

Educação sanitária nos anos 1970: a face pouco conhecida de Cecília Donnangelo

Health education in the 70's: a lesser-known facet of Cecília Donnangelo

André Mota

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: andremota13@gmail.com

Lilia Blima Schraiber

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: liliabli@usp.br

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: jrcaires@usp.br

Resumo

Fruto de pesquisa histórica sobre a criação e desenvolvimento da saúde coletiva em São Paulo, este estudo analisa um texto inédito, escrito em 1976, por Cecília Donnangelo, considerada uma das construtoras desse campo no Brasil e pioneira do pensamento social em saúde. Nele a autora examina a “educação sanitária”, permitindo que se busquem nesse exame as raízes históricas da institucionalização de tal prática. Metodologicamente, tomam-se as palavras da própria autora, situando-as no contexto em que foram elaboradas, dando-se à peça discursiva o caráter de documento histórico e, assim, apontando para questões que envolvem a relação entre passado e presente na interface educação-saúde. Mostra-se como, valendo-se do conceito de medicalização, também por ela desenvolvido em outros de seus estudos, a educação sanitária se faz uma política pública que, no campo da saúde, expande-se da saúde pública para institucionalizar-se também na assistência médica individual, e que, ultrapassando os domínios de seu campo de origem - a Saúde - torna-se intervenção vinculada às ações da educação escolar. Assim, conformada como importante recurso da política de saúde, configura-se, também, como dispositivo de ação direta sobre o social, atuando como mais um recurso para reforçar a medicalização e o biopoder correlatos.

Palavras-chave: Saúde Coletiva; História; Educação Sanitária; Medicalização.

Correspondência

André Mota
Av. Dr. Arnaldo, 455, 2 andar, Cerqueira César.
São Paulo, SP, Brasil. CEP 01246-903.

Abstract

The article is the product of historical research about the emergence and up growth of São Paulo's Collective Health, through the analysis of an unpublished text, authored in 1976, by Cecília Donnangelo, one of the main contributors to the construction of this field in Brazil and a pioneer in social thinking in health. In the text, she examines "Health Education", shedding light upon the historical roots of how this practice was institutionalized. The words of the author are used in the methodology as pieces related to the context that had when crafted, giving to the discourse the nature of a historical document, thus evidencing issues that are involved in past-present relationships in the interface between health and education. Through this process, the author demonstrates how, through the use of the medicalization concept that she developed in another of her works, health education becomes a public policy in the health domain that extends itself beyond the area of public health to acquire institutionalized formats in the individual medical care. It also enlarges its reach farther on its initial health realm becoming a school-related intervention. In this fashion, health education is molded as an important health policy tool, as well as a device that have direct impact on the social domain, collaborating as an additional instrument strengthening medicalization and its accompanying biopower.

Keywords: Collective Health; History; Health Education; Medicalization.

Introdução

Buscamos neste texto uma aproximação à relação entre educação e saúde que recupera as raízes da "educação sanitária". Trata-se de reflexões suscitadas pelo texto "Educação sanitária e políticas de saúde", escrito por Maria Cecília Ferro Donnangelo em outubro de 1976 e apenas disponível em forma mimeografada¹. Tendo sido apenas mencionado por ocasião da elaboração de documento monográfico acerca das contribuições dessa autora para o campo da saúde coletiva (Mota; Silva; Schraiber, 2004), esse texto não foi alvo de outras considerações, permanecendo assim inédito. Cabe, pois, sua leitura e interpretação pela contribuição histórica que constitui, como indício e memória da institucionalização da educação sanitária no país.

Pedagoga de formação, graduando-se em 1962 pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Araquara, hoje constituindo a Universidade Estadual Paulista (Unesp), Cecília Donnangelo desde logo manifestou seu interesse pela sociologia, atuando sob a orientação do destacado sociólogo brasileiro Luiz Pereira. Ainda como educadora, Cecília Donnangelo iniciou-se em questões de saúde, desenvolvendo estudos sobre a nutrição e o rendimento escolar, de que resultou suas primeiras aproximações com a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que terminou por contratá-la como docente, primeiro da Cadeira de Medicina Legal e Social, em 1964, e a partir de 1969 no recém-criado Departamento de Medicina Preventiva. Neste permaneceu até 1983 (Mota; Silva; Schraiber, 2004).

Embora de curta carreira acadêmica, desenvolveu um trabalho de grande importância histórica, como partícipe dos construtores da saúde coletiva no país (Nunes, 2008; Schraiber; Mota, 2015). É bem conhecida como pesquisadora e estudiosa da medicina, criando a relação medicina-sociedade como objeto de conhecimento privilegiado para uma sociologia da saúde. Nessa construção mostrou a participação da medicina na economia de mercado e nas políticas do Estado moderno, e, examinando-a na dimensão de prática técnica e social, mostrou

¹ DONNANGELO, M. C. F. *Educação sanitária e políticas em saúde*. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva, 1976. (Mimeografada).

que a medicina, ao dar primazia ao corpo físico, em detrimento da consubstancialidade deste com as dimensões humanas do emocional, do subjetivo e das interações sociais reduziu a complexidade do adoecimento a elementos biomédicos, formulando a medicalização do social como a melhor leitura desses adoecimentos e de suas reparações. Cecília Donnangelo mostrou, ainda, como, pela interpenetração desse processo com a própria política pública em saúde, se lançará mão da educação como prática de intervir sobre as dimensões subjetivas e intersubjetivas a serviço da mencionada redução medicalizadora do estar no mundo, uma domesticação do social às disciplinas da medicina.

Nesta última direção é que veremos sua construção acerca da educação como prática social a serviço da normatividade biomédica, inscrevendo-se como educação sanitária no âmbito da saúde pública, assim como no bojo da assistência médica individual, tanto quanto, ainda, no interior da formação escolar básica das crianças e jovens.

Educação sanitária e políticas de saúde: o texto e o contexto

Neste tópico, apresentamos o que antes foi sinteticamente abordado, nas palavras da própria autora, situando-as no contexto em que foram elaboradas, dando-se à peça discursiva seu caráter de documento. Tratar de um documento em seu “texto e contexto” é, antes de tudo, ter em mente que a sua historicidade não deixa de tomar questões que envolvem a relação entre passado e presente. Como nos ensina Jacques Le Goff, “toda a história é bem contemporânea, na medida em que o passado é apreendido no presente e responde, portanto, aos seus interesses, o que não é só inevitável, como legítimo” (Le Goff, 1990, p. 40). Nesse sentido, tratar de ideias construídas num certo “presente que passou” será sempre um desafio de capturar sua pertinência atual, mesmo que certas linhas perdidas no tempo deixem suas marcas, entre as rupturas e permanências de sua existência.

Sobre ele, estaremos traçando fios que nos conduzem à sua autora, pensadora do social em

saúde, mas, sobretudo, uma pedagoga preocupada em indicar o espaço escolarizado como lugar ainda a ser descoberto para o campo da saúde coletiva. Em seu documento “Educação sanitária e políticas de saúde”, a autora procurou articular uma nova significação para o conceito de educação sanitária, em face das novas tendências de organização de assistência à saúde no Brasil, elencando elementos capazes de proporcionar as bases para a articulação entre educação e saúde. Tais elementos, em sua avaliação, diriam respeito à dimensão social da saúde e das práticas que lhe correspondem, bem como aos momentos de redefinição histórica do significado desse social em sua incorporação aos modelos de assistência.

E apresentar tais dimensões sociais da saúde implicaria reconhecê-las no estabelecimento de relações concretas entre os meios físico e social, admitindo o corpo como “objeto por excelência das práticas de saúde”, qualificado em sua estrutura anatômica e fisiológica a partir de determinações que adquire no plano de sua existência material e social.

O texto foi escrito em delicado momento do país, seja em termos da configuração governamental do Estado brasileiro nos anos 1970, seja em termos da própria política de saúde. É nessa década do século XX que se gesta o campo da saúde coletiva (Vieira-da-Silva; Paim; Schraiber, 2014), oficialmente constituído, primeiro, por sua representação como área de pós-graduação. O campo consolidou-se como produção de conhecimento e formação de profissionais em pós-graduação e *lato sensu*, e pesquisadores em pós-graduação, *stricto sensu*, nas áreas de epidemiologia, política/planejamento e gestão em saúde (acrescida posteriormente do ramo de avaliação em saúde) e ciências sociais em saúde (desdobrada em ciências sociais e humanas em saúde, também posteriormente). Seu marco institucional seria a criação, em 1979, da associação que representaria o campo: a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco)².

A proposição de um campo como esse representou bem o próprio contexto sócio-político do

2 Atualmente denominada Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

período, uma vez que, em pleno regime ditatorial, o país atravessava uma época de grandes manifestações por reformas sociais e na saúde, bem como do próprio Estado brasileiro. A saúde coletiva emerge com um caráter duplamente reformador: voltada à conquista da democracia e da equidade social e focada na crítica científica e em sua correlata prática assistencial, tanto quanto aos serviços médicos quanto àqueles de saúde pública.

Estruturou-se, assim, como campo propositor de alternativas ao modo de definir e atender às necessidades em saúde, na assistência médica ou na sanitária, e contrário à alienação social e política dos conhecimentos e práticas desenvolvidos na medicina e na saúde pública. Constituiu-se como um novo projeto científico e político para a saúde, formulado por intelectuais da medicina preventiva e da saúde pública (Vieira-da-Silva; Paim; Schraiber, 2014).

Por isso, o engajamento da saúde coletiva vem desde sua origem na arguição direta do biopoder de base corporativo-profissional. Igualmente arguiu as conexões da saúde com as empresas de produção de equipamentos e fármacos a que Cordeiro (1984) chamou de complexo médico-industrial. Por outro lado, a saúde coletiva colocou-se em relação direta com as políticas públicas de saúde (Donnangelo, 1975) e com o compromisso de publicizar o saber técnico-científico, marcado pela biomedicina, enquanto também dotado de projeto ético-político e social, isto é, de construção do Estado e da vida social (Donnangelo; Pereira, 1976; Mendes-Gonçalves, 1979, 1994; Arouca, 2003; Paim, 2008).

Inspirada na medicina social (Nunes, 1985), a saúde coletiva uniu a reforma médica à reforma sanitária (Vieira-da-Silva; Paim; Schraiber, 2014), respondendo esta última pelas propostas de medicina integral, de que derivou a própria medicina preventiva como disciplina do currículo médico e da medicina comunitária. Assim, no Brasil, os programas de medicina comunitária já nascem sob o signo de uma articulação médico-sanitária: atenção “integral” a uma população referida a um território, articulado a preocupações de escopo sanitário, seja da população ou de seus subgrupos, com aquelas relativas à assistência de cada indivíduo-usuário. No Brasil, com a saúde coletiva, não temos a saúde

pública sem a medicina preventiva, assim como não temos uma medicina preventiva independente das questões de saúde pública (Schraiber, 2008).

Foi exatamente neste momento de criação de tão peculiar articulação entre essas duas vertentes da saúde que Cecília Donnangelo elaborou seu texto, explorando a passagem da educação como prática da saúde pública para o interior da assistência médico-individual. Como resultado, tal qual abordaremos a seguir, a própria educação sanitária converter-se-ia em uma política pública, e não apenas para o setor da saúde, mas para outros setores sociais igualmente a reforçar o biopoder.

Líder e partícipe do referido compromisso dos intelectuais dessa época de denunciar as implicações ético-políticas desse biopoder, Cecília Donnangelo voltou-se, em toda sua produção, para a tese de que há caráter inexoravelmente social nas intervenções técnicas em saúde, ou seja, quer na aproximação dos adoecimentos para a produção científica, quer na abordagem de seu objeto de intervenção como prática assistencial, a medicina deve ser vista como prática técnica e prática social.

A medicina, que em uma primeira aproximação pode ser encarada como prática técnica, isto é, como manipulação de um conjunto de instrumentos técnicos e científicos para produzir uma ação transformadora sobre determinados objetos - o corpo, o meio físico -, responde enquanto tal a exigências que se definem à margem da própria técnica, no todo organizado das práticas sociais determinadas, econômicas, políticas e ideológicas entre as quais se inclui. Tais exigências regulam não apenas a presença da própria prática, mas participam também do dimensionamento do objeto ao qual se aplica, dos meios de trabalho que ela opera, da forma e destinação de seus produtos. (Donnangelo; Pereira, 1976).

Mas, para além desse caráter social da intervenção médico-sanitária, Cecília Donnangelo apontaria, levada pelo próprio estudo dessa alienação social e política da técnica, outro movimento relativamente ao social no interior da medicina e que se estenderia, em sequência, ao campo da saúde de modo geral: a medicalização do social, em que o próprio social passaria a ser compreendido nos referenciais da biomedicina. Desse modo, a dimensão social da saúde não fica inteiramente fora do âmbito da intervenção

promovida por esse campo, como é usual que seja tomada pelos profissionais e cientistas da própria medicina. Estes admitem o impacto do social nos adoecimentos e na assistência, mas tomando-os sempre pelo olhar redutor aos aspectos biomédicos do corpo orgânico, desse modo colocando as diversas dimensões da vida social, inclusive a subjetividade e intersubjetividade das relações humanas, como aspectos externos à área científica e técnica nas quais circunscrevem suas competências.

Nos domínios específicos de intervenção da saúde, tais reduções se expressam no caráter individualizante com que o saber médico e o sanitário se aproximam e intervêm sobre os adoecimentos ou seus riscos. Mas, tal qual abordou neste seu texto sobre educação sanitária e política de saúde, ao assumir a determinação social como parte das questões de saúde, este campo da saúde buscaria também uma intervenção diretamente no social e com base em técnicas desse mesmo social, tal como tomará a própria educação, para constituir um recurso de manipulação do social, na saúde e fora dela. Isso se realizou no âmbito da medicina e da saúde pública, dando origem à educação sanitária, bem como no âmbito da própria educação, com o aproveitamento da rede escolar na socialização das crianças e jovens nesta mesma educação sanitária.

Para Cecília Donnangelo, haveria uma nova significação para a educação na ideia de educação sanitária face às novas tendências de organização de assistência a saúde, particularmente no Brasil. Para isso, em seu texto foram elencados elementos capazes de proporcionar as “bases para a articulação entre educação e saúde e, portanto, para a própria constituição da análise (da educação sanitária)”. Esses elementos dizem respeito “à dimensão social da saúde e das práticas que lhe correspondem, bem como aos momentos de redefinição histórica do significado desse social em sua incorporação aos modelos de assistência” (Donnangelo; Pereira, 1976, p. 1).

E apresentar tais dimensões sociais da saúde implicaria reconhecê-las no estabelecimento de relações concretas entre os meios físico e social, admitindo o corpo como “objeto por excelência das práticas de saúde”, qualificado mesmo em sua estrutura anatômica e fisiológica a partir de de-

terminações que adquirem no plano da existência material e social:

a fim de apreender a dimensão social da saúde deve-se portanto começar por discernir o próprio significado atribuído ao corpo a partir da especificidade de cada estrutura social, ou melhor dizendo, o significado atribuído a diferentes corpos, uma vez que os indivíduos e grupos sociais não se encontram dispostos homogeneamente na sociedade (Donnangelo; Pereira, 1976, p. 2).

Se a saúde é a vida em silêncio dos órgãos e, por conseguinte, o normal biológico só é revelado pelas infrações à norma, e só há consciência concreta ou científica da vida por obra da enfermidade (Canguilhem, 1971, p. 86), o corpo doente será o símbolo do desequilíbrio dos “modos de andar a vida” e a disfunção de um regramento preestabelecido entre o dentro e o fora, o antes e o depois.

Para Cecília Donnangelo, a ênfase dada à dimensão social da saúde e às técnicas de interferência nesse social foi marcada pelas transformações históricas de grande impacto para a vida social, como na era das revoluções do século XVIII e no surgimento da medicina social, ou em tempos mais recentes, como o final da Segunda Guerra Mundial, consubstanciando todo o programa da Organização Mundial de Saúde e a criação de uma secção de educação para a saúde. No entanto, a preocupação com os determinantes e as técnicas sociais em questão não afetaram de forma homogênea todo o campo de práticas científicas estruturadas com vistas à interferência sobre a saúde:

Na realidade, tal preocupação ficou quase inteiramente confinada às práticas que compõem a saúde pública: práticas predominantemente preventivas e por longo tempo relacionadas basicamente ao saneamento ambiental e ao controle de moléstias transmissíveis. As demais práticas de saúde, de destinação individual e dimensão predominantemente curativa, seguiam quase inteiramente preservadas da conceptualização do social e de suas técnicas, permanecendo tão somente tributárias do conhecimento e das técnicas elaboradas à base das ciências naturais (Donnangelo; Pereira, 1976, p. 4).

Com esse registro, vai apontar para aquele momento preciso, dos anos 1970, quando um conjunto de pressões de natureza econômica e política reafirmaram o papel da educação sanitária na estrutura dos serviços médicos e de saúde, devendo ser mais bem delimitado seu lugar naquilo que seriam os limites da saúde pública e da atenção médica.

Como apontaram Braga e Paula, “a pouca importância das medidas de atenção coletiva à saúde da população fica patente ao se verificar a participação decrescente do orçamento do Ministério da Saúde no orçamento global da União: em 1968 correspondia a 2,21% deste; em 1972, a 1,40%” (Braga; Paula, 2006, p. 91).

Sobre a organização da assistência, considera a dificuldade de conciliar elementos conflitantes, tais como as inovações científicas e tecnológicas experimentadas pela prática médica e as demandas por extensão da assistência à saúde para setores mais amplos da população. Consubstanciados na questão dos custos crescentes e nas exigências histórico-estruturais de extensão da atenção, os conflitos decorrentes teriam redundado na desagregação da forma liberal de prestação de serviços, com o surgimento de modalidades de organização da prática privada sob interferência estatal no setor, originando complexos sistemas de assistência, com variadas combinações entre a iniciativa privada e o Estado.

Redundando, porém, tanto no sufocamento das empresas privadas quanto do Estado:

Isso fica mais claro quando recorremos a algumas comparações internacionais. Os padrões mundiais de financiamento indicam que os governos contribuem em média com 40% dos recursos previdenciários; este percentual chega a 65% para um grupo selecionado de países “desenvolvidos” e até mesmo “subdesenvolvidos”. No Brasil, conforme já se disse, a participação é de 9,2 em 1967, chegando a 4,7 em 1976. Comparadas internacionalmente, portanto, a contribuição do governo brasileiro ao sistema de previdenciário é nitidamente insignificante (Braga; Paula, 2006, p. 107).

Diante desse quadro, quais seriam as formas pelas quais se tentariam superar tais impasses no

setor da saúde? Uma primeira forma, considerada mais radical, buscaria a interferência do Estado como principal responsável pela produção dos serviços:

É o caso de movimentos tais como o da medicina integral, medicina preventiva e medicina comunitária, difundidos e sustentados pelos organismos mundiais de saúde e incorporados, em maior ou menor grau, às políticas relacionadas à saúde, nas distintas sociedades nacionais. A significação imediata dessas propostas decorre do fato de que as modificações de caráter técnico que se propõem introduzir abrem novas perspectivas de utilização de uma multiplicidade de recursos tecnológicos importantes para a área da saúde e que não se esgotam nas medidas e técnicas de caráter propriamente médico. Nessa multiplicidade destaca-se a própria educação sanitária (Braga; Paula, 2006, p. 7).

E será o conceito de “medicina integral” que colocará em confronto o caráter fragmentário do trabalho médico correspondente ao desenvolvimento das especialidades e uma concepção globalizada do paciente, visto como totalidade biopsicossocial irreduzível a um conjunto de estruturas e funções. A partir dessa perspectiva, a recomposição do sentido totalizador da prática de saúde exigiria:

a) o descentramento do enfoque biológico, com correspondente orientação de cada interferência médica no sentido de apreender e interferir com a complexidade do paciente, dada por sua inclusão em um campo de relações onde a família aparecerá como unidade fundamental; b) o domínio dos fatores que concorrem para a emergência da enfermidade, a fim de orientar a interferência para momentos precoces do processo saúde-doença, antecipando-se, sempre que possível à necessidade do recurso a ações curativas (Braga; Paula, 2006, p. 9).

A operacionalização desses princípios com vistas à solução dos problemas na área da saúde envolve, porém, uma limitação, ou seja, o centramento de tais projetos na expectativa de que o médico, munido de novas informações e novas técnicas referentes ao social, se transforme no agente, por excelência,

de uma mudança capaz de transcender os limites do ato médico individual para atingir o social. E seria nesse sentido que as concepções da medicina integral e da medicina preventiva proporcionariam a necessária base doutrinária para a penetração no campo da atenção médica por recursos elaborados em diferentes campos do conhecimento e apropriados por diferentes grupos profissionais:

Trata-se do uso do trabalhador não médico coletivo, atuando de tal forma que, por um processo de distribuição de tarefas, a assistência se processa através de um conjunto de práticas complementares. Essa ênfase no trabalho de outras categorias profissionais não implica necessariamente a diluição e apropriação, por essas categorias, dos conhecimentos e das técnicas especificamente médicas. Implica sobretudo a incorporação sistemática e básica para propósitos em jogo, de novas práticas “não médicas”, muitas das quais tem como campo de exercício o conhecimento e a manipulação do comportamento social dos grupos humanos (Braga; Paula, 2006, p. 12).

Tal argumentação visa a abertura de um novo campo de possibilidades para a prática educativa, entendida como uma nova tecnologia educacional, capaz de atender ao papel redefinido dos técnicos não médicos nos programas de atenção à saúde e de contribuir para os objetivos amplos de todo o processo: a elaboração de novas tecnologias de saúde, a correção de aspectos da organização assistencial que tendem a encarecê-la e torná-la excludente e a maior aproximação com as necessidades de saúde das populações atendidas.

Pensando a política de saúde e tomando por referência as orientações gerais subjacentes às formas históricas de assistência à saúde no país, Cecília Donnangelo fará uma digressão temporal, examinando desde a chegada das caixas de pensão, em 1923, e sua incorporação a uma política populista nacional de previdência em 1930. Segundo a autora, esta política, ao submeter as categorias trabalhistas a um modelo desigual de assistência médica, desaguou, em décadas seguintes, em uma forte crise “pela situação de desigualdade dos assalariados no gozo de direitos sociais legitimados na estrutura

previdenciária” (Donnangelo; Pereira, 1976, p. 18). Já naquilo que representaria a organização da assistência médica, haveria um padrão constante até aquele momento, ou seja, a compra de serviços pelo Estado junto ao setor privado, através da Previdência Social:

é este aspecto que nos interessa mais de perto porque introduz no cenário da assistência médica brasileira, por via da própria interferência estatal ou, melhor dizendo, da forma que ela assume, o marcado contraste que a caracteriza: a dominância de uma medicina altamente diferenciada, de elevado custo e amplo consumo, frente à presença de grandes contingentes populacionais desprovidos de assistência médica e de necessidades básicas de saúde que não encontram condições institucionais adequadas para o seu atendimento [...] daí a busca necessária de formas alternativas de racionalização do conjunto do setor compatíveis com o modelo dominante e capazes, ao mesmo tempo, de tornar o setor menos excludente frente às necessidades de saúde que buscam expressar-se através dele (Donnangelo; Pereira, 1976, p. 19).

Cecília Donnangelo observa, então, que as áreas do social - saúde, educação, habitação e previdência - sempre estiveram subordinadas às políticas econômicas, o que redundaria em áreas de caráter “residual”. Tal enquadramento, porém, começaria a sofrer mudanças com o II Plano Nacional de Desenvolvimento, conferindo certa autonomia aos objetivos da área social. Naquilo que se refere ao campo da saúde, teria havido certo disciplinamento através da Lei do Sistema Nacional de Saúde,

a qual expressa - não apenas por seu conteúdo, de natureza ainda geral, mas sobretudo pela sua inserção no contexto mais amplo da política social e pela subordinação das várias áreas institucionais relacionadas à saúde a uma orientação unitária - um momento significativo de reorientação da política de saúde no sentido de uma maior adequação a reais necessidades do setor. Além disso, buscando articular em um conjunto e com vistas a um único efeito, medidas de natureza variada que se estendem da alimentação, à nutrição, à ha-

bitação, ao saneamento, às condições de trabalho e à assistência médica, o documento legal assume implicitamente a noção de saúde como função dos níveis de vida dos grupos na sociedade, bem como uma concepção ampliada de prática de saúde (Donnangelo; Pereira, 1976, p. 23).

Tal tendência também foi apresentada nos debates e conclusões da V Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no ano de 1975, quando, entre as recomendações referentes ao programa materno-infantil, também se destacava a necessidade de adequação às realidades locais ou regionais, bem como o reconhecimento da participação da comunidade como eixo central na implantação e sucesso das ações. Sobre tais tendências, observou-se que elas já estariam em fase de implantação em projetos, como no Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde de Minas e no Programa de Interiorização das Ações de Saúde no Nordeste:

O princípio básico norteador de tais programas é o da necessária extensão da cobertura proporcionada pela organização sanitária brasileira. A importância da regionalização assistencial, do adequado relacionamento com o sistema informal das práticas de saúde das populações e da participação da comunidade em todos os níveis da programação de saúde são amplamente discutidos na fundamentação do Programa Integrado do Norte de Minas. O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS) reafirma a implantação de um sistema de saúde de vários níveis de atendimento, ajustados às características próprias de cada comunidade a ser atendida (Donnangelo; Pereira, 1976, p. 25).

Essas experiências seriam, sem dúvida, capazes de apontar para a “inovação tecnológica” no campo da saúde, que tem na prática educacional figuração central e por isso tendendo a ser impressas no setor da saúde como componente da política social:

A permeabilização de todo o conjunto das práticas de saúde pela educação sanitária como princípio fundamental para a operacionalização dos novos projetos racionalizadores da totalidade do setor, o

alargamento das oportunidades e facilidades para veiculação da prática educacional em saúde através de vários setores institucionais, particularmente através da educação escolarizada e finalmente o desenvolvimento, no campo da educação sanitária, de uma metodologia capaz de atender aos pressupostos da política social, tanto quanto das específicas políticas de renovação no setor de saúde (Donnangelo; Pereira, 1976, p. 28).

Considerações finais

Após o exame realizado, podemos afirmar duas marcas em sua elaboração. A primeira reside no fato de que, ao apontar para as relações entre a emergência de uma educação em saúde com as políticas públicas do período, a autora mostra a própria educação sanitária como uma política de saúde. Esta incidirá tanto no sistema de saúde quanto no sistema escolar. A outra marca é a que nos permite, sem dúvida, identificar sua tese central e que, conforme antes mencionado, a autora perseguiu em termos científicos e em termos político-sociais. Rejeitando a separação entre medicina e sociedade cunhada pela própria medicina, Cecília Donnangelo buscou como objeto de estudo a formação de profissionais da saúde e a contribuição às práticas profissionais e às políticas públicas, uma medicina sempre “reinserida” no campo do social, ou seja, como prática da sociedade enquanto se realiza técnico-cientificamente. Essa crítica ao olhar segmentador de um domínio “intra” e outro “extra” técnico, dirigida à medicina, seria estendida à saúde pública em seus escritos ao participar da formulação do novo campo da saúde coletiva que, então, se anunciava.

Ao retomar, em tempos mais recentes, tais pressupostos, Paim considera que essa seria uma bandeira da reforma sanitária, desdobramento daquilo que havia sido identificado em décadas anteriores, mas que precisaria ser ainda viabilizado historicamente, ou seja, marcas indiscutíveis de que a história se constrói pelos contextos vividos, pelo cotidiano de homens e mulheres num certo tempo e não por ações do pensar e agir consideradas evolutivas:

Não basta, entretanto, identificar o que mudar, seja no objeto da prática, nos meios de ensino, nas atividades, nas relações técnicas e sociais, ou mesmo na ordem institucional da escola médica. O que importa levar em conta em cada escola, serviço ou entidade é como mudar, a partir de análises concretas de situações concretas (Paim, 2002, p. 140).

De fato, o prenúncio ali esboçado por Cecília Donnangelo, ao qual a proposição de Paim (2002) nos remete, encontrou em anos subsequentes uma fértil apropriação. Em seu texto a autora aponta a polaridade coletivo-individual no que diz respeito à passagem da educação como prática do período campanhista e higienista do começo do século XX, para a atenção médica individual, que marcaria os anos 1970-80. Este prenúncio se completa quando, a partir dos anos 1990, será questionado o aspecto disciplinar voltado à normatividade biomédica de que a prática educacional foi portadora. Passa, então, a educação em saúde a se revestir de sentido polar, como prática emancipatória, em busca de reinserir os indivíduos no coletivo-social. Passa também, então, a vincular-se às noções de participação popular em saúde ou participação comunitária e à noção de promoção da saúde (Valla; Stotz, 1993; Morosini; Fonseca; Pereira, 2009; Araújo; Almeida; Nóbrega-Therrien, 2013).

Esta revisita ao texto de Cecília Donnangelo visou chamar atenção para a historicidade da educação sanitária, lembrando que, por isso mesmo, não pode ser compreendida fora da dinâmica social na qual suas contradições dialéticas ensejam apropriações diversas, levando à convivência atual entre usos conservadores e disciplinares e propostas emancipatórias e renovadoras, exemplificados pelas práticas da educação popular em saúde, e que a reflexão crítica de Cecília Donnangelo, reconhecendo a consubstancialidade tecno-social das práticas de saúde, ainda nos convida a termos maior consciência crítica acerca dos alcances e limites do que podemos fazer na interface entre saúde e educação.

Referências

- ARAÚJO, M. F. M.; ALMEIDA, M. I.; NÓBREGA-THERRIEN, S. M. (Org.). *Educação em saúde: reflexões para a promoção da vigilância à saúde*. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. v. 1, p. 633-651.
- AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- CANGUILHEM, G. *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 1971.
- CORDEIRO, H. *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e sociedade*. São Paulo: Livraria Pioneira, 1975.
- DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976.
- LE GOFF, J. *História e memória*. Campinas: Unicamp, 1990.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico*. 1979. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 1994.
- MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F.; PEREIRA, I. B. Educação em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 155-162.
- MOTA, A.; SILVA, J. A.; SCHRAIBER, L. B. *Maria Cecília Donnangelo: contribuições pragmáticas para a organização dos recursos humanos em saúde e para a história da profissão médica no Brasil*. Brasília, DF: OPS/MS, 2004. Disponível em: <<https://goo.gl/7gzsfL>>. Acesso em: 30 dez. 2013.
- NUNES, E. D. (Org.). *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília, DF: Opas, 1985.

NUNES, E. D. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 909-916, 2008.

PAIM, J. S. Educação médica na década de noventa: o otimismo não basta. In: _____. *Saúde: política e reforma sanitária*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002. p. 139-148.

PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EdUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SCHRAIBER, L. B. Prefácio. Saúde coletiva: um campo vivo. In: PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e*

crítica. Salvador: EdUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 9-19.

SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A. O social na saúde: trajetória e contribuições de Maria Cecília Ferro Donnangelo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1467-1473, 2015.

VALLA, V.; STOTZ, E. N. (Org.) *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é saúde coletiva? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 3-12.

Contribuição dos autores

Todos os autores contribuíram igualmente em todas as etapas de elaboração do artigo.

Recebido: 19/11/2016

Aprovado: 15/02/2017