

REFLEXÕES SOBRE A SAÚDE E A EDUCAÇÃO A PARTIR DE SUAS RELAÇÕES COM O ESTADO E A SOCIEDADE NO BRASIL

Reflections about Health and Education based on their Relation with State and Society in Brazil

Adriana Silva Barbosa¹, Bárbara Cabral de Sousa², Gleyton Gomes Porto³, Eduardo Nagib Boery⁴, Zenilda Nogueira Sales⁵ e Cezar Augusto Cassotti⁶

1. Bióloga, especialista em Metodologia do Ensino Superior pela Faculdades Integradas de Jequié (FIJ). Analista Universitária. Secretária do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB. Mestre em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB - Campus de Jequié. Doutoranda em Política Científica e Tecnológica pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).
2. Enfermeira, especialista em Saúde Coletiva com Habilitação em Magistério Superior pelo Instituto de Pós-Graduação e Extensão / Faculdade Internacional de Curitiba (IBPEX). Mestre em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB – Campus de Jequié. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC).
3. Fisioterapeuta, especialista em Saúde Pública pelo Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão (IBPEX). Aluno especial do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.
4. Enfermeiro, doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professor Titular do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da UESB.
5. Enfermeira, doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora Titular do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da UESB.
6. Odontólogo, doutor em Odontologia Preventiva e Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Professor Adjunto do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da UESB.

► **CONTATO:** Adriana Silva Barbosa | | Rua Jundiá, 278, Bairro Vila Furlan | Indaiatuba | São Paulo | CEP 13339-310 | Telefone: (19) 3934-7220 | E-mail: drybarbosa@yahoo.com.br

Trabalho realizado na Disciplina Metodologia da Pesquisa Científica em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB – Campus de Jequié. Trabalho não financiado.

Resumo

A relação existente entre Estado, educação, saúde e sociedade no Brasil é bastante complexa, imbricada e carrega os ranços da colonização/exploração deste país. O objetivo deste artigo é realizar uma reflexão sobre a saúde e a educação a partir de suas relações com o Estado e a sociedade no Brasil através do resgate de alguns acontecimentos importantes para a história da saúde, da educação e para a formação do Estado e da sociedade deste país. A metodologia do

estudo consistiu na realização de uma reflexão a partir de um levantamento bibliográfico nas bases de dados Bireme (Biblioteca Virtual em Saúde) e Scielo (Scientific Electronic Library On Line) e também na página do Ministério da Educação (MEC). A reflexão realizada indica que é necessário mudar a forma como a relação Estado, educação, saúde e sociedade se dá no Brasil, de modo a efetivar o compromisso do Estado com a qualidade da educação e da saúde da população, bem como fortalecer a participação da sociedade nas políticas públicas sociais.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde, Governo Estadual, Saúde Pública, Política Social.

Abstract

The existing relation among State, education, health and society in Brazil is very complex, imbricated, and carries the antiquated vestiges of the colonization/exploitation of this country. The objective of this paper is to realize a reflection about health and education based on their relation with State and society in Brazil by recovering some important events for the history of health and education and the formation of the State and society of this country. The methodology of this study consisted in the realization of a reflection based on a bibliographic search in databases Virtual Health Library (Bireme) and Scielo (Scientific Electronic Library On Line) and also at the home page of the Ministry of Education (MEC). The realized reflection indicate that is need to change the form like the relation among the State, the education, the health and the society occur in the Brazil to actualize the compromise of the State with the quality of health and education services and strengthen the participation of society in social policies.

KEYWORDS: Health Education, State Government, Public Health, Public Policy.

A saúde e a educação na formação do Estado brasileiro

O Estado Brasileiro teve sua origem como uma colônia de Portugal para fins de exploração; na qual, inicialmente, o interesse português era apenas obter lucro. O povoamento e a estrutura socioeconômica nele desenvolvida decorreram da expansão do capital comercial que tinha como fim a transferência para a metrópole do capital produzido pela exploração e exportação de produtos tropicais¹. Não havia por parte do colonizador interesse em formar um Estado, consolidar a sociedade e investir em ações de educação e saúde; uma vez que aqui viviam, em sua maioria, índios e degredados portugueses. As influências da Revolução Industrial e Democrática e do Iluminismo, que se consolidaram nas sociedades europeias a partir do século XVII, repercutiram tardiamente no Brasil².

Somente em 1808, com a vinda da família real portuguesa para o país, surgiram ações no intuito de melhorar as condições sanitárias, de saúde e de educação e também a organização social e cultural voltadas para a elite²⁻⁴, fato este que gerou grandes desigualdades sociais. Assim, foi necessário estabelecer mudanças na organização administrativa⁴; entretanto, estas não foram suficientes para amenizar as dificuldades encontradas por D. João VI em governar um país tão grande e manter a unidade do império luso-brasileiro⁵. As ações de saúde implantadas estavam direcionadas à produção e exportação^{3,6} e a educação dirigia-se aos filhos das elites que, em sua maioria, iam estudar na Europa.

Anos mais tarde, em 15 de novembro de 1889, o Marechal Deodoro da Fonseca proclamou a

República através de um golpe militar. É importante lembrar, no entanto, que a ideia de república desenvolveu-se no grupo específico de militares; os quais, descontentes com os resultados da Guerra do Paraguai, colocaram-se em posição antagônica à Monarquia e tornaram-se susceptíveis a influências de várias correntes filosóficas, dentre elas a positivista⁷.

Ao contrário do que ocorreu em outros países como Portugal, o Positivismo no Brasil passa a reforçar o autoritarismo doutrinário. Buscava-se o progresso, desde que a ordem prevalecesse⁸. O lema “ordem e progresso”, que se encontra expresso na bandeira do Brasil, talvez seja uma das lembranças mais emblemáticas da influência do positivismo no país.

Deve-se ressaltar também que não houve participação popular na Proclamação da República, pois a população não estava ciente dos acontecimentos. Assim, muitos não perceberam a passagem do Império para a República e esta foi marcada por incertezas e pela disputa de poder entre grupos que possuíam concepções diferentes sobre a forma de governar o Brasil⁸.

Ao longo da história, traços destas características têm perdurado no Brasil. No século XIX e início do século XX, ainda era pequeno o número de escolas e professores⁹, a educação da classe dominante era fechada e irredutível ao espírito crítico de análise¹⁰, e a população de baixa renda, em sua maioria negros e afro-descendentes, permanecia fora da escola ou recebia apenas uma educação profissionalizante de valorização negativa para trabalhar em indústrias¹¹. Este sistema de ensino dual², marcado por uma educação excludente, aristocrática e descontextualizada, fornecia o sustentáculo para a manutenção do poder político, econômico e cultural da elite dominante¹⁰ e reforçava o abismo existente entre esta e a maior parte da população.

Neste contexto, a saúde da população não era considerada um tema importante. As ações do Estado concentravam-se em garantir condições mínimas para que a produção industrial continuasse a dar lucro³. Tal descaso com as condições de saúde e de vida da população resultou em várias

epidemias ao longo do país, principalmente no Rio de Janeiro, comprometendo os interesses comerciais do Estado. Diante desta situação, designou-se o médico Oswaldo Cruz que, com o Modelo Campanhista^{3,6}, debelou epidemias como a de varíola no Rio de Janeiro, mas também provocou revolta na população, pois a eficácia da vacina era questionada e sua obrigatoriedade gerou polêmica no que concerne aos limites do Estado na saúde pública e também em relação ao respeito à liberdade individual dos cidadãos¹².

É relevante lembrar que o processo de urbanização brasileiro deu-se praticamente no século XX¹³, intensificando-se após a Segunda Guerra Mundial, aliado a um forte crescimento populacional, à industrialização e ao descenso dos índices de mortalidade devido a progressos sanitários e à relativa melhoria dos padrões de vida da população¹⁴. Todavia, de acordo com Maricato¹³, a urbanização não superou algumas das características dos períodos colonial e imperial, tais como a concentração da terra, renda e poder por meio do Coronelismo e da aplicação arbitrária das leis, passando a caminhar atrelada à industrialização sob o lema positivista da ordem e progresso.

Somente a partir da Revolução de 1930, a hegemonia agroexportadora vigente no Brasil foi superada e o processo de urbanização/ industrialização adquiriu novo ritmo com políticas oficiais como a regularização do trabalho urbano (não extensiva ao campo), construção da infraestrutura industrial, dentre outras medidas que reforçaram a migração do campo para a cidade¹³.

Deve-se mencionar também que, na década de 1930, o Estado brasileiro iniciou o reconhecimento da ação sindical. Entre 1940 e 1942, estabeleceu-se uma ampla regulação do mercado e das relações de trabalho (Consolidação das Leis do Trabalho – CLT), voltada para os trabalhadores urbanos e sem considerar o mercado de trabalho agrícola que era a maioria na época¹⁵.

Nesse período, a legislação trabalhista instituída propunha um amplo conjunto de direitos à população urbana desprovida de qualquer proteção social; todavia sua elaboração contou com a participação dos empresários que marcaram com tal força seus interesses, que o próprio texto da lei

dificultava a sua aplicação. Desse modo, os direitos do trabalho se internalizaram como regras legais no plano do processo de trabalho, mas deslegalizaram a sua expressão como plano de ação de luta política, culminando com a legalização de sua repressão, bem como com a corrosão dos níveis de vida urbana e o aumento das desigualdades sociais¹⁶.

Anos mais tarde, no final do século XX, notadamente a partir dos anos 1980, a segregação urbana e ambiental passa a ser uma das faces mais importantes da segregação social, gerando dificuldades de acesso à infraestrutura urbana e aos serviços, dentre os quais se destacam os de transporte, saneamento, drenagem, abastecimento, saúde, educação e creches, além de maior exposição à ocorrência de enchentes e desmoronamentos¹³.

Estes aspectos demonstram que a educação, saúde e sociedade estão diretamente relacionadas com as ações do Estado, o que significa que o contexto histórico dos primórdios da exploração/colonização do Brasil repercutiu e repercute até hoje na sociedade brasileira. As ações de saúde e educação ainda não atingem toda a população, o que pode ser constatado pelo grande número de analfabetos funcionais, alto índice de desemprego, existência de pessoas vivendo em condições sub-humanas, sem assistência médica e com precárias condições de saúde, alimentação, moradia e higiene.

Estas características mantêm o Brasil como um país de profundas desigualdades sociais, no qual há uma elite (minoridade da população) detentora de poder socioeconômico e político e altos padrões de educação e de assistência à saúde em contraste com a maioria da população, que não possui condições adequadas de saúde e educação, mantendo assim o abismo entre as classes sociais existente desde o período colonial.

É importante ressaltar que o conceito de classe universalizou-se e difundiu-se por meio dos escritos de Marx, que procurou demonstrar que a sociedade capitalista moderna, a sociedade burguesa, devia sua dinâmica e seu desenvolvimento à exploração dos trabalhadores. Na atualidade, o conceito de classe social é encarado com uma das principais ferramentas da Sociologia e considerado

fundamental para os estudos de estrutura, organização e estratificação social, significando organização coletiva e ação política, incorporando práticas sociais e culturais de enfrentamento do cotidiano e incluindo os movimentos sociais¹⁷.

Nesta conjuntura, torna-se relevante analisar as influências da formação do Estado brasileiro na implantação e desenvolvimento dos sistemas de saúde e educação na sociedade atual. Diante disto, surgiu a seguinte questão norteadora: quais as relações entre saúde, educação, Estado e sociedade no Brasil? Assim, este artigo tem como objetivo realizar uma reflexão sobre a saúde e a educação a partir de suas relações com o Estado e a sociedade no Brasil, através do resgate de alguns acontecimentos importantes para a história da saúde e da educação e para a formação do Estado e da sociedade deste país.

Metodologia

Este artigo caracteriza-se como uma reflexão crítica realizada a partir de um levantamento bibliográfico realizado em bases de dados. De acordo com Gil¹⁸, a pesquisa bibliográfica é realizada utilizando-se material já elaborado (fontes secundárias) como livros e artigos científicos, permitindo ao investigador refletir sobre um tema a partir dos estudos de outros autores.

Para a elaboração deste artigo, empregou-se como forma de coleta de dados a busca de textos, livros e artigos científicos. Utilizaram-se como descritores os termos formação do Estado Brasileiro, formação da sociedade brasileira, história da Educação no Brasil, história da Saúde no Brasil, história do trabalho no Brasil, a consolidação das leis do trabalho no Brasil, processo de urbanização no Brasil, influência do positivismo na fundação da república, Estado de Bem Estar Social, Modelo Neoliberal no Brasil, saúde e educação, saúde e Estado, educação, saúde e sociedade, Estado e Educação. Foram utilizadas também leis e dois documentos oficiais. A busca de artigos científicos ocorreu entre janeiro de 2009 e novembro de 2012 em periódicos dispostos nas bases de dados Bireme

(Biblioteca Virtual em Saúde), Scielo (Scientific Electronic Library On Line) e na página do Ministério da Educação.

Durante a busca de artigos, foram selecionados aqueles que se enquadravam em pelo menos um dos critérios aqui enumerados: (1) abordar, no contexto brasileiro, pelo menos uma das seguintes temáticas: Estado, educação, saúde e sociedade; (2) trazer aspectos históricos que contribuíssem para compreender a formação do Estado, da sociedade e dos sistemas de saúde e educação brasileiros; (3) relacionar, pelo menos, duas das temáticas deste estudo no contexto brasileiro.

Foram identificados 99 (noventa e nove) trabalhos, dos quais foram selecionados, através de uma leitura prévia do resumo, 50 (cinquenta). Estes últimos foram lidos integralmente e utilizados para compor a base bibliográfica deste estudo. Não se delimitou tempo, contudo todos os artigos encontrados foram publicados entre 1989 e 2010. Foi encontrado também 1 (um) texto sem data que foi utilizado por se mostrar relevante para este estudo, o qual encontra-se disponível no site do Datasus.

O quadro 1 apresenta uma síntese das leituras realizadas para a composição deste artigo, demonstrando o período considerado, as principais conclusões e os autores utilizados como referência.

A educação em saúde no Brasil

A educação em saúde é um campo multifacetado, de relevância para a educação, para a saúde, para o bem-estar da sociedade e para o Estado; pois, se bem realizada, pode gerar redução dos gastos públicos. Tal fato torna-se possível, porque convergem para a educação em saúde diversas concepções das áreas da educação e da saúde, as quais espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade, constituindo um conjunto de saberes que sobrepõe o conceito de promoção de saúde, definindo-se

como uma forma mais autônoma de participação da população no cuidado e preservação da saúde¹⁹. Segundo Gazzinelli et al.²⁰, o processo de educação em saúde lida com a história de vida, com conjuntos de crenças e valores e com a própria subjetividade da pessoa.

Apesar disso, a análise da história da educação em saúde no Brasil permite observar que, desde o século XIX, a medicalização da vida social vinculava-se a um controle do Estado sobre os indivíduos, no sentido de manter e ampliar a hegemonia da classe dominante. Tal orientação foi reforçada pelas descobertas bacteriológicas que reduziram a doença a uma relação de causa e efeito de ordem estritamente biológica. Não eram considerados a questão social, nem o processo histórico de origem e manutenção da doença²¹.

Neste contexto, de acordo com Levy et al.²², as primeiras ações do Estado com o intuito de educar em saúde aconteceram no município de São Gonçalo (Rio de Janeiro) em 1924, e na cidade de São Paulo, em 1925. Ainda na década de 1920, em meio à crise socioeconômica e sanitária, o discurso da higiene dava início a ações da política sanitária. Tal política voltou seu olhar para os centros urbanos portuários onde se concentrava e acumulava-se o capital. O controle de algumas doenças de grande magnitude, com caráter epidêmico e alta letalidade, contribuiu para a legitimação das campanhas como políticas sociais de grande eficácia²³.

Entretanto, estas campanhas sanitárias não eram tão eficazes contra doenças menos agudas como a tuberculose e outras doenças transmissíveis, que estavam amplamente distribuídas em diferentes grupos populacionais. Como consequência, surgiu uma nova estratégia denominada saúde pública e, com ela, uma prática de educação intitulada educação sanitária. Nascia, nesse momento, a base para a estruturação dos serviços de saúde que seriam consolidados na década de 1930. Até metade dos anos 1940, a educação sanitária era introduzida na sociedade por meio dos Centros de Saúde e das Campanhas Sanitárias ou do ensino formal com a ideologia do eugenismo²³.

Quadro 1. Síntese dos períodos, principais conclusões e autores utilizados como referência para a elaboração deste artigo.

Período considerado	Principais conclusões	Autores de referência
1500-1799	<ul style="list-style-type: none"> - A descoberta do Brasil deu-se com fins de exploração. Por isso, não havia interesse do colonizador em estabelecer uma sociedade e formar um novo Estado; - As influências da Revolução Industrial europeia chegaram tardiamente ao Brasil. 	Souza (2008), Oliveira (2004)
1800-1900	<ul style="list-style-type: none"> - As primeiras ações de saúde, educação e cultura deram-se com a chegada da família Real Portuguesa em 1808; - A Política de Estado era voltada para os lucros, com pouca atenção para a saúde e a educação; - Ocorrência da medicalização da vida social com intuito de manter o controle da classe dominante; - A doença é considerada como uma relação de causa e efeito estritamente biológica e a saúde é vista de forma desvinculada da questão social; - A República foi proclamada sem a participação popular, sendo inicialmente influenciada pelo Positivismo. 	Oliveira (2004), Polignano (2007), Vicente (1993) Schiavinatto (2002) Paulus Júnior; Cordoni Júnior (2006) Olinda (2003) Souza (2000) Silva (2005) Loureiro (1989) Castro (1995) Araújo (2009-2010)
1901 - 1950	<ul style="list-style-type: none"> - O caráter histórico dos bens coletivos como a educação e a saúde influenciam na constituição do Estado e da sociedade; - A crise socioeconômica e sanitária evidenciou as limitações das campanhas sanitárias; - O surgimento da saúde pública, da educação sanitária e do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) introduziu mudanças na educação sanitária e na formação dos profissionais de saúde; - O Estado de Bem-Estar Social europeu influenciou a política de Estado Brasileira, embora não tenha se consolidado neste país, configurando-se mais como um Estado de Seguridade Social com a criação de sistemas de educação, saúde e previdência com tendência à universalidade; - A Consolidação das Leis do Trabalho, na década de 1940, era voltada apenas para os trabalhadores urbanos e obstaculizava a efetivação dos direitos trabalhistas que se propunha a garantir. 	Hochman (1993), Polignano (2007), Paulus Júnior; Cordoni Júnior (2006), Teixeira (2000), Levy <i>et al.</i> (s.d.), Oliveira (2003), Valla (1992), Singer (1996), Fiori (1997), Pereira (1999), Dedecca (2005), Paoli (1989), Maricato (2003) Santos (2008)
1951-2000	<ul style="list-style-type: none"> - Os governos ditatoriais brasileiros foram marcados por uma visão mercadológica de saúde e educação. - O período entre 1950 e 1960 é considerado áureo para a educação sanitária no Brasil; - Surgem movimentos de crítica ao modelo educacional e a pedagogia freireana é incorporada à saúde. Surge também a educação popular em saúde; - A 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) foi considerada um divisor ideológico na reforma sanitária brasileira e influenciou a Constituição de 1988; - A Constituição de 1988 instituiu a saúde e a educação como direito de todos, criou o SUS e suscitou discussões para a elaboração da nova LDB; - O SUS surgiu como produto de um processo gradativo de lutas que envolveram movimentos populares, trabalhadores em saúde, estudiosos, usuários, sindicalistas e militantes de movimentos sociais; - Os ideais neoliberais, as ideias de Estado Mínimo e as privatizações começam a ser reforçados no Brasil; - Na década de 1990, ocorreram algumas mudanças na gestão do SUS e no sistema educacional brasileiro com a criação das NOB e a publicação da nova LDB; - O Modelo Neoliberal dominava a política de Estado, influenciando fortemente as políticas sociais como as de educação e as de saúde. 	Luz (1991) Ferreira; Bittar (2008) Oliveira (2003) Mohr; Schall (1992) Pereira; Servo (2003) Alves (2004-2005) Pimenta (2007) Gouveia (1999) Brasil (1988) Brasil (1990a) Brasil (1990b) Brasil (1990c) Brasil (1971) Vianna; Unbehaum (2004) Carvalho (1998) Pinto (2002)
2001- atualidade	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciaram-se os esforços para descentralização da saúde e da educação; - O Modelo Neoliberal contribuiu para aprofundar a crise socioeconômica brasileira e continuou a influenciar os sistemas de saúde e educação do país; - A educação é vista sob a lógica do mercado e a saúde é encarada como uma mercadoria cada vez mais cara; - O Estado brasileiro pode ser visto como um estado de contradições e ambiguidades, que deve reconhecer a importância da educação e da saúde com qualidade para o ser humano e para o binômio Estado / sociedade. 	Pinto (2002), Mendonça (2008), Oliveira; Fonseca (2005), Barroso (2005), Martins (1996) Namen; Galan; Cabreira (2007) Gadotti (2000) Elias (2004) Santos <i>et al.</i> (1998)

É também nesse período que surge a participação popular nos programas do governo com o objetivo de ajudar as populações mais pobres a reconhecer suas necessidades de modernização e de assumir responsabilidades cada vez mais crescentes na resolução de seus problemas. Surge então, no campo da saúde pública, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Com o SESP, foram sendo introduzidas, no interior no Brasil, inovações metodológicas e novas técnicas de educação sanitária: a educação de grupos, recursos audiovisuais e o Desenvolvimento e Organização Comunitária – DOC^{23,24}.

Oliveira²³ diz que, nesse período da educação sanitária no Brasil, a Fundação SESP também foi responsável por imprimir mudanças na própria formação dos profissionais que atuavam em educação sanitária; pois os fatores sociais, econômicos e culturais foram incorporados na maneira de perceber e explicar o binômio saúde/doença. Acompanhando essa tendência, a educação sanitária ganha um novo espaço, além do interior dos centros de saúde e do ensino formal: o espaço comunitário. Essa tendência faz-se presente nas décadas de 1950 e 1960, período este considerado posteriormente como áureo na educação sanitária no Brasil.

Segundo Mohr e Schall¹⁹, durante os anos da década de 1970, após sucessivas reformas na área da política de saúde, a pedagogia de Paulo Freire foi assimilada nas ações de saúde, embora não incorporada no contexto geral do país. Esta proposta de educação começou a ser empregada pelos profissionais de saúde, que, à luz das ciências humanas, revisavam suas práticas e buscavam construir um novo projeto em saúde²⁵.

Nesse período, surgem movimentos que criticavam as práticas educativas autoritárias e normatizadoras. Dentre eles, destaca-se o movimento da educação popular em saúde, por considerar que: “O saber popular deve ser valorizado e o diálogo é o instrumento de escolha no processo ensino-aprendizagem”. Tal processo deu início a movimentos que viabilizaram o rompimento da

verticalização da relação profissional-usuário²⁶ como a educação popular em saúde.

A educação popular em saúde é aquela em que o usuário dos serviços é reconhecido como pessoa portadora de um saber que, embora diverso do saber técnico-científico, não deve ser abolido pelos serviços. A estratégia valorizada por este modelo é a comunicação dialógica, que visa à construção de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, que capacite os indivíduos a decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde. Por esta circunstância, o modelo dialógico tem sido associado a mudanças duradouras de hábitos e de comportamentos de saúde, visto serem ocasionados não pela persuasão ou autoridade do profissional, mas pela construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado²⁶, o que denota que este modelo contribui para uma apreensão mais abrangente das necessidades de saúde das pessoas e para a humanização da ação educativa, tornando-a mais sensível a seus destinatários.

Neste contexto, depreende-se que a saúde e a educação estão profundamente relacionadas às políticas públicas do Estado. Estas se encontram refletidas nas práticas de educação em saúde, uma vez que a saúde necessita de ações educativas para não se reduzir apenas a práticas curativas e que a educação é uma prática cotidiana, que acontece em todos os espaços da vida social e ao longo de toda a vida do ser humano, encontrando-se envolvida com o processo de crescimento, desenvolvimento e de saúde do ser humano e que, por isso mesmo, necessita de políticas públicas de Estado consistentes e eficazes.

Assim, as diversas mudanças nas práticas de educação em saúde no decorrer de sua história no Brasil se deram, muitas vezes, pelas vivências, pelo esforço e pela inter-relação entre profissionais da saúde e a comunidade na busca incessante de melhores condições de vida. Mesmo assim, reconhece-se, ainda, a necessidade da

transformação da relação profissional-usuário para a construção de um modelo assistencial alternativo, capaz de acumular experiências contra-hegemônicas.

O SUS, a LDB e o modelo neoliberal

Os períodos ditatoriais brasileiros foram marcados por uma visão mercadológica de saúde e educação, uma vez que a centralização institucional vigente à época conduziu a uma medicalização social, aliando o campanhismo ao curativismo e fazendo com que a saúde fosse vista como um bem de consumo voltado ao aumento da produtividade sem considerar o contexto social e de saúde da população, constituindo uma relação autoritária, mercantilizada e tecnicizada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população, levando a uma grande insatisfação popular sobre a política de saúde da ditadura²⁷.

No que concerne à política educacional, segundo Ferreira e Bittar²⁸, entre 1964 e 1985, esta se encontrava vinculada organicamente ao modelo econômico que acelerou, de forma autoritária, o processo de modernização do capitalismo brasileiro. Neste contexto, os fundamentos do sistema nacional de ensino baseavam-se nos aparelhos estatais e no estabelecimento de relação com o aumento da produtividade da economia nacional, culminando no planejamento da educação de acordo com os interesses socioeconômicos do mercado capitalista, o que denota que o sistema educacional deste período foi marcado pela ideologia tecnocrática de concepção pedagógica autoritária e produtivista na relação entre a educação e o mundo do trabalho.

Em fins do último período ditatorial brasileiro, vigorava um modelo educacional tecnicista, e as condições de saúde da população tornaram-se críticas devido a uma política concentradora, centralizadora, privatizante e ineficaz, considerada a expressão do regime político autoritário. No início dos anos 1980, a crise do regime era identificada como a crise das políticas sociais, a qual envolvia saúde, educação e habitação²⁷.

Na atualidade, dentre os vários desafios a serem enfrentados para que o acesso à saúde e à educação se estendam de forma igualitária a toda a população brasileira e para que as políticas do Estado traduzam os anseios desta população, encontra-se o desafio colocado aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que eles têm que se dedicar a construir modelos technoassistenciais que considerem as necessidades de saúde dos usuários e sejam capazes de mudar os processos de produção nos microespaços dos serviços de saúde, o que não é tão simples de ser realizado²⁹.

Para entender a dimensão deste desafio, é importante lembrar que o SUS surgiu como uma conquista de um longo e gradativo processo de lutas que envolveram movimentos populares, trabalhadores em saúde, estudiosos, usuários, sindicalistas e militantes dos mais diversos movimentos sociais, a partir dos anos 1970. Entre esses últimos, com importantes repercussões nas práticas de saúde, encontram-se o movimento feminista, a luta antimanicomial e o novo sindicalismo, conforme relata Gouveia e Palma³⁰. Todos estes movimentos fizeram-se ativamente presentes na 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), que foi um dos acontecimentos políticos mais importantes da década de 1980, sendo considerada um divisor ideológico na reforma sanitária brasileira e no processo de descentralização dos serviços de saúde brasileiros, pois gerou importantes transformações que se fazem ainda presentes nos dias atuais²⁹.

Neste contexto, é importante lembrar que direitos como a saúde e a educação só passaram a ser considerados direitos de todos (sem distinção e nenhuma forma de discriminação) a partir da Constituição de 1988³¹, que foi influenciada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, criou o SUS e suscitou discussões para a elaboração de uma nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB). Apesar desta importante conquista da sociedade brasileira, é mais ou menos nesta época, a partir do governo Collor de Mello, que começam a se reforçar no país as ideias neoliberais, dentre as quais a do Estado Mínimo, com privatizações e a ideia de

que é a sociedade, e não o Estado, quem deve se responsabilizar pelas ações de saúde e educação.

Assim, ainda que a 8ª Conferência Nacional de Saúde tenha servido de base jurídica para o Sistema de Saúde na nova Constituição Brasileira de 1988³¹, trazendo conceitos como ampliação da saúde, saúde como direito do cidadão, acesso universal, atenção integral, dentre outros, a Lei 8.080/1990³², que regulamenta o SUS, foi para a sanção do então Presidente Fernando Collor de Mello e foi parcialmente vetada, sendo justificativas do veto: o financiamento, o controle social e a participação do SUS no controle de escolas de formação de recursos humanos para a saúde, dentre outros aspectos³³.

Esta situação foi resolvida parcialmente com a aprovação da Lei 8.142 de dezembro de 1990, uma vez que ela dispõe sobre a participação da sociedade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde³⁴. Nesse período, no campo educacional, o ensino continuava a ser regido pela Lei n.º 5.692, de 11 de agosto de 1971³⁵, promulgada no Governo Militar do Presidente Médici, que preconizava uma educação tecnicista, voltada para a produção de força de trabalho.

Estes acontecimentos mostram que, na década de 1990, ocorreram algumas mudanças na gestão do SUS e também no sistema de educação brasileiro. Em 1996, após a 9ª Conferência Nacional de Saúde, foi publicada a Norma Operacional Básica (NOB) 01/96 que começou a vigorar apenas em 1998³ e tratava de discussões sobre a gestão plena da atenção básica e do sistema municipal de saúde; o que, de acordo com Pimenta²⁹, levou a uma pequena mudança no valor do repasse para o Piso de Atenção Básica, abrindo as portas para uma tímida implantação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF).

Ainda em dezembro de 1996, foi publicada a nova Lei de Diretrizes e Bases, após oito anos de tramitação no Congresso Nacional e um forte embate devido à existência de dois projetos de lei:

o primeiro previa um mecanismo de controle social do sistema de ensino e o segundo apregoava que o controle do sistema de ensino devia ser centralizado nas mãos do Estado. Devido à intervenção do governo federal, o segundo projeto foi aprovado com algumas emendas parciais e promulgado como a Lei n.º 9392/1996³⁶, o que denota que, na disputa entre os representantes da sociedade e os representantes do governo, prevaleceu o modelo Neoliberal³⁷, que dominava a política de Estado, influenciando fortemente as políticas sociais como as de educação e as de saúde.

Estas políticas Neoliberais influenciaram as NOBs e, conseqüentemente, a descentralização do sistema de saúde nos anos 1990. Nessa época, falou-se em privatizações de universidades, hospitais públicos e muitas empresas estatais (como as de telefonia, energia elétrica e a Vale do Rio Doce) foram privatizadas. Além disso, não houve grandes preocupações em consolidar o SUS e melhorar a educação pública, aumentando, assim, a ênfase dada à medicina suplementar e aprofundando as diferenças entre ensino público e privado³.

Neste cenário de poucos progressos, chegou-se aos anos 2000, nos quais aconteceram algumas medidas de impacto na saúde e na educação. Em 2001, foi criado o Plano Nacional de Educação (PNE), que foi aprovado seguindo os interesses governamentais, em detrimento das mobilizações sociais, tornando nulos os avanços propostos pela sociedade no II Congresso Nacional de Educação (II CONED), principalmente devido aos vetos do então presidente Fernando Henrique Cardoso³⁸. Na saúde, os anos 2000 foram marcados pela elaboração do Plano Nacional de Saúde em 2003, já no governo Luís Inácio Lula da Silva, com bases no Pacto pela Saúde no Brasil. Este Plano foi construído a partir dos debates da 12ª Conferência Nacional de Saúde, sendo discutido na Comissão Intergestores Tripartite e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde. Até então, desde a implantação do SUS, somente os municípios eram obrigados a realizar os Planos pela Saúde. Esta iniciativa inédita estendeu a obrigação legal a todas as instâncias do Estado Brasileiro²⁹.

Assim, para viabilizar novas ações do governo, diversos recursos (econômicos e de poder) são e foram utilizados no processo de descentralização da educação e da saúde. No campo da saúde, essas alternativas geraram reflexões sobre o processo de municipalização da saúde em andamento no país, onde interagem diferentes atores sociais, responsáveis pela implementação do SUS³⁹, a qual vem sofrendo discordâncias sobre sua condução no que concerne ao exercício da autonomia local. No campo da educação, a descentralização dá-se através da transferência para a escola da responsabilidade com a eficiência e com a eficácia do ensino, o que denota que a gestão escolar passa a ancorar-se em modelos organizacionais que englobam as estratégias de descentralização, autonomia e liderança no âmbito da escola, que visem a racionalização dos gastos, a eficiência operacional e a obtenção de resultados com ênfase em tecnologias e materiais didático⁴⁰, em detrimento do processo ensino-aprendizagem, uma vez que a eficiência e a eficácia do ensino não são responsabilidade apenas da escola, mas relacionam-se também à forma como o sistema de educação é constituído.

Diante deste panorama, nota-se que, embora tenha contribuído para aprofundar a crise socioeconômica brasileira, o Modelo Neoliberal continua a influenciar os sistemas de saúde e educação desta nação. A educação ainda é vista sob a lógica do mercado, na qual imperam a concorrência, a competição e a tendência à privatização⁴¹ e a saúde, como uma mercadoria cada vez mais cara, na qual a medicina suplementar ganha cada vez mais espaço. Somam-se a isso os cortes de financiamento nos sistemas de saúde e educação, que interferem na qualidade dos serviços prestados, na consolidação do SUS, na realização da educação em saúde e no desenvolvimento das práticas educativas em sala de aula. Disto depreende-se a importância do Estado na criação e ampliação de políticas sociais e também dos movimentos e grupos sociais na reflexão e sugestão de novas formas de organização da sociedade, de modo que toda a população possa exercer seus

direitos, e não apenas as camadas mais ricas e informadas como acontece atualmente.

A relação entre Estado, educação, saúde e sociedade no Brasil

Para compreender a relação existente entre Estado, educação, saúde e sociedade, é preciso lembrar que o ser humano é complexo em sua existência e em suas relações com outros seres humanos e com o ambiente em que vive. Não é, portanto, um ser estático, constante, e sim, um ser dinâmico que age, reage e interage em suas relações. É um ser biológico, racional, emotivo, social, histórico, que sente, pensa, raciocina e necessita do outro, estabelecendo, assim, as relações nas quais está imerso.

É essa complexidade e dinamismo do ser humano que torna suas relações e o contexto, no qual ele está inserido, igualmente complexos e dinâmicos. Tal aspecto conduz ao pensamento de que as relações entre Estado, saúde, educação e sociedade são íntimas e densas, constituídas pelo próprio ser humano em seu contexto a partir de suas necessidades e se entrelaçam desde a sua própria gênese, sendo difícil, senão impossível, dissociá-las.

Tão imbricadas relações entre Estado, educação, saúde e sociedade tornam necessário pontuar que, para se compreender estas relações no contexto brasileiro atual, deve-se lembrar que, desde a Antiguidade, o ser humano interessa-se em discutir sobre a sociedade, a educação, a saúde e o Estado, embora nem sempre os relacionasse. Tais discussões influenciaram a forma como estes elementos foram se constituindo e se relacionando no contexto brasileiro, uma vez que esta nação foi colonizada/explorada por europeus e, até os dias atuais, é influenciada em vários aspectos pelos países mais desenvolvidos.

Assim, embora o caráter histórico dos bens coletivos como a educação e a saúde e sua influência na constituição do Estado e da sociedade tenha sido negligenciado por algumas teorias formais⁴², é importante lembrar as teorias de Hegel,

Marx e Gramsci, alguns dos filósofos que discutiram o Estado. Cada um deles, em sua época, enxergou e discutiu as profundas relações entre Estado e sociedade, influenciando as contraposições de configurações de Estado (Socialismo versus Capitalismo) que vieram a culminar com o Estado de Bem-Estar Social (Welfare State), que até os dias atuais influencia também a política de Estado brasileira.

Desde os anos 1930, começaram a ser desenvolvidos os fundamentos do Estado de Bem-Estar Social (aqui entendido como estado de Seguridade Social, uma vez que o que foi desenvolvido no Brasil diverge do Estado de Bem-Estar Social implantado em alguns países europeus), através da criação de sistemas de educação, saúde e previdência com tendência à universalidade, notadamente na época do Milagre Econômico no período de 1968 a 1976⁴³. E, embora o Estado de Bem-Estar Social tenha entrado em crise em muitos países do mundo já nos anos 1970⁴⁴, após um período de grave crise econômica e social e de grande mobilização popular que culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde e no Movimento das Diretas Já, alguns dos anseios da população e da sociedade organizada foram contemplados na Constituição de 1988, a qual inspirava-se no modelo Social Democrata de Estado de Bem-Estar Social⁴⁵. Todavia o Estado de Bem-Estar Social não chegou a se consolidar no Brasil, caracterizando-se mais como um Estado de Seguridade Social, pois há marcantes diferenças entre o SUS expresso na Constituição de 1988 e nas Leis Orgânicas de Saúde e o SUS da prática e também diferenças entre a educação expressa na Constituição, na nova LDB e nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) e aquela que de fato acontece nas escolas.

Neste contexto, torna-se impossível não relacionar a incipiência do Estado de Seguridade Social brasileiro à inserção de ideias Neoliberais no Brasil na década de 1990, pouco depois da

promulgação da Constituição de 1988, período no qual a política adotada pelo Estado contraria as Leis recém-aprovadas e as necessidades da população brasileira; já que, de acordo com Polignano³, a política neoliberal procura reduzir o papel do Estado na economia e na sociedade e consolidar o Estado mínimo, no qual é o mercado capitalista que deve assumir a função de regulador. Assim, as tendências neoliberais conduziram o Estado brasileiro a responder ao aumento da demanda de serviços sociais como educação e saúde com o corte de verbas para estes setores, contribuindo para a crescente exclusão social de uma grande parcela da população e para o esgotamento precoce do Estado de Bem-Estar Social brasileiro conforme relata Singer⁴³.

Martins⁴⁶ caracteriza o Estado brasileiro como um estado de contradições e ambiguidades, no qual há uma economia capitalista afetada pela atividade de um Estado que depende de legitimação pública, sendo “tardiamente liberal, frequentemente ditatorial, algumas vezes democrático, com pretensões de Estado de Direito, mas atuando muitas vezes como um Estado de fato”⁴⁶ (p. 61)*. Este aspecto denota que, no Brasil, as ações do Estado e da sociedade têm uma influência preponderante sobre a educação e a saúde.

Na educação, já se fala em transição da sociedade industrial para a sociedade do conhecimento, na qual as pessoas deixam de ser vistas como máquinas para serem vistas como mentes e cérebros, constituindo um modelo baseado no comprometimento, conforme aponta Namen et al.⁴⁷. Embora tal visão do ser humano seja ainda reducionista por não abarcar, na visão destes autores, toda a complexidade do ser humano em suas relações, a mesma constitui-se um progresso por permitir o reconhecimento do papel fundamental da educação e da saúde para o ser humano e para o binômio Estado / sociedade, conforme lembram Namen et al.⁴⁷, segundo os quais educação e saúde

* A expressão “Estado de Fato” caracteriza Estados que possuem língua e cultura comuns, além de demonstrar força militar (Figueiredo; Noronha, 2007).

Figueiredo E, Noronha, JMG. Identidade Nacional e Identidade Cultural. Revista Psicanálise & Barroco. 2007; 5(9):s.p.

estão relacionadas ao exercício da cidadania e à luta por melhores condições de vida.

Corroborando os escritos de Martins⁴⁶ e Namen et al⁴⁷, lembramos que se torna cada vez mais importante ter cuidado para que a sociedade do conhecimento não se torne a sociedade da reprodução do conhecimento. A ciência levou vários séculos para atingir o progresso com o qual nos deparamos atualmente e muitos dos pensadores que são referência na ciência levaram muitos anos ou até suas vidas inteiras para escrever suas obras. Na atualidade, a tecnologia tornou a vida mais acelerada, o que tem repercutido também no mundo científico. Tem-se que produzir, não se tem tempo para refletir, para se estabelecer e aprofundar relações, as escolas (em sua maioria) não desenvolvem o senso crítico de seus discentes, a saúde concentra-se no biomecanicismo reducionista que visa apenas a cura e o Estado não consegue dar conta de suas funções e perde-se em meio a relações de poder e teorias políticas, enquanto a sociedade aliena-se diante de tantas contradições, tornando-se uma massa acrítica, incapaz de pensar.

Na educação, estes aspectos traduziram-se em um aumento considerável do número de escolas de ensino fundamental e médio e até de Universidades, sem que tal fato traduza-se também em aumento da qualidade e em acesso equânime a toda a população. A classe social ainda está, em grande parte, relacionada à qualidade da educação recebida. A educação ministrada aos filhos da elite é diferente daquela ministrada aos filhos da população de baixa renda e as escolas não se adequam a este público conforme lembra Singer⁴³. Como consequência, as vagas das universidades públicas são, em sua maioria, ocupadas pelos filhos da elite. Os filhos das classes menos favorecidas dificilmente chegam à universidade (muitas vezes entregam-se ao mundo do trabalho antes de terminar o ensino médio, contribuindo para as estatísticas de evasão escolar) e, quando chegam, tem que pagar pelo ensino superior privado (com a renda que obtêm do trabalho) ou sofrem para permanecer na instituição pública, uma vez que, neste caso, há a dificuldade de conciliar trabalho e estudo ou estão

desempregados e não conseguem pagar transporte, alimentação, livros e demais materiais didáticos necessários para estudar.

Neste contexto, Gadotti⁴⁸ lembra que, apesar da falta de políticas públicas de educação e do surgimento de indústrias do conhecimento, deve-se esperar que a educação do futuro seja mais democrática e menos excludente, uma vez que esta tornou-se estratégica para o desenvolvimento e que a escola deve ser cidadã e desenvolver na sociedade a capacidade de governar e controlar o desenvolvimento econômico e o mercado como alternativa ao Capitalismo Neoliberal e ao Socialismo burocrático e autoritário.

No que concerne à saúde, o modelo assistencial vigente no Brasil ainda é marcadamente hospitalocêntrico e privatista, no qual a saúde é encarada como uma mercadoria, cujo valor é controlado pelo mercado, enquanto o SUS é considerado o plano de saúde dos pobres. Este aspecto coloca o sistema de saúde brasileiro em um contrassenso em relação ao que diz a legislação aprovada pelo Estado, o que deseja a sociedade e o que se realiza na prática. De um lado, a tecnologia avança vertiginosamente e aumentam as possibilidades de exames e tratamentos cada vez mais complexos e caros, que estão disponíveis apenas para a elite e para aqueles que podem pagar caro por planos de saúde mais completos, o que nem sempre garante a integralidade da atenção à saúde. De outro, a população de baixa renda ainda avoluma-se nas filas às portas das Unidades de Saúde e de hospitais em busca de atendimento médico, o qual muitas vezes é feito de forma descontextualizada, reducionista e meramente “curativa”, sem considerar o histórico de vida da pessoa, seus conhecimentos e representações acerca da própria doença, tratando a pessoa em partes, e não em sua totalidade, sem acolhimento e sem espaço para a educação em saúde. Aspectos estes que concordam com o apontado por Polignano³, Paulus Júnior e Cordoní Júnior⁶ e Luz²⁷.

Apesar disso, Elias⁴⁹ ressalta a importância do SUS como um projeto capaz de contribuir para o enfrentamento da exclusão social vigente no Brasil

ao articular as funções estatais na educação, na saúde e no saneamento básico com a finalidade de promover a aproximação entre as razões social e econômica, mantendo a esperança na transformação da sociedade em uma sociedade mais justa, equânime e emancipadora para todos os brasileiros. Este autor lembra ainda a relevância de uma nova consciência sanitária como elemento fortalecedor da relação Estado/sociedade para a efetivação da saúde como direito universal, aspecto importante para a concretização da cidadania na sociedade brasileira.

Além disso, é necessário compreender a real dimensão do conceito de saúde, libertando-se da visão de saúde como ausência de doença. A saúde envolve condições adequadas de acesso à educação, alimentação, nutrição, moradia, higiene, emprego, transporte, renda, lazer e posse da terra, como afirmam Santos et al.⁵⁰. A sociedade e o Estado têm implicações nestes fatores, uma vez que tais condições de acesso influenciam diretamente a vida das pessoas e dependem de políticas públicas do Estado.

Considerações finais

A relação Estado, educação, saúde e sociedade é dinâmica, imbricada e complexa. Estes quatro elementos articulam-se e interferem-se uns nos outros. O ser humano encontra-se imerso nesta relação e, por isso, não deve pensar estes elementos de forma dissociada e estanque. A saúde e a educação são condicionantes e determinantes uma da outra. Melhorias na educação refletem-se na saúde e vice-versa; pois a saúde e a educação relacionam-se e interagem entre si e com outros fatores num contexto social, regido por um Estado, governado por seres humanos, que tem como responsabilidade, não apenas a saúde, mas também a educação e o bem-estar social. Este tem como determinantes e condicionantes condições adequadas de alimentação, nutrição, higiene, acesso às escolas, serviços de saúde, lazer, emprego, renda, condições dignas de moradia e

transporte, acesso e posse da terra e acesso a bens e serviços essenciais.

Diante do panorama brasileiro atual, percebe-se que a relação Estado, educação, saúde e sociedade no Brasil ainda carrega em si os ranços da formação desta pátria e, apesar de todos os brasileiros encontrarem-se imersos nesta relação e de os elementos constituintes dela (Estado, educação, saúde e sociedade) interferirem uns nos outros de forma dinâmica, ainda se pensa cada um deles separadamente e de forma estanque.

Neste contexto, torna-se necessário pensar, refletir e, de fato, produzir conhecimento e não apenas reproduzi-lo. Os grandes pensadores da humanidade devem ser uma referência, um ponto de partida para reflexão e desenvolvimento de teorias próprias, e não um ponto de chegada. Deve-se recuperar o prazer de aprender e gerar conhecimento que tinham os grandes pensadores da humanidade. Para tanto, é necessário que a relação Estado, educação, saúde e sociedade deixe de traduzir os anseios do mercado e passe a traduzir os interesses da população, que o Estado se responsabilize e concretize estes interesses através das políticas públicas e que a educação e a saúde deixem de ser vistas como estratégia de dominação.

A educação deve ser vista como um processo de interação, aprendizado e geração de conhecimento mútuo entre docente e discente; no qual, juntos, eles refletem, desenvolvem o senso crítico e percebem a relação dos conhecimentos com o cotidiano, partindo de conhecimentos prévios do aluno; uma vez que tanto o docente quanto o discente não se desfazem de sua história de vida ao entrar na sala de aula.

Assim, percebe-se que o bem-estar do ser humano e seu desenvolvimento enquanto um ser autônomo, capaz de pensar, ter senso crítico e exercer sua cidadania, está intrinsecamente relacionado com a forma como as relações estabelecidas entre o Estado, a educação, a saúde e a sociedade se configuram. No Brasil, estas relações ainda não se configuram de forma a garantir, a todos os brasileiros, igualdade de condições para crescer

e se desenvolver. Na atualidade, ainda permanecem os ranços do Brasil Colonial, pois grande parte da população é analfabeta funcional, não é capaz de compreender o que lê, tem acesso aos serviços de saúde apenas para práticas meramente curativas, não são capazes de se posicionar na sociedade e exigir seus direitos (a maior parte não conhece seus direitos), desconhecem a importância do Estado, a política governamental adotada por ele e como isso interfere em suas vidas, principalmente no que concerne às políticas públicas sociais.

Para que este cenário mude, é necessário mudar a forma como a relação Estado, educação, saúde e sociedade se configura no Brasil, de forma a configurar um compromisso real do Estado com a qualidade da educação e da saúde da população e com a participação da sociedade nas políticas públicas sociais. Tais mudanças contribuirão para que a educação seja verdadeiramente liberadora (como apregoava Freire), pautada na autonomia, na reflexão, no senso crítico e também na promoção e na proteção da saúde, considerada em termos biopsicossociais, contribuindo, assim, para que a sociedade brasileira e o Estado abandonem os ranços do passado e consolidem a igualdade de direitos como apregoa a Constituição de 1988.

Referências

1. Souza JPA de. Entre o sentido da colonização e o arcaísmo como projeto: a superação de um dilema através do conceito de capital escravista-mercantil. *Estud. Econ.* 2008; 38(1): 173-203.
2. Oliveira MM de. As origens da educação no Brasil da hegemonia católica às primeiras tentativas de organização do ensino. *Ensaio: aval.pol.públ.Educ.* 2004; 12 (45): 945-958.
3. Polignano MV. História das políticas de saúde no Brasil. Uma pequena revisão. 2007 [acesso 2009 jun 23]. Disponível em: http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf.
4. Vicente AP. Política exterior de D. João VI no Brasil. *Estud. av.* 1993; 7(19): 193-214.
5. Schiavinatto IL. A praça pública e a liturgia política. *Cad. CEDES.* 2002; 22(58): 81-99.
6. Paulus Júnior A, Cordoní Júnior L. Políticas públicas de saúde no Brasil. *Revista Espaço para a Saúde.* 2006 dez; 8(1):13-19.
7. Castro C. Os militares e a República: um estudo sobre a cultura e a ação política. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995. 208 p.
8. Araújo B G de. A instabilidade política na Primeira República brasileira. *Ibérica.* 2009-2010; 3(12):53-66.
9. Olinda SRM de. A educação no Brasil no período colonial: um olhar sobre as origens para compreender o presente. *Sitientibus.* 2003; 29: 153 – 162.
10. Souza J dos S. Os 500 anos de tradição excludente da educação brasileira. *Revista da FAEEBA.* 2000 jan-jun; 13: 77-84.
11. Silva G da, Araújo M. Da interdição escolar às ações educacionais de sucesso: escolas dos movimentos negros e escolas profissionais, técnicas e tecnológicas. In: Romão J. (org.). *História da Educação do Negro e outras histórias.* Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; 2005.
12. Teixeira LA. Alastrim, varíola é? *Hist. cienc. saude-Manguinhos,* 2000 mar-jun; 7(1).
13. Maricato E. MetrÓpole, legislação e desigualdade. *Estud. av.* 2003; 17(48): 151-166.
14. Santos M. *A urbanização brasileira.* 5 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008. 176 p.
15. Dedecca CS. Notas sobre a Evolução do Mercado de Trabalho no Brasil. *Revista de Economia Política.* 2005; 25(1): 94-111.
16. Paoli MC. Trabalhadores e cidadania: experiência do mundo público na história do Brasil moderno. *Estud. av.* 1989; 3(7): 40-66.
17. Guimarães ASA. *Classes, Raças e Democracia.* São Paulo: Fundação de Apoio à Universidade de São Paulo; Ed. 34, 2002.

18. Gil AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo: Atlas; 2008.
19. Mohr A, Schall VT. Rumos da educação em saúde no Brasil e sua relação com a educação ambiental. Cad. Saúde Pública. 1992 jan-mar; 8(1):30-40.
20. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC dos, Penna CM de M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Cad. Saúde Pública. 2005 jan-fev; 21(1): 200-206.
21. Loureiro S. A questão do social na epidemiologia e controle da esquistossomose mansônica. Mem. Inst. Oswaldo Cruz. 1989 out; 1(84): 124.
22. Levy SN et al. Educação em saúde: histórico, conceitos e proposta. Conferência Nacional de Saúde On-Line. Ministério da Saúde. Diretoria de Programas de Educação em Saúde. [acesso 2009 jun 23] Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm>.
23. Oliveira RM de. A construção do conhecimento nas práticas de educação em saúde: repensando a relação entre profissionais dos serviços e a população. Perspect. ciênc. inf. 2003 jul-dez; n. especial: 22-45.
24. Valla VV. Educação, saúde e cidadania: investigação científica e assessoria popular. Cad. Saúde Pública. 1992 jan-mar; 8(1): 30- 40.
25. Pereira APC de M, Servo MLS. A enfermagem e a educação em saúde: estudo de uma realidade local. Revista Baiana de Saúde Pública. 2006 jan-jun; 30(1): 07- 18.
26. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface - Comunic, Saúde, Educ. 2004-2005 set-fev; 9(16): 39-52.
27. Luz MT. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva. 1991; 1(1):77-95.
28. Ferreira JR A, Bittar M. Educação e ideologia tecnocrática na ditadura militar. Cad. Cedes, Campinas. 2008 set-dez; 28(76): 333-355.
29. Pimenta AL. A História do CONASEMS: da fase heróica da década de 80 ao desejo de mudança do modelo de atenção e gestão dos anos 2000. Revista do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 2007; 4-35.
30. Gouveia R, Palma JJ. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. Estud. av. 1999; 13(35): 139-146.
31. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 05 out 1988.
32. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set 1990.
33. Brasil. Mensagem de Veto 680, referente à Lei nº 8080. Brasília, DF, 20 set. 1990 [acesso 2009 jul 11]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/MensagemVeto/anterior_98/Vep680-L8080-90.pdf.
34. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez 1990.
35. Brasil. Lei nº 5.692, de 11 de agosto de 1971. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 ago 1971.
36. Vianna CP, Unbehaun S. O gênero nas políticas públicas de educação no Brasil: 1988-2002. Cad. Pesqui. 2004; 34(121): 77-104.
37. Carvalho DP de. A nova lei de diretrizes e bases e a formação de professores para a educação básica. Ciência & Educação. 1998; 5(2): 81 – 90.
38. Pinto JM de R. Financiamento da educação no Brasil: um balanço do Governo FHC (1995-2002). Educ. Soc. 2002; 23(80): 108-135.
39. Mendonça L. A influência do projeto neoliberal na implementação do sistema único de saúde: análises e conclusões. 2008 [acesso 2009 jul 09]. Disponível em: <http://www.webartigos.com/articles/6992/1/o-ajuste-neoliberal-na-politica-desaudebrasil/pagina1.html>.

40. Oliveira JF de, Fonseca M. A educação em tempos de mudança: reforma do Estado e educação gerenciada. *Impulso*. 2005; 16(40): 55-65.
41. Barroso J. O Estado, a educação e a regulação das políticas públicas. *Educ. Soc.* 2005; 26(92): 725-751.
42. Hochman G. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). *Estudos históricos*. 1993; 6(11): 40-61.
43. Singer P. Poder, política e educação. *Revista Brasileira de Educação*. 1996 jan-abr; 1: 5- 15.
44. Fiori JL. Estado do Bem-Estar Social: Padrões e Crises. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva*. 1997; 7(2): 129 – 147.
45. Pereira JM. Repensando a administração pública: o futuro do Estado de bem-estar. *Revista de Informação Legislativa*. 1999 abr-jun; 36(142):239-250.
46. Martins AA. Relações Estado-Sociedade e políticas de saúde. *Saúde soc.* 1996; 5(1): 55-79.
47. Namen FM, Galan Jr J, Cabreira RD. Educação, saúde e sociedade. *Revista Espaço para a Saúde*. 2007 dez; 9(1): 43-55.
48. Gadotti M. Perspectivas atuais da educação. *São Paulo Perspec.* 2000; 14(2): 03-11.
49. Elias PE. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. *São Paulo Perspec.* 2004; 18(3): 41-46.
50. Santos NR et al. Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde. 1998 [acesso 2009 jul 15]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10conferencia.pdf>