Reabrindo o debate sobre Nagle. A educação e saúde na historiografia brasileira. In: **Anais do IV Congresso Brasileiro de História da Educação**, 2006. Acesso em: 01/05/2007. Disponível em: [www.sbhe.org.br](http://www.sbhe.org.br)

\_\_\_\_\_. A Reforma Sanitária “Pelo Alto”: o pioneirismo paulista no início do século XX. **Dados Revista de Ciências Sociais**, v.36, n.3, p.361-392, 1993.

\_\_\_\_\_. **Power, ideology, and public health in Brazil, 1889-1930**. 1987. 358 f. Thesis (Doctor of Philosophy) - Harvard University, Cambridge, 1987.

\_\_\_\_\_. O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. **Dados Revista de Ciências Sociais**, v.28, n.2, p.193-210, 1985.

CASTRO SANTOS, L.A., FARIA, L.R. A cooperação internacional e a enfermagem de saúde pública no Rio de Janeiro e São Paulo. **Horizontes, Bragança Paulista**, v.22, n.2, p.123-150, 2004.

CASTRO SANTOS, L.A., FARIA, L.R. Os primeiros centros de saúde nos Estados Unidos e no Brasil: um estudo comparativo. **Teoria e Pesquisa**, v.40-41, p. 137-181, 2002.

CATFORD, J.; NUTBEAM, D. Towards a definition of health education and health promotion. **Health Education Journal**, v.43, n.2,3, p.38, 1984.

CEVASCO, M.E. **Para ler Raymond Williams**. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

CHALHOUB, S. **Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

CLARKE, A.E. *et al.* Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. **American Sociological Review**, v. 68, p.161-194, 2003.

COCCO, M.I.M. Práticas educativas em saúde e a construção do conhecimento emancipatório. In: BAGNATO, M.H.S.; COCCO, M.I.M.; SORDI, M.R.L (Org). **Educação, saúde e trabalho: antigos problemas, novos contextos, outros olhares**. Campinas: Alínea, 1999. p. 63-70.

COPQUE, H.L.F.; TRAD, L.A.B. Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois municípios da Bahia. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.14, n.4, p.223-233, 2005.

COSTA, J.F. **O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

COSTA, M.V. Poder, discurso e política cultural: contribuição dos Estudos Culturais ao campo do currículo. In: LOPES A.C.; MACEDO. E. (Org). **Currículo: debates contemporâneos**. São Paulo: Cortez, 2002. p. 133-149.

COSTA, M.V.; SILVEIRA, R.H.; SOMMER, L.H. Estudos culturais, educação e pedagogia. **Revista Brasileira de Educação**, v.23, p.36-61, 2003.

COSTA, N.R. **Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil**. 2. ed. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1986.

COVENEY, J. The government and ethics of health promotion: the importance of Michel Foucault. **Health Education Research**, v.13, n.3, p.459-468, 1998.

CUNHA, N.V. **Viagem, experiência e memória: narrativas de profissionais da saúde pública dos anos 30**. Bauru, SP: Edusc, 2005.

CUNHA, F.T.S. **Estudo da evolução dos centros de saúde no tempo e no espaço na cidade do Rio de Janeiro (1920-1950)**. 1994. 234 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1994.

DEAN, M. **Governmentality: power and rule in modern society**. London: Sage, 1999.

\_\_\_\_\_. Governing the unemployed self in an active society. **Economy and Society**, v.24, n.4, p.559-583, 1995.

DELOR, F.; HUBERT, M. Revisiting the concept of 'vulnerability'. **Social Science & Medicine**, v.50, p.1557-1570, 2000.

DELEUZE, G. What is a dispositif? In: **Michel Foucault, philosopher**. New York: Routledge, 1992. p.159-168.

DREYFUS, H.L.; RABINOW, P. **Michel Foucault : uma trajetória filosófica : para além do estruturalismo e da hermenêutica**. São Paulo: Forense Universitária, 1995.

EIDAM, H. O princípio da arte da educação ou dez teses sobre a atualidade das reflexões de Kant sobre a Pedagogia. In: DALBOSCO, C.A. (Org). **Filosofia prática e pedagogia**. Passo Fundo: UPF, 2003. p. 94-106.

ENGLISH, G.M.; VIDETO, D.M. The future of health education: the knowledge to practice paradox. **Journal of Health Education**, v.28, n.1, p.4-8, 1997.

ESCOSTEGUY, A.C.D. Os estudos culturais em debate. **UNIrevista**, v.1, n.3, p.1-8, 2006.

\_\_\_\_\_. Os Estudos Culturais e a constituição de sua identidade. In: GUARESCHI, N.M.F.; BRUSCHI, M.E. (Org). **Psicologia social nos estudos culturais: perspectivas e desafios para uma nova psicologia social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. p. 51-74.

\_\_\_\_\_. **Cartografia dos estudos culturais: uma versão latino-americana**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

EWALD, F. **Foucault, a Norma e o Direito**. 2. ed. Lisboa: Vega, 2000.

FARAH, B.F. **A Educação Permanente no Processo de Organização em Serviços de Saúde: as repercussões do curso introdutório para Equipes de Saúde da Família – experiência do município de Juiz de Fora/MG**. 2006. 270 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

FARIA, L. **Saúde e Política: a Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

\_\_\_\_\_. Educadoras Sanitárias e Enfermeiras de Saúde Pública: identidades profissionais em construção. **Cadernos Pagu**, n.27, p.173-212, 2006.

\_\_\_\_\_. A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas. **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, v.9, n.3, p.561-590, 2002.

FAUSTO, M.C.R. **Dos Programas de Medicina Comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira**. 2005. 261 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2005.

FERACIN, J.C.F. **Atitudes e sentimentos das mulheres que vivenciaram a gravidez e a soropositividade ao vírus HIV**. 2003. 136 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

FIGUEIREDO, R.E.D. **Cuidando da saúde do vizinho: as atividades de antropólogos norte-americanos no Brasil**. 2004. 155 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

FIGUEIREDO, R.; AYRES, J.R.C.M. Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/ Aids em São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, v.36, n.4 suplemento, p.96-107, 2002.

FONSECA, C.M.O. **Local e Nacional: Dualidades da institucionalização da Saúde Pública no Brasil (1930-1945)**. 2005. 303 f. Tese (Doutorado em Ciências Políticas) - Instituto Universitário de Pesquisa do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

\_\_\_\_\_. As propostas do SESP para educação em saúde na década de 50 – uma concepção de saúde e sociedade. **Cadernos da Casa Oswaldo Cruz**, v.1, n.1, p.51-58, 1989.

FÓRUM DA LONGEVIDADE. **Revista Veja**, n.1997, 2007, p.17-25.

FOUCAULT, M. **Security, territory, population. Lectures at the Collège de France: 1977-1978.** New York, USA: Palgrave Macmillan, 2007a.

\_\_\_\_\_. **História da Sexualidade 2; o uso dos prazeres.** 12. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007b.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder.** 22. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006a. Poder-corpo, p.145-152.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder.** 22. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006b. O nascimento da medicina social, p.79-98,

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder.** 22. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006c. O nascimento do hospital, p.99-112.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder.** 22. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006d. A política da saúde no século XVIII, p.193-208.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder.** 22. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006e. Sobre a história da sexualidade, p. 243-276.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder.** 22. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006f. A governamentalidade, p. 277-293.

\_\_\_\_\_. **História da Sexualidade I: A vontade de saber.** 16. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2005a.

- \_\_\_\_\_. **A Arqueologia do saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005b.
- \_\_\_\_\_. **Em defesa da sociedade**. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005c.
- \_\_\_\_\_. The crisis of medicine or the crisis of antimedicine? **Foucault studies**, n.1, p.5-19, 2004.
- \_\_\_\_\_. **Estratégia, poder-saber**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2003a.
- \_\_\_\_\_. **Estratégia, poder-saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003b. Posfácio de L'impossible Prison, p.352-354.
- \_\_\_\_\_. **Ética, sexualidade, política**. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003c. A ética do Cuidado de Si como Prática de Liberdade, p.264-287.
- \_\_\_\_\_. **Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- \_\_\_\_\_. O Sujeito e o Poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p.231-249.
- \_\_\_\_\_. **Dits et Écrits. V. 4**. Paris: Gallimard, 1994. Espace, savoir et pouvoir, p.270-285.
- \_\_\_\_\_. Technologies of the self. In: MARTIN, L.H.; GUTMAN, H.; HUTTON, P.H. **Technologies of the self: a seminar with Michel Foucault**. Amherst : Univ. of Massachusetts, 1988. p.16-49.

\_\_\_\_\_. Qu'est-ce que les Lumières? **Magazine Littéraire**, 207: 35-39, 1984.

FRENCH, J. Boundaries and horizons, the role of health education within health promotion. **Health Education Journal**, v.49, n.1, p.7-10, 1990.

\_\_\_\_\_. To educate or promote health? That is the question. **Health Education Journal**, v.44, n.3, p.115-116, 1985.

GARCIA, A.V. **O caráter educativo das ações em saúde: entre o biológico e o político**. 1997. 152 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

GASTALDO, D. É a educação em saúde "saudável"? **Educação e Realidade**, v.22, n.1, p.147-168, 1997.

\_\_\_\_\_. **Is Health Education good for you? The social construction of health education in the brazilian national health system**. 1996. 365 f. Thesis (Doctor of Philosophy) - Institute of Education, University of London, London, 1996.

GOERGEN, P. **Pós-modernidade, ética e educação**. 2. ed. Campinas: Autores Associados, 2005.

GONDRA, J. **Artes de civilizar: medicina, higiene e educação escolar na Corte Imperial**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2004.

GONÇALVES, A.J. **SPES. Saúde Pública, Educação e Comunicação: Estratégias de sedição/sedução (1938- 1969)**. 2001. 426 f. Tese (Doutorado em História) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

GORDON, C. Governmental rationality: an introduction. In: BURCHELL, G.; GORDON, C.; MILLER, P. **The Foucault Effect. Studies in Governmentality with two lectures by and an interview with Michel Foucault.** Chicago: The University of Chicago Press, 1991. p.1-51.

GUARESCHI, N.M.F.; MEDEIROS, P.F.; BRUSCHI, M.E. Psicologia Social e Estudos Culturais: rompendo fronteiras na produção do conhecimento. In: GUARESCHI, N.M.F.; BRUSCHI, M.E. (Org). **Psicologia social nos estudos culturais: perspectivas e desafios para uma nova psicologia social.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. p. 23-50.

GUERRIERO, I.C.Z. **Gênero e vulnerabilidade ao HIV:um estudo com homens na cidade de São Paulo.** 2001. 208 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2001.

GURGEL, A .H. *et al.* Educação em Saúde: Processo de trabalho de Enfermagem na área da Saúde da Mulher. **Revista Nursing**, v.38, n.4, p.14-19, 2001.

HALL, S. **Da diáspora: identidades e mediações culturais.** Belo Horizonte: Editora UFMG; Representação da UNESCO no Brasil, 2003.

\_\_\_\_\_. The work of representation. In: HALL, Stuart (Org) **Representation: cultural representations and signifying practices.** London: Sage, 1997.

\_\_\_\_\_. A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções culturais do nosso tempo. **Educação e Realidade**, v.22, n.2, p.15-46, 1997.

HELL, V. **A idéia de cultura.** São Paulo: Martins Fontes, 1989.

HILDEBRAND, M. S.; FLORES, O.; da COSTA NETO, M. M. Formação acadêmica em Saúde Familiar: relato de uma experiência multiprofissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. especial, p. 95-102, 2000.

HOCHMAN, G. **A Era do Saneamento**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

\_\_\_\_\_. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educar, Curitiba**, n.25, p. 127-141, 2005.

\_\_\_\_\_. A saúde pública em tempos de Capanema: continuidades e inovações. In: BOMENY, H. (Org). **Constelação Capanema: intelectuais e políticas**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001. p.127-151.

HOCHMAN, G., FONSECA, C. A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo. In: GOMES, A.G. (Org). **Capanema: o ministro e seu ministério**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000. p.173-193.

HOLANDA, H.B. **A academia entre o local e o global**. 1997 .Disponível em <http://www.pacc.ufrj.br/heloisa/belohorizonte.php> Acesso em 02/11/2006.

HORA, D.M. José Paranhos Fontenelle. In: **Navegando na história da educação brasileira**. Acesso em 18/09/2008. Disponível em:

[http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/glossario/verb\\_b\\_jose\\_paranhos\\_fontenelle.htm#\\_ftnref1](http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/glossario/verb_b_jose_paranhos_fontenelle.htm#_ftnref1)

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

ISRAEL, B.A. *et al.* Health Education and Community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control. **Health Education Quarterly**, v.21, n.2, p.149-170, 1994.

IYDA, M. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1994.

JOHNSON, R. O que é, afinal, Estudos Culturais? In: SILVA, T.T. (Org). **O que é, afinal, Estudos Culturais?** 3.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2004. p. 7-132.

KANT, I. **Sobre a pedagogia**. 4. ed. Piracicaba: UNIMEP, 2004.

\_\_\_\_\_. “Resposta à pergunta: O que é o iluminismo?”: In: **A paz perpétua e outros opúsculos**. Lisboa: Edições 70, 1995.

KICKBUSCH, I. Responding to the health society. **Health Promotion International**, v.22, n.2, p.89-91, 2007.

\_\_\_\_\_. The health society: the need of a theory. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v.60, n.7, p.561, 2006.

KRUSE, M.H.L. **Os poderes dos corpos frios: das coisas que se ensinam às enfermeiras**. Brasília, DF: ABEn, 2004.

LARNER, W.; WALTERS, W. (editors). **Global governmentality: governing international spaces**. London: Routledge, 2006.

LIMA, G.Z. **Saúde Escolar e Educação**. São Paulo: Cortez, 1985.

LIMA, N.T. **Um sertão chamado Brasil: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional**. Rio de Janeiro: Revan: IUPERJ, UCAM, 1999.

LIMA, N.T.; FONSECA, C.M.O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N.T. *et al.* (Org). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 27-58.

LÓPEZ-RUIZ, O.J. **O ethos dos executivos das transnacionais e o espírito do capitalismo**. 2004. 375 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

LUPTON, D. **Risk**. London: Routledge, 1999.

LUZ, M.T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

\_\_\_\_\_. Risco, perigo e aventura na sociedade da (in)segurança: breve comentário. **Cadernos de Saúde Pública**, v.17, n.6, p. 1277-1311, 2001.

\_\_\_\_\_. **Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850 – 1930)**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

\_\_\_\_\_. **As Instituições Médica no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

MACHADO, M.L.T. **Educação e Saúde: concepções teóricas e práticas profissionais em um serviço público de saúde.** 1997. 167 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1997.

MAIA, A.C. A questão da Aufklärung: mise au point de uma trajetória. In: BRANCO, G.C.; PORTOCARRERO, V (Org). **Retratos de Foucault.** Rio de Janeiro: Nau, 2000. p. 264-295.

MANN, J.M.; TARANTOLA, D.J.M. Vulnerability: Personal and Programmatic. In: MANN, J.M.; TARANTOLA, D.J.M. **AIDS in the World II. Global dimensions, social roots and responses. The Global AIDS Policy Coalition.** New York: Oxford University Press, 1996a. p. 441-461.

MANN, J.M.; TARANTOLA, D.J.M. From vulnerability to human rights. In: MANN, J.M.; TARANTOLA, D.J.M. **AIDS in the World II. Global dimensions, social roots and responses. The Global AIDS Policy Coalition.** New York: Oxford University Press, 1996b.p. 463-476.

MANN, J.M.; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER, T.W. (Org). **A AIDS no mundo.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1993. p. 276-300.

MANN, J.M.; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER, T.W. **AIDS in the World. The Global AIDS Policy Coalition.** Cambridge, Massachusetts; London, England: Harvard University Press, 1992. p. 577-600.

MARINHO, M.G.S.M.C. **Elites em negociação: breve história dos acordos entre a Fundação Rockefeller e a Faculdade de Medicina de São Paulo (1916-1931).** Bragança Paulista: EDUSF, 2003.

MARQUES, D.L. **Educação em Saúde na Atenção Básica: concepções dos profissionais médicos do Programa Médico de Família de Niterói (RJ).** 2006. 167 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2006.

MARQUES, V.R.B. **A medicalização da raça: médicos, educadores e discurso eugênico**. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 1994.

MARTINS, J.B. Contribuições epistemológicas da abordagem multirreferencial para a compreensão dos fenômenos educacionais. **Revista Brasileira de Educação**, v.26, p.85-94, 2004.

MARTINS, J.B. Multirreferencialidade e educação. In: BARBOSA, J.G. (Org). **Reflexões em torno da abordagem multirreferencial**. São Carlos: EdUFSCar, 1998. p. 21-34.

MATTOS, R.A. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC; ABRASCO, 2004. p.119-131.

MELLES, A.M.; ZAGO, M.M.F. Análise da educação de clientes/pacientes na literatura brasileira de Enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.7, n.5, p.85-94, 1999.

MELO, F.R. **Gravidez Adolescente e Vulnerabilidade Social nas Grandes Metrôpoles: O Caso das Comunidades de Praia da Rosa e Sapucaia**. 2001. 105 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

MELO, J.A.C. Educação sanitária: uma visão crítica. **Cadernos CEDES**, n.4, p.28-43, 1987.

\_\_\_\_\_. **A prática da saúde e a educação**. 1976. 151 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1976.

MERHY, E.E. **A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas**. São Paulo: Hucitec, 1992.

\_\_\_\_\_. **O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo**. 2. ed. Campinas: Papyrus, 1987.

MEYER, D.E.E. Educação em Saúde e prescrição de “formas de ser e de habitar”: uma relação a ser ressignificada na contemporaneidade. In: FONSECA, T.M.G.; FRANCISCO, D.J. (Org) **Formas de ser e habitar a contemporaneidade**. Porto Alegre: Ed. Universidade UFRGS, 2000. p.71-86.

\_\_\_\_\_. Espaços de sombra e luz: reflexões em torno da dimensão educativa da Enfermagem. In: MEYER, D.E.; WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M. (Org). **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da Enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p.27-42.

MEYER, D.E.E. *et al.* “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.6, p.1335-1342, 2006.

MEYER, D.E. *et al.* 'Mulher sem-vergonha' e 'traidor responsável': problematizando representações de gênero em anúncios televisivos oficiais de prevenção ao HIV/AIDS. **Revista Estudos Feministas**, v.12, n.2, p.51-76, 2004.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo. Hucitec, 2004.

MINKLER, M. Health Education, Health Promotion and the Open Society: an historical perspective. **Health Education Quarterly**, v.16, n.1, p.17-30, 1989..

MOREIRA, M.C.M. A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional da enfermagem no Brasil na Primeira República. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v.5, n.3, p.622-645, 1999.

MÚHL, E.H. **Habermas e a educação: ação pedagógica como agir comunicativo**. Passo Fundo: UPF, 2003.

NAGLE, J. **Educação e sociedade na Primeira República**. 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

NASCIMENTO, A.M.G.; BARBOSA, C.S.; MEDRADO, B. Mulheres de Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de AIDS, **Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil**, v.5, n.1, p.77-86, 2005.

NETTLETON, S. Governing the risky self: how to become healthy, wealthy and wise. In: PETERSEN, A.; BUNTON, R. **Foucault, Health and Medicine**. London: Routledge, 1997. p.207-222.

NEVES, E.M. **Alquimia moderna: cultura e racionalidade do risco entre epidemiologias**. 2004. 350 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

NOGUEIRA, R.P. Higienomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: VASCONCELOS, E.M. (Org). **A saúde nas palavras e nos gestos**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 63-72.

NUNES, C. O corpo docente: salvador da pátria, herói da modernidade pedagógica. Acesso em 15/09/2006. Disponível em: [www.puc-rio.br/cppa/textos/corpo.html](http://www.puc-rio.br/cppa/textos/corpo.html).

O'BRIEN, P. A história da cultura de Michel Foucault. In: HUNT, L. **A nova história cultural**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001. p.33-62.

O'MALLEY, P. Uncertain subjects: risks, liberalism and contract. **Economy and Society**, v.29, n.4, p.460-484, 2000.

OGUISSO, T.; FREITAS, G.F. Ensino e pesquisa sobre história da Enfermagem na graduação e pós-graduação da Escola de Enfermagem, da Universidade de São Paulo. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental**, v.9, n.1/2, p. 79-91, 2005.

OLIVEIRA, D.L. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.13, n.3, p.423-431, 2005.

OLIVEIRA, D.L.L.C. *et al.* A negociação do sexo seguro na TV: discursos de gênero nas falas de agentes comunitárias de saúde do Programa Saúde da Família de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1309-1318, 2004.

OLIVEIRA, K.K.C. **Comunicação e educação em saúde: o desafio da promoção da saúde bucal na atenção primária**. 2006. 154 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

OLIVEIRA, M.L.F. Vulnerabilidade e cuidado na utilização de agrotóxicos por agricultores familiares. 2004. 183 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

ORNELLAS, C.P. **Educação em Saúde: prática sanitária ou instrumento de ação ideológica**. 1981. 166 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1981.

ORTEGA, F. Da ascese à bio-ascese. In: RAGO, M.; ORLANDI, L.B.L.; VEIGA-NETO, A. (Org). **Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas**. 2ª. Ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2005. p.139-173.

OSHIRO, J.H. **Educação para a saúde nas instituições de saúde pública**. 1988. 245 f. Dissertação (Mestrado em Educação ) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1988.

PAIVA, V.; PERES, C.; BLESSA, C. Jovens e adolescentes em tempos de AIDS: reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. **Psicologia USP**, v. 13, n1. 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642002000100004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100004&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 24 Jun 2008. doi: 10.1590/S0103-65642002000100004

PAULILO, A.L. Aspectos políticos das reformas da instrução pública na cidade do Rio de Janeiro durante os anos 1920. **Revista Brasileira de História**, v.23, n.46, p.93-122, 2003.

PATTO, M.H.S. Estado, ciência e política na Primeira República: a desqualificação dos pobres. **Estudos Avançados**, v.13, n.35, p.167-198, 1999.

PEÇANHA, A.M.M. **Fundação Serviço Especial de Saúde Pública – FSESP: um estudo de desenvolvimento institucional**. 1976. 62 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1976.

PEREIRA, A.L.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.5, p. 1527-1534, 2003a.

PEREIRA, E.G. **A participação da Enfermagem no trabalho educativo em Saúde Coletiva: um estudo dos relatos de experiência produzidos por enfermeiros brasileiros no período 1988-2003.** 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003b.

PEREIRA, G.S. **O profissional de saúde e a educação em saúde: representações de uma prática.** 1993. 115 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública.) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1993.

PEREIRA, I.M.T.B. **O educador de saúde pública em um sistema de educação.** 1977. 145 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1977.

\_\_\_\_\_. **Educação em Saúde em Unidades Sanitárias do município de São Paulo.** 1983. 139 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1983.

PEREIRA NETO, A.F. **Palavras, gestos e intenções. Os interesses profissionais da elite médica. Congresso Nacional dos Práticos (1922).** 1997. 428 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997. Os médicos e as enfermeiras visitadoras. p.145-157.

PETERSEN, A. Governmentality, critical scholarship, and the medical humanities. **Journal of Medical Humanities**, v. 24, n.3/4, p.187-201, 2003.

\_\_\_\_\_. Risk, governance and the new public health. In: PETERSEN, A.; BUNTON, R. **Foucault, Health and Medicine.** London: Routledge, 1997. p.189-206.

PINHEIRO, C.V.Q. Saberes e práticas médicas e a constituição da identidade pessoal. **Physis**, v.16, n.1, p. 45-58, 2006.

PINHEIRO, T.X.A. **Saúde Pública, Burocracia e Ideologia: um estudo sobre o SESP (1942-1974)**. 1992. 173 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 1992.

POWERS, P. Empowerment as treatment and the role of health professionals. **Advances in Nursing Sciences**, v.26, n.5, p.227-237, 2005.

RABINOW, P.; ROSE, N. **The Essential Foucault**. London: New Press, 2003.

RAGO, M. **Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar: Brasil 1890-1930**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

\_\_\_\_\_. O efeito-Foucault na historiografia brasileira. **Tempo Social**, v.7, n.1-2, p.67-82, 1995.

RAMOS DO Ó, J. **O governo de si mesmo: modernidade pedagógica e encenações disciplinares do aluno liceal (último quartel do século XIX – meados do século XX)**. Lisboa: EDUCA, 2003

REIS, R.K. **Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/AIDS**. 2004. 142 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Geral e Especializada) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

RENOVATO, R. D. *et al.* Significados e sentidos de saúde socializados por artefatos culturais: leituras das imagens de advertência nos maços de cigarro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro - RJ, 2006.

REVEL, J. **Michel Foucault: conceitos essenciais**. São Carlos: Claraluz, 2005.

RIBEIRO, M.A.R. Historiografia recente da história da saúde pública em São Paulo. **Boletim do Instituto de Saúde**, v.38, p.4-11, 2006.

\_\_\_\_\_. **História sem fim... inventário da saúde pública. São Paulo (1880-1930)**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993.

RIZZOTTO, M.L.F. **(Re)viendo a origem da enfermagem profissional no Brasil: a Escola Anna Nery e o mito da vinculação com a saúde pública**. 1995. 100 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1995.

ROCHA, F.M.G. **Política de prevenção ao HIV/AIDS no Brasil: o lugar da prevenção nessa trajetória**. 1999. 115 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999.

ROCHA, H.P.P. "A Saúde pela Pátria": um apelo que vem do céu! **Boletim do Instituto de Saúde**, v.38, p.36-39, 2006.

\_\_\_\_\_. Inspecionando a escola e velando pela saúde das crianças. **Educar, Curitiba**, n.25, p.91-109, 2005.

\_\_\_\_\_. A educação sanitária como profissão feminina. **Cadernos Pagu**, n.24, p. 69-104, 2005.

\_\_\_\_\_. **A higienização dos costumes: educação escolar e saúde no projeto do Instituto de Hygiene de São Paulo (1918-1925)**. São Paulo: Mercado de Letras; FAPESP, 2003.

\_\_\_\_\_. Educação escolar e higienização da infância. **Cadernos Cedes**, v.23, n.59, p. 39-56, 2003.

\_\_\_\_\_. **Imagens do analfabetismo: a educação na perspectiva do olhar médico no Brasil dos anos 20.** 1995. 147 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1995.

RÓDRIGUES, R.M. Desafios e tendências das Diretrizes Curriculares para a Graduação em Enfermagem no Brasil: formar profissionais para o sistema único de saúde? In: DEITOS, R.A.; RODRIGUES, R.M. (Org). **Estado, desenvolvimento, democracia & Políticas Sociais.** Cascavel: EdUNIOESTE, 2006. p.137-164.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes Curriculares para a Graduação em Enfermagem no Brasil: contexto, conteúdo e possibilidades para a formação.** 2005. 265 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

ROSE, N. **The Politics of Life Itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century.** Princeton: Princeton University Press, 2007.

\_\_\_\_\_. The politics of life itself. **Theory, Culture & Society**, v.18, n.6, p.1-30, 2001.

\_\_\_\_\_. **Governing the soul: the shaping of the private self.** 2. ed. London: Free Association Books, 1999.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública.** 3. ed. São Paulo: HUCITEC e Editora UNESP, 2006.

SALETTI FILHO, H.C. **Cuidado e criatividade no contínuo da vulnerabilidade: contribuição para uma fenomenologia hermenêutica da atenção à saúde.** 2007. 304 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SALETTI FILHO, H.C.; AYRES, J.R.C.M.; TAVARES, C.S.; CAVALCANTI, M.L. **Barraca inventiva: acesso e reflexão sobre a camisinha.** Acesso em 02/02/2008. Disponível em: [www.usp.br/nepaids/barracaitinerante-1.pdf](http://www.usp.br/nepaids/barracaitinerante-1.pdf)

SANCHES, K.R.B. **A AIDS e as mulheres jovens: uma questão de vulnerabilidade.** 1999. 132 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

SANTOS, I.U.M. **Cuidar e curar para governar: as campanhas de saúde na escola.** 2004. 121 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

SANTOS, L.H.S. **Biopolíticas de HIV/AIDS no Brasil: uma análise dos anúncios televisivos das campanhas oficiais de prevenção (1986-2000).** 2002. 283 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

SAVIANI, D. **História das idéias pedagógicas no Brasil.** Campinas, SP: Autores Associados, 2007.

SCHWARTZ, B. Onde estão os cultural studies? **Revista de Comunicação e Linguagens**, v.28, p.43-64, 2000

SCHWENGBER, M.S.V. **Donas de si? A educação de corpos grávidos no contexto da Pais & Filhos.** 2006. 195 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

SECAF, V.; COSTA, H.C.B.V. **Enfermeiras do Brasil: história das pioneiras.** São Paulo: Martinari, 2007.

SEYMOUR, H. Health education versus health promotion – a practitioner's view. **Health Education Journal**, v.43, n.2,3, p. 37-38, 1984.

SILVA, A.C.G. **Inspeção médica escolar em São Paulo (1911-1930): a Escola como lugar de Higiene e Saúde.** 2001. 120 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

SILVA, L.S. **Vulnerabilidade ao HIV/AIDS de homens e mulheres de 50 a 59 anos.** 2006. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

SILVA, J.O. **Educação e Saúde: Palavras e Atos.** Porto Alegre: Dacasa, 2001,

SILVA, T.T. **O currículo como fetiche: a poética e a política do texto curricular.** Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

\_\_\_\_\_. **Teoria cultural e educação – um vocabulário crítico.** Belo Horizonte: Autêntica, 2000

\_\_\_\_\_. A pedagogia psi e o governo do eu nos regimes neoliberais. In: SILVA, T.T. (Org). **Liberdades reguladas: a pedagogia construtivista e outras formas de governo do eu.** 2.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. p.7-13.

SOBRINHO, V.L. **A política de saúde pública e o movimento sanitário brasileiro (1920- 1950).** 1981. 75 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1981.

SORDI, M.R.L. A responsabilidade social como valor agregado do Projeto Político Pedagógico dos Cursos de Graduação: o confronto entre formar e instruir. **Revista da Associação Brasileira de Mantenedoras de Ensino Superior**, v. 1, p. 29-39, 2005.

SORENSEN, .E.S. Clair E. Turner: pioneer in health education, 1890-1974. **Health Education**, v.18, n.1, p.37-39, 1987.

SOUZA, M.F. **As Campanhas Governamentais e a propaganda ensinando a ser opticamente saudável.** 2006. 173 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Luterana do Brasil, Canoas, 2006.

SOUZA, R.F. **Templos de civilização: a implantação da escola primária graduada no Estado de São Paulo (1890-1910).** São Paulo: Editora da UNESP, 1998.

SPINK, M.J.P. **Suor, arranhões e diamantes: as contradições dos riscos na modernidade reflexiva.** Acesso em: 20/12/2006 Disponível em <http://www.enp.fiocruz.br/projetos/esterisco/suor1.htm>

\_\_\_\_\_. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. **Cadernos de Saúde Pública**, v.17, n.6, p. 1277-1311, 2001.

STEINBERG, S.R.; KINCHELOE, J.L. (Org). **Cultura infantil: a construção corporativa da infância.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

STEPHANOU, M. Discursos médicos, educação e ciência: escola e escolares sob exame. **Trabalho, educação e saúde**, v.4, n.1, p.33-64, 2006.

TANNAHILL, A. What is health promotion? **Health Education Journal**, v.44, n.4, p.167-168, 1985.

TEIXEIRA, S.M.F. Evolução e crise de uma política social. **Saúde em Debate**, v.9, p.21-36, 1980.

TELAROLLI JUNIOR, R. **Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo.** São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996.

TESSER, C.D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.18, p.61-76, 2006.

\_\_\_\_\_. **A biomedicina e a crise da atenção à saúde: um ensaio sobre a desmedicalização**. 1999. 219 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

THIELEN, E.V., SANTOS, R.A. Belisário Penna: notas fotobiográficas. **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, v.9, n.2, p.387-404, 2002.

TOLEDO, M.M.; RODRIGUES, S.C.; CHIESA, A.M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto Contexto Enfermagem**, v.16, n.2, p.233-238, 2007.

TRAPÉ, C.A. **A Prática Educativa dos Agentes Comunitários do PSF à luz da categoria práxis**. 2005. 188 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

URBANO, L.A. As reformulações na Saúde e o novo perfil de profissional requerido. **Revista de Enfermagem UERJ**, v.10, n.2, p.142-145, 2002.

VARELA, J. Prólogo a la edición española. In: BALL, S.J.(Org). **Foucault y la educación**. 4. ed. Madrid: Morata, 2001, p. IX-XV.

VASCONCELOS, E.M (Org). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede Educação Popular e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001.

VASCONCELLOS, M.P.C. **Os (des)caminhos da formação sanitária e os direitos sociais: uma reflexão a partir da Escola de Saúde de Minas Gerais**. 2000. 215 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

VAZ, P. *et al.* O fator de risco na mídia. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.21, p.145-163, 2007.

VEIGA-NETO, A. **Foucault & a educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

\_\_\_\_\_. Cultura, culturas e educação. **Revista Brasileira de Educação**, v.23, p.5-15, 2003.

\_\_\_\_\_. Michel Foucault e os Estudos Culturais. In: COSTA, M.V. (Org). **Estudos Culturais em educação: mídia, arquitetura, brinquedo, biologia, literatura, cinema ...** Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 2000. p. 37-72.

\_\_\_\_\_. Educação e governamentalidade neoliberal: novos dispositivos, novas subjetividades. In: BRANCO, G.C.; PORTOCARRERO, V.(Org). **Retratos de Foucault**. Rio de Janeiro: Nau, 2000. p.179-217.

VIANNA, R.D. **A Educação em saúde na escola: secretaria da educação do Estado de São Paulo, 1966-1986**. 1988. 231 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.

VIEIRA, G.F. Educação, Saúde e Assistência no Estado Novo: o Departamento Nacional da Criança. In: **Anais do III Congresso Brasileiro de História da Educação**, 2004. Acesso em 02/03/2007. Disponível em [www.sbhe.org.br](http://www.sbhe.org.br)

VIEIRA, P.E.G. **Assistência Médica no Rio de Janeiro (1920-1937): reformas institucionais e transformações da prática médica**. 1982. 500 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1982.

VIEIRA, E.M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

VIVIANI, L.M. **A biologia necessária: formação de professores e escola normal**. Belo Horizonte, MG; São Paulo: Argumentvm, FAPESP, 2007.

\_\_\_\_\_. Formação de professoras e Escolas Normais paulistas: um estudo da disciplina Biologia Educacional. **Educação e Pesquisa**, v.31, n.2, p.201-213, 2005.

WALLERSTEIN, N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for Health Promotion Programs. **American Journal of Health Promotion**, v.6, n.3, p.197-205, 1992.

WALLERSTEIN, N.; BERNSTEIN, E. Empowerment Education: Freire's Ideas adapted of Health Education. **Health Education Quarterly**, v.15, n.4, p.379-394, 1988.

WESTPHAL, M.F.; PELICIONE, M.C.F. Contribuição da Educação em Saúde para a Reforma Sanitária. **Saúde em Debate**, v.33, p.68-73, 1991.

WILLIAMS, R. **Cultura**. 2.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

\_\_\_\_\_. **Resources of Hope: culture, democracy, socialism**. London: Verso, 1989.

ZUCOLOTO, P.C.S.V. **A escola no discurso higienista: as teses inaugurais da Faculdade de Medicina da Bahia (1869 a 1898)**. 2003. 181 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

## ANEXO 1

### Levantamento Bibliográfico sobre Práticas Educativas em Saúde no Brasil no período de 1980 a 2005.

#### 1980-1989

1- VARGAS, G.O.P.; SCAIN, S.F. Educação alimentar e atividade física sistemática a clientes com excesso de peso e obesidade na consulta de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.3, n.2, p.165-174, 1982.

2- KAMIYAMA, Y. *et al.* Educação para Saúde no Controle de Doenças Transmissíveis: uma experiência de integração Hospital-Escola de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.35, p.74-80, 1982.

3- VARGAS, G.O.P.; SCAIN, S.F. Educação para a saúde a grupo de obesos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.36, p.38-49, 1983.

4- MARTINS, Y.P.; MORETTO, S.C. Educação para a Saúde junto a um grupo de Adolescentes: relato de uma experiência de estudantes de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.38, n.3/4, p.370-379, 1985.

5- SCAIN, S.F. Educação para a Saúde a grupos de clientes diabéticos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.7, n.2, p.232-246, 1986.

6- PAIVA, M.M.S. *et al.* Avaliação das ações educativas em Enfermagem para diabéticos: uma experiência de integração docente-assistencial, no hospital universitário – UFC, Fortaleza-CE. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.39, n.2/3, p.55-65, 1986.

7- SCHALL, V.T. *et al.* Educação em Saúde para aluno de primeiro grau. Avaliação de Material para ensino e profilaxia da esquistossomose. **Revista de Saúde Pública**, v.21, n.5, p.387-404, 1987.

8- MILANEZ, H.M.; ALMERÃO, E. O papel da enfermeira na orientação e administração de drogas que levam à imunossupressão em pacientes submetidos a transplante cardíaco. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.8, n.2, p.220-226, 1987.

9- ÉVORA, Y.D.M. *et al.* Orientações ministradas à gestante durante a assistência de pré-natal: atuação dos profissionais de Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v.22, n.3, p.339-351, 1988.

10- PEDRAZZANI, E.S. *et al.* Helmintoses intestinais. III – Programa de Educação e Saúde em Verminose. **Revista de Saúde Pública**, v.23, n.3, p.189-195, 1989.

11- MIRANDA, V.L.A. *et al.* Programa Integrado de Educação em Saúde Escolar (PIESE): relata de uma experiência. **Jornal de Pediatria**, v.65, n.7, p.259-263, 1989.

#### **1990-1999**

1- GAMBA, M.A. *et al.* Atuação do enfermeiro na Educação em Saúde a Pré-escolares da periferia do município de São Paulo – relato de uma experiência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.3, n.1, p.11-16, 1990.

2- TUPYNAMBÁ, L.C.T.; BORRASCA, R. Treinamento do agente de saúde em escola estadual de primeiro grau no município de Embu – São Paulo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.3, n.2, p.55-58, 1990.

- 3- AZEVEDO, M.A.J.; MARIA, M.L.S.S.; SOLER, L.M.A. Promovendo o auto-cuidado – treinamento e assistência de enfermagem a pacientes portadores de bexiga neurogênica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.43, n.1,2,3/4, p.52-57, 1990.
- 4- CAR, M.R.; PIERIN, A.M.G.; AQUINO, V.L.A. Estudo sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v.25, n.3, p.259-269, 1991.
- 5- GONZAGA, F.R.S.R. O processo educativo em saúde como prática assistencial: relato de experiência. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.1, n.1, p.116-136, 1992.
- 6- ESPERIDIÃO, E.; OLIVEIRA, M.A.E.; PONTIERE, M.S.S. Sala de espera: uma ocasião de atenção primária em saúde mental: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.45, n.2/3, p.145-148, 1992.
- 7- SOUSA, A.L.L. *et al.* Uma experiência multiprofissional na abordagem ao paciente hipertenso. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.59, n.1, p.31-35, 1992.
- 8- SCHALL, V.T. *et al.* Educação em Saúde em escolas públicas de 1º. Grau da periferia de Belo Horizonte, MG, Brasil. I – Avaliação de um programa relativo à esquistossomose. **Revista do Instituto de Medicina Tropical**, v.35, n.6, p.563-572, 1993.
- 9- BARROS, A.S.; CHRISTÓFORO, F.F.M. Abordagem do enfermeiro no grupo educativo com gestantes candidatas à laqueadura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.36, n.2, p.101-106, 1993.
- 10- POZZAN, R. *et al.* Experiência com um programa de educação para pacientes diabéticos com baixo nível sócio-econômico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.47, n.3, p.241-249, 1994.

- 11- PATRÍCIO, Z.M. Nem talco nem diamante: a riqueza de um processo de ensino-aprendizagem participante na área da sexualidade-adolescência. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.3, n.2, p.93-109, 1994.
- 12- MELLO, D.A. *et al.* Pesquisa participante na intervenção da transmissão de helmintoses intestinais (Cidade Satélite do Paranoá – Distrito Federal). **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.8, n.3, p.223-232, 1995.
- 13- DREHER, M.L.; FERREIRA, S.R.S.; EIDT, O.R. Prevenção da AIDS: experiência participativa com adolescentes de uma escola estadual de 1º. Grau em Porto Alegre. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.16, n.1/2, p.52-57,1995.
- 14- CÁRNIO, A.M.; CINTRA, F.A.; TONUSSI, J.A.G. Orientação pré-operatória a pacientes com catarata e indicação de cirurgia ambulatorial – relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.48, n.1, p.39-45, 1995.
- 15- DYTZ, J.L.G.; CRISTO, R.C. A ludoteca como espaço para uma nova abordagem de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.48, n.2, p.134-139, 1995.
- 16- RODRIGUES, R.A.P.; CASAGRANDE, L.D.R. Atividade educativa com as idosas que tiveram queda e seus cuidadores: atuação da enfermeira geriátrica no domicílio. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.9, n.1, p.80-91, 1996.
- 17- MENDES, I.J.M. Uma proposta holística de educação do adulto numa perspectiva positiva de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.49, n.1, p.31-40, 1996.
- 18- BRUM, Z.P.; PEREIRA, M.A. Educação em Saúde enfocando higiene, sexualidade e drogadição junto aos meninos de rua na faixa etária de 11 a 14 anos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.49, n.3, p.333-342, 1996.

19- MONTRONE, V.G.; ROSE, J.C. Uma experiência educacional de incentivo ao aleitamento materno e estimulação do bebê, para mães de nível sócio-econômico baixo: estudo preliminar. **Cadernos de Saúde Pública**, v.12, n.1, p.161-168, 1996.

20- TRENTINI, M.; TOMASI, N.; POLAK, I. Prática educativa na promoção da saúde com grupo de pessoas hipertensas. **Cogitare Enfermagem**, v.1, n.2, p.11-18, 1996.

21- HOGA, L.A.K. Educação para a saúde com grupo de adolescentes. **O Mundo da Saúde**, v.21, n.2, p.68-74, 1997.

22- PINTO, L.M. *et al.* Estudo comparativo entre diferentes abordagens educativas no sistema de alojamento conjunto. **Revista de Ciências Médicas**, v.7, n.3, p.95-102, 1998.

23- CUNHA, M.M.L.C. *et al.* Avaliação de uma proposta educativa sobre AIDS com adolescentes de escola pública de João Pessoa – PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.2, n.1/3, p.27-32, 1998.

24- CESARINO, C.B.; CASAGRANDE, L.D.R. Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: atividade educativa do enfermeiro. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.6, n.4, p.31-40, 1998.

25- PINELLI, F.G.S.; FRIEDLANDER, M.R. Enfermagem em puerpério: aplicação de um modelo de aprendizagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.11, n.3, p.38-49, 1998.

26- MELLO, D.A. *et al.* Promoção à saúde e educação: diagnóstico de saneamento através de pesquisa participante articulada à educação popular (Distrito São João dos Queiroz, Quixadá, Ceará, Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, v.14, n.3, p.583-595, 1998.

- 27- LEITE, A.M. *et al.* Jogo Educativo na Orientação Grupal de Puérperas em Alojamento Conjunto: uma estratégia de educação para a saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.7, n.3, p.59-72, 1998.
- 28- GONÇALVES, A.F. *et al.* Brincando e aprendendo saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.7, n.3, p.85-95, 1998.
- 29- GONÇALVES, A.F. *et al.* Desenvolvendo hábitos saudáveis de educação e saúde na adolescência. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.7, n.3, p.130-145, 1998.
- 30- VALVERDE, V.A. *et al.* Outcomes of obese children and adolescents enrolled in a multidisciplinary health program. **International Journal of Obesity**, v.22, p.513-519, 1998.
- 31- CINTRA, F.A. *et al.* Avaliação de programa educativo para portadores de glaucoma. **Revista de Saúde Pública**, v.32, n.2, p.172-177, 1998.
- 32- ASSUNÇÃO, F.R.R. *et al.* Implantação de um programa de educação sanitária para pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (dpoC) e asma no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v.35, n.1, p.39-46, 1999.
- 33- REA, M.F.; VENANCIO, S.I. Avaliação do curso de aconselhamento em amamentação OMS/UNICEF. **Jornal de Pediatria**, v.75, n.2, p.112-118, 1999.
- 34- JESUS, M.C.P. *et al.* Educação sexual na escola: experiência de docentes e acadêmicas de Enfermagem com adolescentes, pais e professores. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.8, n.1, p.357-371, 1999.

35- PORTELLA, M.R. Cuidar para um envelhecer saudável: a construção de um processo educativo com mulheres rurais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.52, n.3, p.355-364, 1999.

36- BOOG, M.C.F. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, Sup.2, p.139-147, 1999.

37- TORRES, G.V.; ENDERS, B.C. Atividades educativas na prevenção da AIDS em uma rede básica municipal de saúde: participação do enfermeiro. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.7, n.2, p.71-77, 1999.

#### **2000-2005**

1- DAOUD, I.G.; SANTANA, M.G. Construção de um processo educativo com um grupo de mulheres climatéricas. **Texto Contexto Enfermagem**, v.9, n.2, p.118-136, 2000.

2- ROZÁRIO, P.S.; ZAGONEL, I.P.S. Proposta de cuidar com enfoque educativo às mães em aleitamento materno. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.53, n.3, p.401-409, 2000.

3- SOUZA, M.H.N. Aleitamento materno: um estudo de intervenção em favelas de Vila Mariana, município de São Paulo. **Revista de Enfermagem UERJ**, v.8, p.93-100, 2000.

4- FARIAS, F.T.P.; PADILHA, M.I.C.S. Educação em Saúde: co-participação das educadoras infantis no processo saúde-doença no centro de desenvolvimento infantil. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.9, n.2, p.336-347, 2000.

5- RODRIGUES, M.G.S.; KANTORSKI, L.P.; GOMES, V.L.O. Um processo de educação em saúde desenvolvido com um grupo de mães de crianças com algum grau de desnutrição. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.9, n.2, p.169-177, 2000.

- 6- SANT'ANNA, S.C.; FERRIANI, M. das G.C. O trabalho de grupo: reflexões do cotidiano, relato de uma experiência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.8, n.3, p.97-101, 2000.
- 7- FREDERICO, P.; FONSECA, L.M.M.; NICODEMO, A.M.C. Atividade educativa no Alojamento conjunto: relato de experiência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.8, n.4, p.38-44, 2000.
- 8- DIOGO, M.J.D.; CEOLIM, M.F.; CINTRA, F.A. Implantação do grupo de atenção à saúde do idoso (GRASI) no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (SP): relato de experiência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.8, n.5, p.85-90, 2000.
- 9- LIMA, R.T. *et al.* Educação em Saúde e Nutrição em João Pessoa, Paraíba. **Revista de Nutrição, Campinas**, v.13, n.1, p.29-36, 2000.
- 10- ARAÚJO, S.M. *et al.* Programa ACHEI: atenção ao chagásico com educação integral no Município de Maringá e Região Noroeste do Paraná, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.33, n.6, p.565-572, 2000.
- 11- ZAMPIERI, M.F.M. Vivenciado o processo educativo em Enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.22, n.1, p.140-166, 2001.
- 12- BARROSO, M.G.T.; AGUIAR, M.J.F.; OLIVEIRA, K.F. Educação na Prevenção das DST com familiares de portador de deficiência auditiva. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.13, n.2, p.18-22, 2001.
- 13- MIYASAKI, S.C.S.; BUENO, S.M.V. Pesquisa-ação sobre DST/AIDS e drogas com professores do ensino fundamental de escola municipal de uma cidade do interior do Estado

de São Paulo. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.13, n.6, p.25-30, 2001.

14- OLIVEIRA, MA. *et al.* Custo-efetividade de programa de educação para adultos asmáticos atendidos em hospital-escola de instituição pública. **Jornal de Pneumologia**, v.28, n.2, p.71-83, 2002.

15- PEREIRA, G.A.; LIMA, M.A.D.S. Relato de experiência com grupo na assistência de enfermagem a diabéticos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.23, n.2, p.142-157, 2002.

16- FONSECA, L.M.M.; SCOCHI, C.G.S.; MELLO, D.F. Educação em Saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal: aquisição de conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.10, n.2, p.166-171, 2002.

17- BRASSOLATTI, R.C.; ANDRADE, C.F.S. Avaliação de uma intervenção educativa na prevenção da dengue. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.2, p.243-251, 2002.

18- OSHIRO, M.L.; CASTRO, L.L.C. Avaliação dos efeitos de uma intervenção educativa para promoção do uso da Terapia de Reidratação Oral (TRO) em trabalhadores de farmácias. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n.1, p.287-297, 2002.

19- GUILHERME, A.L.P. *et al.* Atividades educativas para o controle de triatomíneos em área de vigilância epidemiológica do Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n.6, p.1543-1550, 2002.

20- GAZZINELLI, M.F. *et al.* A interdição da doença: uma construção cultural da esquistossomose em área endêmica, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n.6, p.1629-1638, 2002.

21- ALMEIDA, F.A. *et al.* Prevenção Primária e Detecção Precoce da Hipertensão Arterial em Escolas do Ensino Médio. Projeto Comunitário envolvendo estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.26, n.2, p.88-93, 2002.

22- TAVARES, D.M.S.; RODRIGUES, R.A.P. Educação conscientizadora do idoso diabético: uma proposta de intervenção do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v.36, n.1, p.88-96, 2002.

23- FIGUEIREDO, R.; AYRES, J.R.C.M. Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/AIDS em São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, v.36, Sup.4, p.96-107, 2002

24- FELICIANO, K.V.O.; KOVACS, M.H. As necessidades comunicacionais das práticas educativas na prevenção da transmissão materno-fetal do HIV. **Revista Brasileiro de Saúde Materno-infantil**, v.3, n.4, p.393-400, 2003.

25- KLEIN, E.P. Extensão universitária na Amazônia: um programa de educação popular em saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.27, n.1/2, p.84-98, 2003.

26- TORRES, H.C.; HORTALE, V.A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.4, p.1039-1047, 2003.

27- POGGETTO, M.T.D.; CASAGRANDE, L.D.R. "Fui fazendo e aprendendo..." Temática de Aprendizagem de Clientes colostomizados e a ação educativa do enfermeiro. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.7, n.1, p.28-34, 2003.

28- RIBEIRO, P.J. *et al.* Programa educativo em esquistossomose: modelo de abordagem metodológica. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.3, p.415-421, 2004.

29- VALENTINI, W. *et al.* Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.4, p.522-528, 2004.

30- CARVALHO, C.M.R.G.; FONSECA, C.C.C.; PEDROSA, J.I. Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.3, p.719-726, 2004.

31- UCHOA, C.M.A. *et al.* Educação em Saúde: ensinando sobre a leishmaniose tegumentar americana. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.4, p.935-941, 2004.

32- MELLO, E.D.; LUFT, V.C.; MEYER, F. Atendimento ambulatorial individualizado versus programa de educação em grupo: qual oferece mais mudança de hábitos alimentares e de atividade física em crianças obesas? **Jornal de Pediatria**, v.80, n.6, p.468-474, 2004.

33- VIEIRA, E.M. *et al.* The use of the female condom by women in Brazil participating in HIV prevention education sessions. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.15, n.6, p.373-379.

34- MICHELI, D.; FISBERG, M.; FORMIGONI, M.L.O.S. Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.50, n.3, p.305-313, 2004.

35- ARAÚJO, M.A.L.; BUCHER, J.S.N.F.; BELLO, P.Y. Eficácia do Aconselhamento para doenças sexualmente transmissíveis em unidades de referência da cidade de Fortaleza, CE, Brasil. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.16, n.1, p.51-57, 2004.

36- DIAZ, M. *et al.* Outcomes of three different models for sex education and citizenship programs concerning knowledge, attitudes and behavior of Brazilian adolescents. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.2, p.589-597, 2005.

37- SASSO, K.D.; GALVÃO, C.M.; SILVA JR, O.C.; Transplante de fígado: resultados de aprendizagem de pacientes que aguardam a cirurgia. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.13, n.4, p.481-488, 2005.