

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Dulcilene Ribeiro Soares Nascimento*

RESUMO

As políticas públicas de saúde no Brasil surgem no contexto do capitalismo liberal e não podem ser entendida fora do contexto do surgimento da política do Estado bem-estar social. A ideologia democrática que envolve essas políticas faz-nos acreditar na sua eficácia e eficiência, obstruindo-nos por vezes a visão real do que acontece no país, onde planejamento e iniciativa no sentido de implementá-las esbarra na questão gritante da desigualdade social, epidemia, (ainda bem maior que o câncer de colo do útero) que assola o país de norte sul. Esse estudo é uma reflexão acerca dessas políticas, de sua gênese e da forma como são gestadas, buscando além de uma avaliação técnica e teórica, uma avaliação de nossas possibilidades enquanto profissionais no sentido de fazer "a nossa parte.", tendo a educação como caminho.

Palavras-Chave: Políticas Públicas, Liberalismo, Estado do bem estar social, Educação.

ABSTRACT

The public politics of health in Brazil appear in the context of the liberal capitalism and they cannot be understood out of the context of the appearance of the politics of the State social well-being. The democratic ideology that it involves those politics, he/she makes to believe us in your effectiveness and efficiency, obstructing us per times the real vision of what happens at the country, where planning and initiative in the sense of implementing them dash in the subject of the social inequality, epidemic that the country of south north. That study is a reflection concerning those politics, of your genesis and in the way as they are looking for besides a technical and theoretical evaluation, an evaluation of our possibilities while professionals in the sense of doing " our part ".

Words key: Public Politics, Liberalism, State of the Social Welfare, Education.

*Dulcilene Ribeiro Soares Nascimento é PHD e Doutora em História, Mestre em Ciência Política, Cidadania e Governança , Mestre em Educação, Especialista em Metodologia do Esino, Pesquisa com extensão em Educação e Licenciada em História.

RESUMEN

Las políticas públicas de la salud en el Brasil aparecen en el contexto del capitalismo liberal y no pueden ser entendidas fuera del contexto del aspecto de la política del bienestar social del estado. La ideología democrática que implica esas políticas, marcas de he/she para creernos en su eficacia y eficacia, obstruyéndonos por épocas la visión verdadera de qué sucede en el país, donde el planear e iniciativa en el sentido de ponerlo en ejecución rociada en el tema de la desigualdad social, epidemia esa el país del norte del sur. Ese estudio es una reflexión referente a esas políticas, de su génesis y de la manera como están buscando además de una evaluación técnica y teórica, una evaluación de nuestras posibilidades mientras que los profesionales en el sentido de hacer “nuestra parte”.

Llave de las palabras: Política pública, liberalismo, estado del Wellfare social, educación.

INTRODUÇÃO

Atualmente tem-se observado que os esforços empreendidos pelo Governo Federal do Brasil no sentido de implementar políticas públicas na área de saúde, encontra uma série de obstáculos quando da sua aplicação, tanto no nível estadual quanto no nível municipal. Além de todos os entraves burocráticos e toda a dificuldade técnica que esses programas encontram para a sua efetivação, uma questão é mais aparente e alimenta um círculo vicioso que colabora para a manutenção do atual estado de coisas: a desigualdade social.

Por trás da chamada democratização e implementação dos serviços de saúde, existe uma tentativa de mascarar as desigualdades que dificultam o acesso da grande maioria da população agravando a cada dia o quadro da saúde pública no país. Essa questão parece subjetiva até nos depararmos com os dados e números que demonstram as mazelas sociais no Brasil entre os quais os problemas de saúde estão inclusos.

Hoje, cerca de quinze programas fazem parte do Programa de Saúde do Governo Federal, e, desde que o Brasil afirma-se no perfil neoliberal, um sem fim de projetos tem sido lançados na tentativa (suposta) de erradicar os problemas sociais do país.

Os números, entretanto, de acordo com os dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) demonstram que 112,6 milhões cerca de 71,2% da população tem acesso regular

aos serviços de saúde, desses 67,2% são pessoas com mais de 20 salários mínimos de renda familiar.

Percebe-se aqui que a saúde pública no Brasil atravessa uma fase grave, contraditória com o volume de programas, projetos e descentralização da saúde implementados pelo Governo Federal, entre os quais Programa de Saúde na Família, Reforsus, Humaniza SUS, Bolsa Alimentação entre outros.

São inúmeras as tentativas que primam pela elaboração, planejamento, mas que pecam na aplicabilidade e alcance, não conseguindo atingir a grande maioria da população que continua excluída desses serviços.

A necessidade de detectar através desse estudo científico os motivos do não funcionamento satisfatório desses programas, analisando assim onde está o equívoco: no planejamento e elaboração, na implementação em nível federal, estadual, municipal, ou na desigualdade sócio-econômica gerada pela estrutura capitalista neo-liberal, que faz das diferenças econômicas, o maior problema de âmbito público no país. E de que forma a educação em saúde pode e deve minorar o problema

O panorama da saúde aponta para outro setor que talvez se cuidado possa sim trazer a prevenção tão necessária para uma melhoria do quadro social que ai está: a educação e mais especificamente a educação em saúde.

Esse estudo bibliográfico assim visa discutir a implementação dos programas de saúde pública no Brasil, nas décadas de 80 e 90 bem como relacionar o surgimento dos mesmos com as demandas do capitalismo liberal, visando também analisar a aplicabilidade e o alcance desses programas para as classes populares.

O SURGIMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO CONTEXTO DO ESTADO LIBERAL.

O início do século XX assiste a uma apoteose do conhecimento técnico-científico com o progresso incessante da medicina, da biotecnologia ao lado de uma deterioração da vida em comunidade, dos serviços públicos, das relações humanas e interpessoais.

A ciência que a tudo parecia ter resposta não consegue resolver os mínimos problemas da humanidade, que em função disso tornam-se agigantados e de difícil solução. As doenças, que

até o início do século XX eram tratadas em forma de saneamento do meio ambiente passou a serem controladas por órgãos de saúde pública em função da imensidão de bactérias que ora se desenvolviam juntamente com o desenvolvimento urbano-industrial que o mundo assistia.

O Brasil, que não acompanhou paralelamente aos países europeus esse desenvolvimento, também assistiu ao surgimento de inúmeras doenças, antes então inimagináveis. Em função disso, surgem os primeiros esforços no sentido de implementar políticas de saúde pública, que são um desdobramento das políticas sociais que o estado liberal introduz na tentativa de conter as mazelas que o capitalismo vai deixando ao longo do seu percurso.

As políticas públicas, na qual se inserem as políticas de saúde são assim entendidas por Acúrcio (2000, p. 23).

Entendemos políticas públicas como sendo o conjunto de diretrizes e referências ético-legais adotadas pelo Estado para fazer frente a um problema que a sociedade lhe apresenta. Em outras palavras, política pública é a resposta que o Estado oferece diante de uma necessidade vivida ou manifestada pela sociedade.

A forma como o Estado planeja, define, organiza e executa essas ações é que vai dar ao problema a conotação da importância a ele atribuída pelo Estado e isso é percebido a curto prazo, principalmente quando boa parte dessas ações não conseguem atingir os objetivos traçados.

Quando se fala em objetivos traçados entende-se que por trás da implementação dessas políticas, uma série de interesses de grupos e setores está em jogo e que o estado age como regulador e negociador entre esses setores e a população em geral, o alvo firme dessas políticas.

A GENESE

A implementação de políticas sociais públicas é contemporânea ao liberalismo econômico, filosofia que embasa o capitalismo e também o resultado da relação do desenvolvimento das forças produtivas e das forças sociais. São também o resultado da luta de classes e ao mesmo tempo contribuem para a reprodução das classes sociais.

O termo liberalismo apesar de ter surgido no século XVII, só passa a ser adotado na segunda metade do século XIX. O liberalismo econômico apoia-se no princípio de que, uma vez que o

interesse individual coincide com o interesse geral, deve-se na prática conceder plena liberdade de ação aos interesses privados. O regime de liberdade é essencial para que o aumento do capital se processe da melhor forma, preceito que evidencia a necessidade de ser limitadas as funções do Estado.

O Estado liberal que vai substituir o Estado absolutista repousa em quatro princípios básicos: a liberdade, a igualdade política, a propriedade e a segurança; “destes a pedra angular da sociedade liberal é o direito de propriedade” (DOMINGUES, 1985: 132).

O liberalismo assim é ideologicamente visto como uma filosofia global, que abrange todos os aspectos da vida na sociedade, e se apresenta como resposta a todos os problemas que se colocam na sociedade, relativos ao respeito da liberdade, das relações entre as pessoas e de sua relação com a verdade.

Trata-se também de uma filosofia social individualista, na medida em que coloca o indivíduo á frente da razão de Estado dos interesses de grupo, das exigências da coletividade (...) Trata-se ainda de uma filosofia da história, de acordo com a qual a história é feita não pelas forças coletivas, mas pelos indivíduos. (DOMINGUES, 1985: 132)

Para alguns autores o liberalismo é concebido como um disfarce do domínio da burguesia capitalista, impondo seus interesses, seus valores, suas crenças. Nesse sentido se reveste também da capa da democracia, mas o que há na verdade é uma luta pela soberania burguesa. A esse revestimento democrático, foi dado o nome de neo-liberalismo, que segundo René Remond, historiador francês: apoia-se em dois pilares: o dinheiro e o ensino. Assim, dissimula a contradição quando apresenta essas medidas como instrumento de igualdade social, de melhoramento, do bem-estar, de igualdade de oportunidades.

A isso Faleiros (1995: 41) adverte:

As intervenções do estado nesse setor são explicadas pela relação existente entre a sociedade civil e o órgão do poder que esta sociedade concreta (formação social) proporciona. Nas sociedades capitalistas avançadas, estas medidas de política social, são mediações para reproduzirem a força de trabalho, segundo o projeto da fração hegemônica da burguesia. Entretanto, essas mediações realizadas pelo Estado se limitam e se dinamizam pela força de dominação desta burguesia, e pelas contradições e as exigências das diferentes frações da burguesia e pela força dos movimentos das classes subordinadas da sua capacidade de obter concessões e/ou de constituir alternativas concretas ao poder existente.

Dessa forma, nenhuma política pública é implementada por doação do estado, mas porque existe uma movimentação das classes menos favorecidas no sentido de alterar o panorama social injusto ao qual é submetida.

O estado liberal é realmente o mentor das políticas públicas, na sua versão original aponta para um mercado de ação espontânea que deveria ocasionar um equilíbrio entre todos os indivíduos, de modo que todos pudessem nele tirar vantagens, pelas vias de livre concorrência, o que sabemos ser impossível, pois na verdade o mercado é disseminador da desigualdade social. E aí justamente entra a ação do Estado propriamente dito utilizando “medidas sociais” exteriores ao mercado, mas com interesses a ele ligados, ao que Faleiros aponta:

A intervenção não-mercantil do Estado, contribui, com efeito, para a gestão da mão-de-obra, para a criação e melhoramento dos recursos humanos, para a produtividade das empresas, para o estímulo da demanda. Nestas condições, a intervenção “não imediatamente mercantil” favorece contraditoriamente a economia do mercado em seu conjunto.

Ou seja, o apoio que o estado dá as empresas, favorece aos grupos sociais que são beneficiados com a necessidade de manter esse tipo de intervenção: as construtoras que precisam que haja casas populares é um exemplo de como o Estado beneficia e é beneficiado pela manutenção das políticas públicas, que servem também como uma forma de controle sujeita às crises econômicas e sociais.

Na perspectiva de Keynes, o mercado tem uma dupla ação: estímulo à demanda e subvenção das empresas e por esta mesma razão as relações de produção não são tocadas por estas políticas no que tem de essencial: as relações de exploração.

Assim o Estado aparece como um árbitro neutro, acima dos interesses das classes ou grupos sociais, com a função de interferir nos desajustes ocasionados pela ação do mercado, favorecendo aqueles que foram ou que estão desfavorecidos para que todos possam tirar daí alguma vantagem. Esse é o chamado Estado do bem-estar social.

O FRUTO DO LIBERALISMO: ESTADO DO BEM-ESTAR SOCIAL

O Dicionário inglês, de Oxford, define o Estado do bem-estar como: “uma política de tal modo organizada que cada membro da comunidade tenha assegurado o sujeito que lhe é devido, com as mais vantajosas condições para todos”. Segundo esta concepção o Estado deve assegurar

um mínimo, sem afetar as condições de funcionamento do mercado, onde cada um e todos possam usufruir do maior número possível de vantagens.

Mas como isso não acontece de maneira igualitária, o Estado surge então como o protetor dos mais fracos, introduzindo os direitos sociais que visem estabelecer mecanismos para garantia do mínimo para todos, o individualismo onde cada um deve velar por si mesmo, o direito à acessibilidade aos serviços, a universalização dos direitos sociais, a livre escolha e a cobertura dos riscos sociais.

Nessa perspectiva, surge o sistema de previdência social, que, por exemplo, é uma forma de cobrir os riscos inerentes a uma economia de mercado, sujeita à interrupção abrupta da fonte de renda. Além de protetor do cidadão, o Estado liberal deve cuidar também da paz social e da tranquilidade pública, mas sua contradição reside justamente no fato de ter que interagir entre opostos, sendo assim o palco de batalha entre grupos dominantes e entre esses a classe dominada.

Sobre isso Faleiros (1999:32) aborda:

O Estado é uma relação social... é, ao mesmo tempo, lugar de poder político, um aparelho coercitivo e de integração, uma organização burocrática, uma instância de mediação para a práxis social capaz de organizar o que aparece num determinado território como o interesse geral.

Assim, sua relação com a economia faz com que seja sujeito a ela, mas também a dominar. A ação hegemônica do Estado vai se dar no sentido de destruir as oposições e resolver os conflitos ocasionados pela pressão das classes populares que não ficam indiferentes diante dessa dominação.

O Estado aqui passa a chamar-se liberal democrático, pois, de um lado mediatiza e regulariza as reivindicações populares, e do outro assegura a propriedade privada e a acumulação do capital. Assim, garantindo o clima de paz social, que é exaustivamente veiculado através do discurso ideológico que elimina as diferenças, abre-se caminho para a acumulação capitalista.

AS FUNÇÕES DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO LIBERALISMO.

As medidas de políticas sociais só podem ser entendidas dentro de um contexto sócio-histórico e devem ser analisadas para além da apologia e para além da crítica elaborada. Elas precisam

ser vistas dentro do relacionamento do Estado com as forças de acumulação para serem entendidas.

O fato de se apresentar como social e pública, faz com que as medidas pareçam boas. Assim quando o governo fala de prioridades sociais e humanas, e de defensor das camadas pobres. Isso é também uma estratégia ideológica do Estado do bem estar social.

Dentro das medidas chamadas sociais existem as chamadas curativas ou preventivas, ou primárias, secundárias e terciárias e terapêuticas e promocionais (Faleiros 1999: 29). As medidas primárias em relação à saúde, dizem respeito a uma ação de massa, como por exemplo, a vacinação. As secundárias o diagnóstico é tratamento e as terciárias a internação.

Mas como são implementadas se na sua própria ideologia traz intrínseca a idéia da discriminação, seleção da população-alvo por critérios de idade ou de normalidade/anormalidade que trata alguns grupos como anormais. Para Faleiros (1999: 57). “A ideologia da normalidade pressupõe que o individuo possa trabalhar para poder normalmente, com o salário obtido, satisfazer as necessidades de sua família.”

Sendo assim, os que não conseguem trabalhar, acabam sendo “censurados” socialmente pela existência de políticas sociais que atribuem então ao individuo o seu fracasso. Faleiros chama de culpabilização da vitima, Victim Blaming.

E continua Faleiros (1999: 58). “No domínio da saúde por exemplo, a doença passa a ser atribuída à falta de higiene pessoal, à educação deficiente, ao mau comportamento do individuo que bebe ou come de forma indevida.”

Essa perspectiva visa subjugar ideologicamente e mesmo reprimir as classes populares, submetendo-as através de um discurso humanizador, dentro de uma realidade que ao mesmo tempo aparece como independente da vontade do Estado que só quer a paz social. Dentro desse contexto, será analisado o sentido das políticas públicas de saúde e sua breve história no Brasil.

CONTEXTUALIZANDO SAÚDE PÚBLICA

Segundo Leavell e Clark (1976: 6) a saúde pública em sua atividade surge da necessidade de um esforço comunitário no sentido de desenvolver e implantar centros de saúde onde seja

ênfatizada, a promoção da saúde, a proteção específica e os procedimentos para identificação dos casos e o correto encaminhamento daqueles que tem necessidade de tratamento específico.

Em Winslon (1920 apud Leavell e Clark 1976: 6):

Saúde pública é a arte de evitar doenç as, prolongar a vida e desenvolver a saúde física e mental e a eficiência através de esforç os organizados da comunidade para o saneamento do meio ambiente, o controle de infecção na comunidade, a organização dos serviç os médicos e paramédicos para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de doenç as e o aperfeiç amento da máquina social que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado   manutenção da saúde.

Percebe-se nessa situação, implícita a ideologia de um Estado que promove os meios, mas que também coloca para o cidadão a responsabilidade desses meios darem ou não certo. É nesse contexto de necessidade de uma medicina preventiva que surgem as políticas de saúde pública no Brasil.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E BRASIL.

É dentro do contexto do Estado do Bem Estar Social que se entende o conceito de políticas públicas de saúde tal qual concebido atualmente. No Brasil, as consequências do modelo neoliberal, desqualificou os serviç os públicos, incentivou o surgimento do SUS e privilegiou a previdência privada bem como o modelo assistencial-médico privatista, que contrariando os pressupostos de uma política pública, esbarra na questão central dos governos da Nova República que é a estabilização monetária.

Segundo (Aglietta 1991: 14, apud Paim 2002: 401):

Não surpreende, pois, que a crise da organização do trabalho seja simultaneamente o momento de uma ofensiva geral da classe capitalista para reduzir os gastos sociais e uma época de perturbações financeiras para os organismos públicos. Todos esses fen menos são manifestações inelut veis de uma crise de reprodução da relação salarial.

Ou seja, nunca foi tão incentivada a assistência médica privada, quanto no momento em que notadamente, baixa o poder aquisitivo do indivíduo e quando mais se proliferam os programas de saúde pública.

Nesse sentido, Paim (2002: 01) alerta: “Um dos desafios das políticas públicas é trazer para o projeto assistencial os valores enunciados como universalidade, eqüidade, solidariedade, participação, integralidade, ética, qualidade etc...”

Paim coloca que, o destino das políticas públicas no caso principal da Reforma Sanitária e da redefinição dos modelos assistenciais está associado à redefinição do papel do Estado, de acordo com as transformações da base produtiva e as novas formas de acumulação do capital (sob a hegemonia do financeiro) e, de outro, o que ainda resistir de cidadania e mobilização popular.

A transformação capitalista ao nível das políticas públicas e sociais, consiste, justamente na mercantilização dos serviços e dos benefícios, num só movimento, em que a produção dos benefícios e serviços consome mercadorias, obriga à compra de mercadorias e coloca o homem como mercadoria.”(FALEIROS 1999,p. 60)

Esse processo se manifesta pela privatização ou pelo apoio dado pelo Estado à rentabilização dos empreendimentos privados de saúde, educação, habitação. O Estado realiza suas políticas por uma série de intermediários, numa “simbiose entre o público e o privado” (FALEIROS: 1999) com a associação direta às multinacionais, seja pela compra e controle de tecnologia empregada, seja pelo controle direto da propriedade das empresas sociais.

Como o financiamento das políticas de tratamento de saúde, aposentadoria, acidentes de trabalho, provém da contribuição dos trabalhadores (direta ou indiretamente), os serviços privados atendem uma clientela proveniente das classes burguesas ou pequeno-burguesas e são financiados pela contribuição do Estado que advém dos trabalhadores.

A maioria das medidas de políticas sociais e públicas realizam uma transferência de recursos, dos mais pobres aos mais ricos. É verdade que as medidas de assistência realizam uma certa redistribuição da renda, mas limitadas sempre a um nível mínimo, a uma clientela, restrita e com um controle rígido. (FALEIROS 1999,p. 62).

Entendida dessa forma, não se pode pensar em políticas públicas sem a efetiva participação da comunidade, no sentido de cobrar as informações e os direitos que a cidadania lhe outorga. O próprio governo brasileiro definiu na Conferência da Organização Mundial de Saúde em 1986 no Canadá como : “promoção de saúde é o nome que se dá ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde incluindo uma maior participação no controle desse processo.” (www.saude.gov.br/programas/pes.2001).

No mesmo ano de 1986 foi realizado com ampla participação de trabalhadores, governos, usuários e parte dos prestadores dos serviços de saúde a VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília que deu as bases para a formatação da Constituição Nacional, onde as políticas públicas de saúde passam por um processo reformador do setor de saúde “definidas como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida.”

Em 1988, a Constituição Brasileira foi aprovada trazendo pela primeira vez um capítulo sobre saúde, que entre outras providências criou o SUS (Sistema Único de Saúde) que levou às críticas especializadas a considerá-la (a Constituição) como uma das mais avançadas do mundo, mas infelizmente, essa avaliação não foi garantida para que as suas propostas “inovadoras” fossem seguidas à risca.

POLÍTICAS PÚBLICAS E DESIGUALDADE

Estudos sobre a desigualdade social na América Latina apontam o Brasil como um caso *sui generis* para estudá-la, pois, além de possuir uma grande parte da população pobre da América Latina, possui também o grande potencial para erradicá-la.

Acerca disso Néri (2002) coloca:

O relativamente alto PIB per capita brasileiro, combinado com o alto grau de desigualdade da renda, gera condições favoráveis para o desenho de políticas redistributivas. Esse potencial é exemplificado pela alta sensibilidade dos índices de desigualdade e pobreza, e mudanças em certos instrumentos de política (por exemplo mudanças no salário mínimo e nas taxas de inflação). Por outro lado, talvez devido a instabilidades anteriores, o Brasil não tenha avançado muito na implementação de políticas estruturais de combate à pobreza e desigualdade.

E continua, afirmando que, quanto à provisão de saúde pública, é importante ressaltar que a extensão desse tipo de benefício à população tende a afetar a produtividade e a renda do indivíduo.

O uso dos serviços de saúde segundo pesquisas, mostra que a proporção dos indivíduos que procuram os serviços de saúde aumentam de acordo com a renda do indivíduo. Apesar de necessitarem mais, os indivíduos de menor poder aquisitivo, tendem a consumir menos esses

serviços e que indivíduos mais pobres tendem a procurar mais os serviços de saúde por problemas de doença, e não por motivos de prevenção ou exames de rotina, como observado no contingente de maior poder aquisitivo.

A proposta de descentralização da saúde é considerada por alguns pesquisadores como um processo que realmente contribuiu para que o quadro melhorasse, só não chegou a melhores níveis em função da heterogeneidade do país, que fez com que a política do SUS fosse marcada por procedimentos clientelísticos, patrimonialistas, associados ao tráfico de influências no exercício da política pública e muito arraigados na cultura política e institucional.

É inegável, que em muitos municípios a descentralização da saúde melhorou a expansão e ofertas de serviços com a injeção dos recursos (agora responsabilidade dos estados e municípios) que em alguns municípios foi aplicado com umbridade. Mas existe também o desinteresse de muitos estados e municípios, além dos casos em que os recursos da saúde são utilizados incoerentemente.

A falta de investimento de muitos estados e municípios, principalmente nas ações de prevenção, formação e desenvolvimento dos recursos humanos, levaram vários municípios do país a enfrentarem verdadeiras epidemias, sem que seus hospitais estivessem preparados para receber os doentes. Um exemplo a ser citado é o episódio da dengue, no qual a falta de estrutura para agir na prevenção, mediante a eliminação do mosquito transmissor, levou muitos lugares a um verdadeiro “estado” de calamidade pública.

Dessa forma percebemos que a rede de culpados pela ineficácia das políticas públicas em saúde é ampliada e que se dá em todos os níveis desde o municipal até o federal, mas, sobretudo é ineficiente dentro de um contexto de ineficiência institucionalizada do país.

UMA AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.

Avaliar a eficiência das políticas públicas está sempre relacionado ao fato de analisar o esforço do governo em implementá-la e os resultados alcançados. No caso da saúde, a disponibilidade de informações é grande, pois o próprio governo se encarrega de formular as pesquisas o que acontece também com a educação, e é uma forma que o próprio governo pode prestar contas à sociedade pelo uso de recursos que são públicos.

Arretche (2000) afirma:

Do ponto de vista do cidadão, a avaliação permite o controle social sobre o uso de recursos que são, em última instância, da sociedade. Em segundo lugar, o emprego mais eficiente de recursos públicos implica, na prática, a maximização de recursos, na medida em que tem como consequência, que um maior número de beneficiários pode ser atingido com o mesmo volume de recursos. Somente as avaliações tecnicamente bem feitas podem responder com segurança a questões desta natureza.

Sem dúvida a grande falha na implementação das políticas públicas é o centralismo estrutural de nossas instituições, bem como o conservadorismo e resistência à mudança. Além disso, as fraudes e a corrupção também colaboram no sentido de dificultar esse processo. Mas alguns analistas políticos mais otimistas apontam que há fortes tendências no sentido de uma maior descentralização, à participação do cidadão sob forma de conselhos os mais diversos, à introdução de mecanismos regulatórios estatais e assim por diante.

No entanto, a grande maioria dos cientistas políticos é unânime ao analisar o caso do Brasil, especificamente, que, como todos os países em desenvolvimento que vivem o que chamam de fenômeno de decomposição do capitalismo (Beluzzo: 2000) e onde na verdade há uma crise da proteção social idealizada pelo liberalismo, as chances de reverter o quadro caótico de desigualdade no acesso aos serviços sociais e às políticas públicas são mínimas.

A incapacidade das economias periféricas de rearticularem as suas políticas públicas internas está diretamente ligada ao fato de haver um americanocentrismo que concentra todas as fontes de crescimento nos Estados Unidos, gerando uma terceiromundialização da economia, que gera todo o caos social que vivenciamos.

PELA VIABILIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Diante do modelo econômico que está aí, seria ilusório e romântico refutar a necessidade das políticas públicas, mesmo quando já sabemos que elas resguardam o autoritarismo das classes dominantes e que escondem sob a égide da democracia uma ideologia baseada na lei do mais forte e na legitimação das desigualdades.

Por isso mesmo, a criação de políticas sociais torna-se um mal necessário no contexto capitalista, em que vivemos, mas só vão ser possíveis se o âmbito público for revalorizado com a compreensão de que o mercado não funciona bem se o social se decompõe paulatinamente.

No relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde, os participantes decidiram defender a luta pela implantação de políticas públicas que garantam os direitos de cidadania e uma sociedade mais justa baseada nos seguintes pontos:

1. Garantia dos direitos sociais, assim entendidos o emprego, a moradia, a saúde, a ..educação, a alimentação e outros;

2. Resgate dos compromissos com a vida e com a Reforma Sanitária, desnudando e enfrentando o Neoliberalismo;

3. Vinculação da luta pela saúde e pela qualidade de vida às grandes lutas nacionais;

4. Resgate da solidariedade humana e dos aspectos afetivos do homem e da mulher, contrapondo-se a uma sociedade consumista, excludente e individualista. Fonte: (www.datasus.gov.br/cns/REL10/1.SAUDE.htm).

Alcançar essas metas é, sobretudo, romper com a capitalização da saúde, e com os que “conspiram contra os princípios da universalidade, equidade e integralidade na atenção à saúde consagrada na Constituição” (PAIM, 1992: 40).

É trazer a máquina estatal que atende aos interesses das classes dominantes para a sua real vocação, é deliberar para estados e municípios suas responsabilidades no que diz respeito à assistência à saúde, é promover através de ações e programas educativos o acesso da população ao conhecimento das políticas sociais e mais que isso, possibilitar o pleno acesso e participação da sociedade na projeção e deliberação dos projetos e programas governamentais que interfiram na qualidade de vida dos mesmos.

Nosso compromisso profissional é antes de tudo um compromisso com o ser humano, no sentido de viabilizar através de nossa interferência técnica as condições em nível micro, (porém no da efetivação) que o acesso seja universal, justo e eqüitativo.

Se na perspectiva do capitalismo, a política pública fragmenta e separa, gerando desigualdade entre as classes e favorecendo a acumulação do capital e a legitimação do Estado, só mesmo na perspectiva do humano, da solidariedade, que esse quadro poderá ser revertido, para tanto, só a educação pode fazer a diferença.

POR UMA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde, segundo (2002), não deve ser pensada nem como ciência, nem como

arte, mas como disciplina de ação. A educação é um tema que sempre interessou a humanidade, desde a remota Antigüidade, assim foi sempre motivo de discussões e idéias filosóficas sobre o seu conceito e métodos.

Segundo nosso dicionário de Língua Portuguesa, educação é "a ação ou efeito de educar, desenvolvimento das capacidade humanas, visa:1do a integração social." (XIMENES, 1999,240 p). Ao expandirmos mais nossas visões, podemos tomar outros conceitos trazidos por filósofos, como Kant que afirma ser a educação "o desenvolvimento, no individuo, de toda a perfeição de que é capaz", ou Platão que diz que a educação "consiste em dar ao corpo e á alma toda perfeição de que são capazes".

Outra definição de educação pode também ser válida nesse contexto como diz o psicólogo Henri Joly (apud LEVY e outros) "a educação consiste no conjunto dos esforços que tem por fim dar a um ser a posse completa e o bom uso de suas diversas faculdades". Assim em todas essas definições como em tantas outras, podemos perceber que a educação é mesmo a perfeita realização da pessoa humana.

Segundo Ximenes (1999), saúde é o estado dos indivíduos cujas funções orgânicas e mentais, estão em condições normais. Este conceito um tanto quanto, limitado, exclui da definição a porção social do homem que envolve as inter relações, condições de vida e exercicio de cidadania.

Assim segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), pode-se defini-la como sendo o bem estar biopsicosocia!. "Falar em saúde é falar de vida em toda a sua plenitude; de vida digna, capaz de tornar o homem adaptado a sua condição de ser e estar no mundo." (LESSA; PINTO, 1995).

Após estes conceitos iniciais de saúde e educação, procura-se, fundir os ideais de perfeição da natureza, trazidos pela educação. Com a amplitude do bem estar bio-psico social, de vida plena, digna e adaptada da saúde, para referencirmos o conceito de educação em saúde como disciplina de ação.

Considerar a educação em saúde como disciplina de ação significa dizer que o trabalho será dirigido para atuar sobre o conhecimento das pessoas, para que elas desenvolvam juízo critico e capacidade de intervenção sobre suas vidas. E o ambiente com o qual interagem e, assim, criarem condições para se apropriarem de sua própria existência (LEVY e outros. 2002).

Os primeiros passos da educação em saúde foram dados em 1924, isoladamente em um município do Rio de Janeiro, São Gonçalo, onde Carlos Sá e Cesar Leal criaram o pelotão de saúde. Um ano após, esta iniciativa, foi expandida para São Paulo, na pessoa de Horácio de Paula, que criou a inspetoria de educação sanitária e centros de saúde de São Paulo, com a finalidade de "promover a consciência sanitária da população e dos serviços de profilaxia geral e específica." Nessa época as ações de educação em saúde limitavam-se ao repasse de noções de higiene aos alunos das escolas estaduais.

Apenas em 1930 as iniciativas estaduais foram então centralizadas pela Fundação do Ministério da Educação e Saúde (MES), que posteriormente seria reestruturado em departamento nacional de saúde do MES.

O MES, reunindo estas duas funções paralelas, deveria então proporcionar uma grande campanha no campo educacional para garantir uma vida mais saudável, segundo Brito Bastos (apud LEVY e outros, 2002). Porém o MÊS, não utilizou de forma adequada as funções de educação que detenha, limitando, suas ações a propaganda sanitária, através de material escrito, em um país que detenha 60% de analfabeto na década de 40.

É apenas em 1942, que ocorreu a primeira grande transformação da mentalidade das atividades de educação sanitária no país, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que passa a entender a educação sanitária como atividade básica, do seu plano de ação envolvendo os diversos profissionais de saúde e professores da rede pública, que transformaram-se em agentes educacionais em saúde.

A segunda grande transformação acontece sobre influência da 12ª Assembléia Mundial da Saúde em Genebra que reafirmou ser "a educação sanitária abrange a soma de todas aquelas experiências que modificam ou exercem influências nas atitudes ou condutas de um indivíduo com respeito à saúde e dos processos expostos necessários para alcançar modificações." E ainda na Conferencia de Saúde e Educação Sanitária (1962) que definiu que "os serviços de educação sanitária estão chamados a desempenhar um papel de primeiríssima importância para saltar o abismo que continua existindo entre descobrimentos científicos da medicina e sua aplicação na vida diária de indivíduos, família, escolas e distintos grupos da coletividade.

A maior transformação no âmbito da educação sanitária inicia-se nos meados da década de 70 quando passou a ser referida como educação em saúde, não limitando-se só a uma

modificação terminológica, mais tentando mais uma modificação conceitual.

É apenas em 1996 que esta grande transformação se consolida com incremento de projetos de educação em saúde, nas escolas, integrado a rede TV escola do MEC, além disso em 1998 a educação em saúde deixa de ser um projeto limitado a TV escola e passa a ser um Programa Permanente do MS, expandindo a sua atuação..

A questão da educação em saúde deve ser observada a partir de dois objetivos básicos e não excludentes: a contribuição aos cuidados de saúde e a ampliação de possibilidades de controle social sobre as ações da saúde, ambos constituintes do processo de construção da consciência sanitária. Com esse entendimento, que considera-se a educação em saúde, como arma fundamental na prevenção de doenças, já que, informadas e conscientes os indivíduos poderão ser capazes de assumir atitudes preventivas e também exercendo a sua cidadania, cobrar dos serviços e gestores da saúde a possibilidade de acesso aos métodos de prevenção do câncer. A educação em saúde é um dos mais importantes elos entre os desejos e expectativas da população por uma vida melhor e as projeções e estimativas dos governantes ao oferecer programas de saúde mais eficientes (LEVY, 2002).

No nível primário destacam-se as ações de prevenção e promoção à saúde estando inserida neste nível a Educação em Saúde.

As atividades de educação em saúde podem ser vistas como um mecanismo de interação entred o saber científico e o popular, com o objetivo de socializar o saber científico e o reconhecimento social do saber popular tais atividades primam por socializar o saber sobre a saúde cientificamente construído e por fornecer elementos que permitam aos indivíduos uma ação direta sobre as situações de doença que os atingem ou possa vir a atingir (DUNCAN. 1996. p.61).

Expandindo esta visão de Duncan (1996), podemos então citar o dizer da OMS que determina como objetivos da educação em saúde, não só a cuidado com a saúde individual, mas também com a coletividade. Assim temos: "os objetivos da educação em saúde são de desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertençam e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva." (OMS apud LEVY e outros).

Esta assertiva amplia o significado da educação em saúde, que não deve limitar-se a informação vertical, como um ato de benesse dos detentores do poder e da informação, mas

sim deve ser entendida como um poderoso instrumento de mudança de mentalidade. É preciso compreender que é direito do indivíduo a informação e que mais que um direito, e um dever de todo cidadão. Assim a educação em saúde no campo da prevenção, deve também de estimular o exercício da cidadania, fornecendo aos indivíduos subsídios que assegurem seu direito pleno à sua saúde assegurado constitucionalmente.

Finalmente vale citar que: "o objetivo da educação em saúde e a autonomia dos sujeitos, ou seja, a retomada da direção de suas próprias vidas." (SILVA e outros apud DUNCAN, 1996).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política pública é essencialmente política e sua função é legitimar o poder do Estado e da classe que ela representa.

O Estado liberal justifica suas políticas sociais com base na igualdade de oportunidades, no livre acesso dos indivíduos aos bens disponíveis com o pleno desenvolvimento de suas capacidades.

Sob essa perspectiva, o Estado do bem-estar social nunca houve no Brasil, apesar de toda a literatura que aponta pra isso, o que existe de fato é um Estado com uma prática paternalista que contudo não consegue dar conta de uma crise crônica que atravessa todos os setores públicos. A crise nas instituições, é também reflexo das desigualdades sociais que assolam todo o cenário brasileiro e que, ao partirem delas, voltam em sua direção com força total.

O foco da educação em saúde está voltado para população e para a ação de uma forma geral seus objetivos são encorajar as pessoas a: (a) adotar e manter padrões de vida saudáveis, (b) usar de forma judiciosa e cuidadosa os serviços de saúde colocados a sua disposição e (c) tomar suas próprias decisões, tanto individual como coletivamente, visando melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente (OMS apud CEPASES, 2002).

É importante salientar, porém, que a educação em saúde não pode ser pensada como um momento estanque, como um dos elementos de campanha. É necessário compreender a educação em saúde como parte integrante e fundamental de todos os processos de assistência a saúde, como área de atuação, sendo estratégia de ação permanente em todos os ambulatorios da rede pública de saúde, em especial nos ambulatorios de saúde da mulher,

ando assim ao indivíduo a capacidade de compreender e atuar sobre o processo saúde doença, como diria Silva (1996).

A educação em saúde constitui-se em uma das áreas de atuação em saúde. É por seu intermédio que se desdobram processos nos quais, o indivíduo e a coletividade, podem se tornar conscientes de si e de sua relação com o mundo. Rompendo com a visão tradicional ou mágica do processo saúde e doença e podendo, então, apreendê-lo como passível de modificação [...] (SILVA e col. apud DUNCAN, 1996).

Neste sentido é importante citarmos Demo (2000) apud Ruas (2004), quando diz: "se a ignorância é o problema social mais devastador, seu enfrentamento não se dará, sobretudo pelo acesso aos benefícios, mas pela capacidade individual e sobretudo coletiva de fazer e fazer-se oportunidade, ou de se emancipar."

A Constituição Brasileira traz na seção li, da Saúde artigo 196 o seguinte item: "A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação." (CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA, 2002).

Ao pensarmos no artigo acima transcrito, podemos, dizer que o objetivo maior da educação em saúde é, portanto, fazer com que o dever do estado seja transformado em estado de dever que é função de todos cidadãos, instituições, coletividade e governos (BRASIL, 2002).

Assim sendo como falou Demo (2000) a educação é a arma fundamental para emancipação dos sujeitos, ou seja, para retomada de direção de suas vidas e conseqüentemente da sua saúde.

Ao entendermos a educação como parceria indissociável da saúde, acreditamos nesse elemento como modificador do ser humano, como já foi dito nesse trabalho, como busca da perfeita realização da natureza humana, e é neste ponto que estes conceitos se fundem de forma indissociável já que: saúde é o perfeito funcionamento do ser integral biológico psicológico e social, e a educação é o caminho para aquisição da perfeição.

Assim finaliza-se aqui acreditando numa compreensão de saúde e educação como dois elementos unidos com um objetivo em comum a reorganização da vida e a emancipação dos sujeitos. Só a sociedade civil consciente e organizada terá como enfrentar e resolver essa questão.

REFERENCIAS

ARRETCHE, Marta. **Avaliação das políticas públicas é objeto de pesquisa.** Art. www.comciencia.br/entrevistas/ppublica/entrevistas/ppublicas/arretche.htm

ACURCIO, Francisco de Assis. **Evolução Histórica das Políticas de Saúde no Brasil.** Art. www.farmacia.ufrug.br/cespmed/text1htm.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A Política Social do Estado Capitalista: As funções da Previdência e Assistências Sociais.** S. P. Cortez. 1995.

MENDONÇA. Nadir Domingues. **Uma questão de Interdisciplinaridade: O Uso dos Conceitos.** R. J. Vozes. 1995.

NERI, Marcelo. **Desigualdade Social e saúde no Brasil.** Cad. Saúde Pública. Vol 18 supl. Rio de Janeiro 2002.

PAIM, Jairnilson Silva. **A crise de saúde pública e a utopia da saúde coletiva.** Salvador: Casa da Qualidade, 2000. 125p.

PERES, Laerte A. **Breve história das políticas de saúde deste século no Brasil.** Artigo. www.hospivirt.org.br/enfermagem/port/polsaude.html

Relatório da 10ª Conferencia Nacional de Saúde. **Saúde, Cidadania e Políticas Públicas.** Art. www.datasus.gov.br/cns/REL10/1-SAÚDE.htm

