



Ministério da Educação – Brasil
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM
Minas Gerais – Brasil
Revista Vozes dos Vales: Publicações Acadêmicas
Reg.: 120.2.095 – 2011 – UFVJM
ISSN: 2238-6424
QUALIS/CAPES – LATINDEX
Nº. 13 – Ano VII – 05/2018
<http://www.ufvjm.edu.br/vozes>

Educação escolar dialógica: as raízes para o avanço do acesso à saúde no Brasil e em Portugal

Priscilla dos Santos Gomes
Doutoranda em Sociologia e Mestre em Ciências da Educação
Especialista em Gestão Educacional e Bacharel em Direito
Centro de Estudos Sociais – Universidade de Coimbra – Portugal
<http://lattes.cnpq.br/2422340171087083>
E-mail: prissgomes@hotmail.com

Prof. Dr. Antonio Jorge de Lima Gomes
Doutor e Mestre em Geofísica, Engenheiro Civil
Docente da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
<http://lattes.cnpq.br/9689665046386798>
E-mail: antonio.gomes.br@gmail.com

Resumo: A educação em saúde tem sido imposta à sociedade pelos governos através de campanhas ou vacinações emergenciais e por estas razões não se investiu na educação escolar como elemento participativo. Desta forma, a ausência dialógica tem dificultado historicamente o acesso à saúde pela maioria da população, tanto no Brasil como em Portugal. Constata-se em ambos os países a ausência de uma educação escolar dialógica voltada para os problemas de saúde a partir do ensino básico. A Educação Dialógica é pautada no diálogo e na troca de saberes, proporcionando o desenvolvimento da capacidade crítica e transformadora. As lutas por acesso à saúde permanecerão como prioridade social, vitais na sustentação da democracia e da universalização do acesso. Deste modo, para avançar, os governos precisam de investimentos em novas vertentes educacionais sobre saúde a partir do ensino básico.

Palavras-chave: Educação Dialógica, Ensino Básico, Acesso à saúde, Direitos Sociais.

Introdução

A educação em saúde tem sido imposta à sociedade pelos governantes através de campanhas ou vacinações emergenciais, e por estas razões tem historicamente dificultado o acesso à saúde, tanto no Brasil como em Portugal.

A Educação Popular em Saúde configura-se como um processo de formação e capacitação que se vincula à ação organizada do povo para alcançar o objetivo de construir uma sociedade nova de acordo com seus interesses. Ela é caracterizada como a teoria a partir da prática e não a teoria sobre a prática como ocorre na educação em saúde tradicional, onde é preciso educar para transformar e transformar para educar (HURTADO, 1993).

A Educação Popular em Saúde é pautada no diálogo e na troca de saberes entre o educador e educando, e o alvo principal está nas discussões sobre temas vivenciados pela comunidade que levem a mobilização social para uma vida melhor

No Brasil, a Educação em Saúde foi chamada de Educação Sanitária, e nasceu a partir da necessidade do Estado controlar as epidemias de doenças infectocontagiosas que ameaçavam a economia brasileira, principalmente a exportadora, no começo do século XX, cujas doenças eram a varíola, febre amarela, tuberculose e sífilis, cuja maioria estava relacionada às péssimas condições sanitárias e socioeconômicas da população (KWAMOTO et al, 1995; ANDRADE, 2001, MACIEL, 2009).

Em Portugal, segundo Almeida (2016), crises sanitárias graves como as que ocorreram em 1855, 1899 e 1918, especialmente no Porto, onde percentagens elevadas da população foram vítimas fatais de cólera-morbo, peste bubônica, tifo exantemático e gripe pneumônica, fizeram com que os governos também impusessem campanhas forçadas, e os registros obtidos se devem à imprensa.

Este modelo de educação dialógica de imposição governamental vem deixando a população à mercê de constantes campanhas, sendo estas ações, em sua maioria impostas pelos governos, e que não foram devidamente inseridas nos programas de educação escolar, e muitas vezes resultam em retrocesso no acesso à saúde da população.

Existe, assim, uma grande distância conceitual entre a educação escolar e a educação em saúde, o que tem mantido a população alheia aos grandes problemas

de saúde e dependente de campanhas governamentais, cujas ações dos governos somente aparecem quando temos um surto ou epidemia. Faltam ações educativas concretas dentro da dentro da educação escolar básica.

Os movimentos sociais em busca de acesso à saúde como um direito, tanto em Portugal, quanto no Brasil, através de incessantes lutas, tiveram como resultado a conquista de proteção social e de acesso mais igualitário à saúde para toda a população, mas não atingiram uma dialógica escolar, ficando limitados aos ditames das áreas de saúde.

O acesso à saúde tornou-se uma exigência social face aos novos anseios das atuais sociedades, que levaram à origem e criação dos sistemas de saúde, no qual a sociedade participa e tem à sua disposição um quadro real das políticas de saúde e de seu respectivo acesso.

Dentre as grandes conquistas no campo dos direitos sociais o direito à saúde corresponde a um conjunto de direitos relacionados aos princípios de dignidade, solidariedade e igualdade. Deste modo, o direito à saúde está disposto dentre os direitos fundamentais previstos na Constituição de Portugal de 1976 e do Brasil no ano de 1988.

O primeiro Serviço Nacional de Saúde – SNS nasceu na Inglaterra em 1948, na Itália em 1978, em Portugal no ano de 1979, na Grécia em 1983, na Espanha em 1986 e no Brasil o SUS no ano 1988.

De acordo com Montaño e Duriguetto (2010) os movimentos sociais são expressões do processo de organização da classe trabalhadora, da luta de classes e lutas sociais. As lutas sociais ocorreram através de relações, processos, atividades e instrumentos que visavam desenvolver as responsabilidades públicas na promoção da seguridade e do bem-estar social.

Estas lutas estão inseridas na história social e política de ambos os países, e fortalecidas, sobretudo pelas lutas dos movimentos sociais que fizeram com que o direito à saúde esteja entre as maiores conquistas constitucionais recentes do Brasil e de Portugal.

Além dos preceitos constitucionais e jurídicos, são necessárias novas metodologias de educação escolar, sobretudo no ensino básico, buscando melhor qualidade de vida, através de uma educação dialógica participativa.

Objetivo

O objetivo principal deste trabalho é investigar as origens da ausência de uma educação escolar dialógica, a partir do ensino básico, na busca de um processo participativo e facilitador, do acesso à saúde no Brasil e Portugal.

Justificativa

A educação está presente em todos os momentos da vida do ser humano, sendo esta mais absorvida da infância até a idade adulta, sobretudo no período escolar. A ausência de uma educação efetiva sobre saúde e das suas formas de acesso, no período escolar básico, compromete a interação da sociedade com o conhecimento sobre a prevenção, o acesso e o direito à saúde.

Segundo Pedrosa (2006) os grandes problemas de saúde pública sempre foram resolvidos por meio de campanhas sanitárias para combater as fortes epidemias, e neste sentido, o povo somente ficava sabendo dos fatos, somente depois que as doenças já haviam tomado grandes proporções.

As campanhas sempre foram resultantes do uso da força e de autoridade, que eram os instrumentos preferenciais de ação.

Esta forma de intervenção ficou conhecida como campanhista e foi concebida dentro de uma visão militar em que os fins justificavam os meios. As escolas eram muitas vezes lugar de vacinação e não de uma educação a favor da saúde. Muitas vezes as forçadas vacinações apresentavam resultados traumáticos.

No Brasil, a Educação escolar está definida na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, em seu Artigo 4º, onde: “O dever do Estado com educação escolar pública será efetivado mediante a garantia de educação básica obrigatória e gratuita dos 4 (quatro) aos 17 (dezesete) anos de idade”. Esta é organizada em pré-escola; ensino fundamental, e ensino médio. O Ensino fundamental compreende do 1º ano ao 5º ano: (1º ano 6 anos; 2º ano 7 anos; 3º ano 8 anos; 4º ano 9 anos; 5º ano 10 anos), e em seguida do 6º ano ao 9º ano: (6º ano 11 anos; 7º ano 12 anos; 8º ano 13 anos; 9º ano 14 anos. O ensino médio (1º ano 15 anos, 2º ano 16 anos e 3º ano 17 anos) (BRASIL, 1996).

O Sistema Educativo em Portugal é regulado pelo Estado através do Ministério da Educação e Ciência. O Decreto-Lei n.º 17/2016, de 4 de abril, visa estabelecer os princípios orientadores da avaliação das aprendizagens nos ensinos básico e secundário, deste modo, o Ensino Básico compreende três ciclos: 1º Ciclo: 1º, 2º 3º e 4º Anos; 2º Ciclo: 5º e 6º Anos e 3º Ciclo: 7º, 8º e 9º Anos. O conjunto completo destes três graus de ensino constitui o nível de ensino básico português (PORTUGAL, 2016).

O direito à saúde está inserido entre os direitos sociais, sendo dever do Estado, proporcionar ações e serviços que assegurem a todos um atendimento preventivo e curativo, daí a educação formal escolar ter o dever de ensinar sobre saúde e suas formas de prevenção.

Assim a educação tradicional não tem trazido os verdadeiros problemas sociais, incluindo-se aqueles relacionados com a saúde da população, ou questões a respeito de uma saúde igualitária.

Deste modo, o conteúdo ensinado no nosso modelo de educação está dissociado da realidade do educando, servindo para a dominação da massa estudantil e social. A educação em saúde na escola, deve prever as formas de interação entre as pessoas envolvidas, dentro do contexto educativo e destas com o mundo que as cerca, visando a modificação de ambas as partes em prol da saúde da população.

De acordo com Maciel (2009) durante séculos o método de educação empregado tem sido o bancário com a mera transmissão de conhecimentos sem reflexão crítica. Este método, ficou assim denominado porque na visão dos professores a mente do educando era como um banco no qual o educador depositava conhecimentos para serem decorados.

Apesar dos avanços ocorridos na segunda metade do século XX, Brasil e Portugal têm impedido a seu modo, a concretização desse direito fundamental, sobretudo no atendimento às camadas de menor poder aquisitivo da população.

Os movimentos sociais organizados devem ser analisados como um sistema que busca os meios jurídicos para atingir os objetivos de promover o bem-estar social, e neste contexto, o Estado deve ser analisado como um sistema que coordena os meios para atingir os objetivos de promover o bem comum (GOMES et al, 2017). Neste sentido, este artigo levanta os principais dados disponíveis que

permitiram uma interpretação de como está ocorrendo o acesso à saúde no Brasil e em Portugal, englobando a ausência de uma efetiva política educacional sobre a saúde.

Metodologia

O modelo dialógico de educação utiliza a concepção problematizada na sua praxis, que conduz o indivíduo a se confrontar com sua realidade e exige que este participe na solução dos problemas que estão ao seu alcance. Neste modelo, o educador dialoga com o indivíduo ao mesmo tempo em que educa, criando novas condições dialógicas para o desenvolvimento do conhecimento e de suas soluções. A análise metodológica realizou-se por meio de métodos descritivos, estatísticos, dedutivos e da abordagem sequencial, que promove a separação das políticas públicas em três fases: formulação, implementação e avaliação (FREY, 2000; MULLER & SUREL, 2002).

O enfoque foi do tipo exploratório e descritivo e contou com a utilização de quatro métodos, que são: o dedutivo, o quantitativo, o analítico e o estatístico (BOURGUIGNON, 2008), sempre referenciados aos levantamentos dos dados relacionados com a área de saúde, existentes em ambos os países, oriundos de produções bibliográficas e principalmente das bases de dados sistemáticas oficiais do DATASUS e IBGE no Brasil, e também do PORDATA e INE em Portugal.

As estratégias de saúde têm princípios que se aproximam do usuário, tais como, o acesso, a regionalização e a centralidade na família, princípios estes que se moldam nas características do modelo dialógico aplicado à Saúde.

A Organização Mundial da Saúde define “saúde” como sendo: “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”, cuja tradução mais próxima corresponde a “saúde é estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. Segundo Canguilhem (1966 e 1990) a saúde e o patológico são coisas distintas, nos conduzindo a novas e constantes interpretações. Este também propõe que a saúde, e não apenas a doença, seja estudada pela ciência.

De acordo com Topham (2009), o processo do conhecimento envolve a comunicação. Bulos (2011) destaca que os Direitos Sociais da seguridade social envolvem o direito à saúde, previdência social, assistência social, enquanto que os relacionados à cultura abrangem a educação, o lazer, a segurança, a moradia e a alimentação.

O campo de estudos da efetivação das políticas públicas está fortemente atrelado às necessidades de desenvolvimento das melhorias dos processos político-administrativos. São estes, que permitem o desenvolvimento das atividades metodológicas, que vão planificar essas políticas, incluindo-se concomitantemente as de acesso à saúde (LIMA E D'ASCENZI, 2013).

Deste modo, o acesso à saúde engloba diferentes fatores e pode ser analisado através de diversos tipos de abordagens, sendo um tema multidimensional, que envolve aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos, no estabelecimento de caminhos para a universalização (GOMES et al, 2017).

Educação e Saúde no Brasil

As primeiras políticas públicas de saúde no Brasil surgiram vinculadas ao Ministério da Educação, que garantiu a proliferação dos órgãos e ações de saúde pelo Estado com a criação do Departamento Nacional de Saúde no ano de 1937, no entanto, as campanhas sanitárias no Brasil, desde sua origem até a presente data, nunca foram educativas em sua essência. A escola sempre ficou distante destas ações educativas.

As campanhas governamentais foram compostas por vacinações obrigatórias impostas, internações forçadas, interdição, vistoria nas casas despejos e informações sobre higiene e a forma de contágio das doenças. As técnicas foram também coercitivas, através de uma abordagem biológica, mecanicista, e que eram ditadas muitas vezes de forma preconceituosa pela sociedade (PEDROSA, 2006).

A intervenção do Estado na saúde do Brasil ocorreu somente a partir do Século XX, mais efetivamente na década de 1930. A assistência social no Brasil foi originariamente destinada aos pobres incapazes de trabalhar, idosos doentes,

deficientes e crianças. Na Luta contra a pobreza, de um modo geral, o sistema assistencial brasileiro buscou direitos universais que se estendessem a todos os cidadãos e que atendesse minimamente àqueles em situação de necessidade.

Até a década de 1960 as políticas de saúde brasileiras concentraram-se na concepção de mínimas condições sanitárias para as populações urbanas e do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá superar o de saúde pública a partir de 1966, em plena ditadura militar, período no qual não ocorreram grandes avanços nas políticas de saúde até a década de 1980.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que traz no seu Art. 2º “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”, surgem as principais políticas públicas voltadas para a área de saúde no Brasil.

Nos artigos de 196 a 200 (BRASIL, 1988) são introduzidas grandes inovações, como a universalidade do acesso, a integralidade e a equidade da atenção, a descentralização na gestão e na execução das ações de saúde, como também a participação da sociedade na discussão, na formulação e no controle da política pública de saúde, o que contribui para a criação do SUS – Sistema Único de Saúde.

A configuração organizativa e o modelo de atenção à saúde não podem ser escolhas da autoridade pública de saúde, pois são definidas constitucionalmente no artigo 198 em três pilares que amparam o modelo de atenção à saúde: a rede (integração dos serviços interfederativos), a regionalização (região de saúde), e a hierarquização (níveis de complexidade dos serviços).

A implantação do SUS foi realizada gradualmente, criando primeiro o SUDS com a universalização do atendimento e em seguida a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde com o Decreto nº 99.060 de 07/03/1990 e a Lei nº 8.080/90 que operacionalizou o SUS, denominada de Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990).

A lei nº 8.142/90 imprimiu ao SUS o controle social, ou seja, a participação da população na gestão do serviço, mas foi somente em 2008 que foi publicada a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde – PNCTIS, como meio de implantar e integralizar as novas tecnologias na Política Nacional de Saúde, formulada no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, baseada nos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Educação e Saúde em Portugal

Com a necessidade de combater a peste bubônica que atingia duramente a cidade do Porto no ano de 1899, iniciou-se a primeira organização dos serviços de saúde pública em Portugal, através do Decreto de 28 de dezembro que criou o Instituto Central de Higiene, o qual a partir de 1929 foi denominado de Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

No ano de 1901 foi apresentado o Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, de 24 de dezembro, onde o Estado assistia apenas às camadas mais pobres da população. Estabeleceu-se a organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde, em 1946, através da Lei nº 2011, principiando o programa de construção de hospitais às casas de Misericórdias.

Com o Decreto-Lei nº 41825 em 1958 nasceu o Ministério da Saúde e da Assistência em Portugal. Este modelo deu origem à criação futura das políticas públicas de saúde para o surgimento dos hospitais gerais.

No ano de 1963 foi promulgada a Lei nº 2120, sobre as bases da política de saúde e assistência, que atribuiu ao Estado, dentre outras competências, a organização e manutenção dos serviços que, pelo superior interesse nacional de que se revistam ou pela sua complexidade, não possam ser entregues à iniciativa privada.

No ano de 1968, o Decreto-Lei nº 48357, regulou algumas carreiras da saúde, como os médicos e enfermeiros, criando, respectivamente através da Lei nº 48358, o Estatuto Hospitalar e o Regulamento Geral dos Hospitais. Pelo Decreto nº 413 em 27 de setembro de 1971, se concretizou pela primeira vez em Portugal, a reforma da saúde portuguesa, resguardando o direito à saúde para todos os cidadãos.

Em 1976, foi aprovada a Constituição, onde dispõe no artigo 64º que “todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”, sendo esta a primeira constituição que propõe mudanças e avanços nas políticas públicas de saúde em Portugal.

A política de saúde em Portugal passou a ter um Serviço Nacional de Saúde – SNS (PORTUGAL, 1979), consagrado pela regulamentação jurídica de 1979, através do Decreto Lei nº 56/1979 de 26 de setembro, que era dependente da Secretaria do Estado da Saúde do então Ministério dos Assuntos Sociais. Este

Ministério foi criado em 1974, já considerando os princípios que levariam à promoção da saúde pelo SNS, os quais foram definidos no Art. 3º da Lei nº 48 de 24 de agosto de 1990, denominada Lei de Bases da Saúde.

A Lei nº 27/2002 introduziu grandes alterações nas políticas de saúde contemplando a possibilidade da criação de “taxas moderadoras”, que vem dificultando o acesso à saúde a uma grande parcela da população portuguesa, principalmente a de menor poder econômico, impedindo a universalidade no acesso à saúde.

Apesar dos esforços Constitucionais e Jurídicos, a Educação em Saúde na educação básica também não teve muitos avanços em Portugal, limitados a campanhas e vacinações obrigatórias em função da idade.

Resultados comparativos

O acesso à educação e à saúde são compreendidos como instrumentos de qualidade de vida e de desenvolvimento humano, neste sentido o Índice de Desenvolvimento Humano e o Coeficiente Gini representam a capacidade de acesso à educação e conseqüentemente à saúde, por serem reflexos do desenvolvimento econômico de uma nação.

IDH e Coeficiente Gini do Brasil e de Portugal

O cálculo do IDH considera a renda vinda do PIB per capita (em dólares ajustados ao poder de compra local ou do país), a saúde e a educação, onde o conjunto destes três valores apresenta o mesmo peso e compreendem a expectativa de vida ao nascer o Índice de educação (EI), o qual engloba no seu escopo dois outros índices, como o Índice de Anos Esperados de Escolaridade (IAEE) e o Índice de renda (IR). O valor do IDH final é a média geométrica dos três índices anteriores normalizados.

Apresentamos na Figura (1) os valores comparativos do IDH de Portugal e Brasil de 1980 a 2014. O Brasil apresentou o índice 0,755 em 2014, resultando num crescimento em torno de 37,5 %, se compararmos com o índice 0,549 de 1980.

Portugal também aumentou em aproximadamente 29% o seu IDH no mesmo período, de 0,643 em 1980 para 0,830 em 2014, colocando-o num patamar próximo dos países mais desenvolvidos.

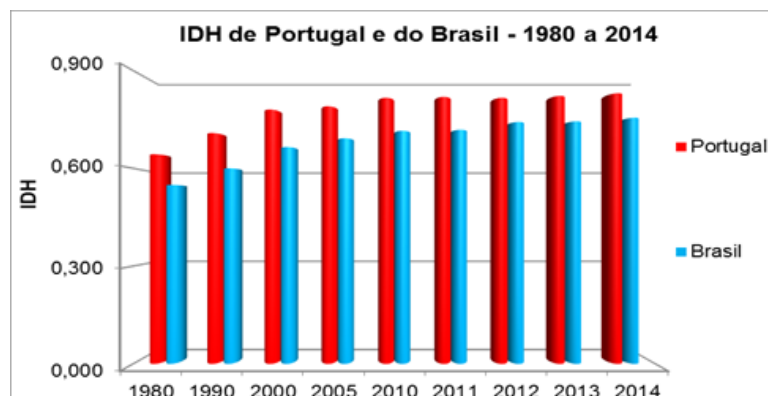


Figura 1 – Evolução do IDH do Brasil e de Portugal de 1980 a 2014.

O coeficiente Gini é utilizado também para se aferir a saúde, pois se trata de um índice de caráter econômico e que afeta diretamente a capacidade de acesso à saúde pela população. Este coeficiente é um instrumento bastante utilizado internacionalmente para se medir o grau de concentração de renda dos países. Numericamente este índice varia de zero a um. O valor “zero” representa a situação de igualdade, ou seja, todos têm hipoteticamente a mesma renda, no entanto, o valor “um” está no extremo oposto, isto é, a riqueza do país está concentrada na mão de poucas pessoas. Verifica-se maior concentração de renda no Brasil.

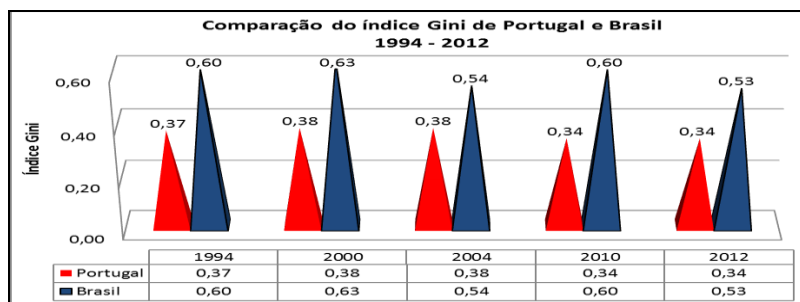


Figura 2 – Variação do Coeficiente GINI do Brasil e de Portugal de 1994 a 2012.

Hospitais, Leitos e Consultas Médicas em Portugal e no Brasil

Uma nova cultura de educação social está surgindo e que vem sendo disseminada como qualidade de vida, na qual “se consultar” não é mais sinônimo de doença, e sim uma forma de se evitar a mesma.

Com base nos dados do PORDATA (2015) e do IBGE, CNS e FBH (2015) verificamos o quantitativo de hospitais existentes em Portugal e Brasil, assim como dos estabelecimentos de saúde, cujos resultados são apresentados a seguir nas Figuras (3 e 4).

Do ponto de vista de atendimento à saúde hospitalar, Portugal tem 229 hospitais e o Brasil 6829, no entanto, as comparações devem se dar levando em foco o número de habitantes de ambos os países. No caso, ao compararmos o número de hospitais em relação à população, verificou-se que Portugal tem 1 hospital para cada 46 mil habitantes, enquanto que o Brasil apresenta 1 hospital para cada 30 mil habitantes. Neste caso, o Brasil apresenta condições, pelo menos estatisticamente, mais favoráveis do que Portugal, de facilitar o acesso de sua população à rede hospitalar.

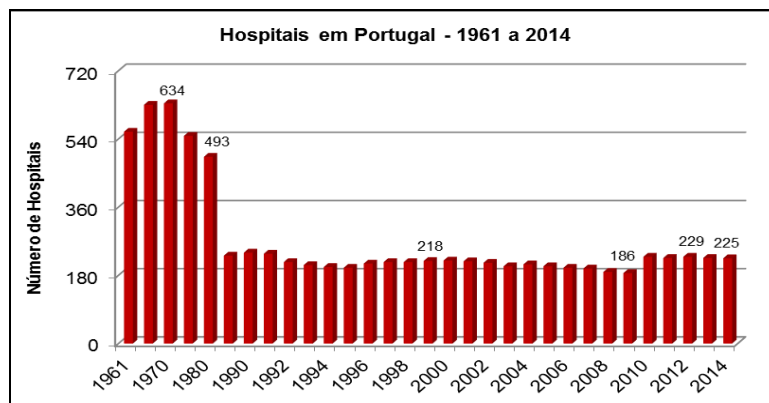


Figura 3 – Número de Hospitais em Portugal de 1961 a 2012.

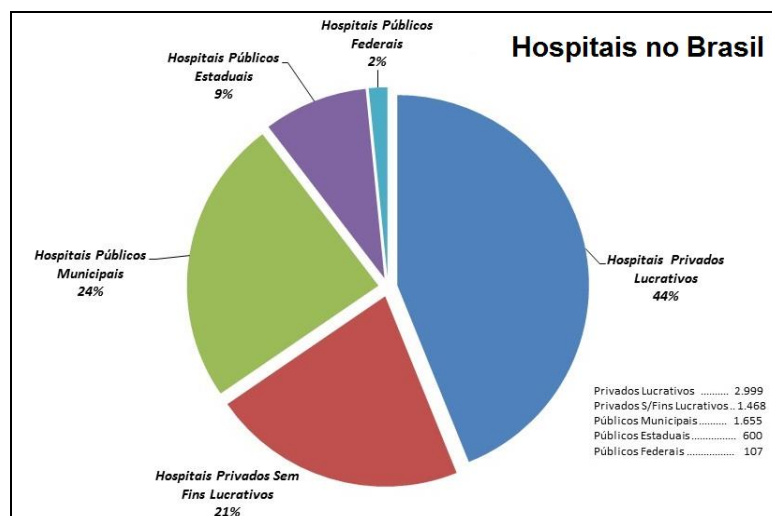


Figura 4 – Hospitais no Brasil em 2014 com adaptações (FBH, 2015).

O número de leitos foi levantado em Portugal através do PORDATA (2015 e 2016) e no Brasil no DATASUS (2015 e 2016), cujos resultados obtidos e sua respectiva comparação são apresentados na Figura (5). Com a diminuição da população e o envelhecimento decorrente da mudança do perfil demográfico de Portugal, associado às novas formas de gestão de saúde do SNS, fica claro que está ocorrendo uma diminuição de leitos hospitalares a partir da década de 1990. O número de leitos diminuiu em torno de 20 % em ambos os países, e o fator principal desta diminuição deve-se à cultura de se ter mantido por muito tempo o hospital como porta de entrada de acesso à saúde, comum nos antigos sistemas de saúde em Portugal e no Brasil.

Segundo o relatório "Cuidados Inovadores para Condições Crônicas" da Organização Mundial de Saúde, até 2020, as condições crônicas serão a primeira causa de incapacidade no mundo, tornando o acesso à saúde mais dispendioso. Este tipo de atendimento é uma atividade ainda muito nova no Brasil e que se encontra em fase de crescimento inicial. Desta forma, para quantificar a evolução das consultas médicas, foram obtidos dados das consultas realizadas em hospitais e centros de saúde em Portugal do PORDATA e INE (2015), e no Brasil no Ministério da Saúde, Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e IBGE (2015) que são apresentados nas Figuras (6) cada mil habitantes/ano.

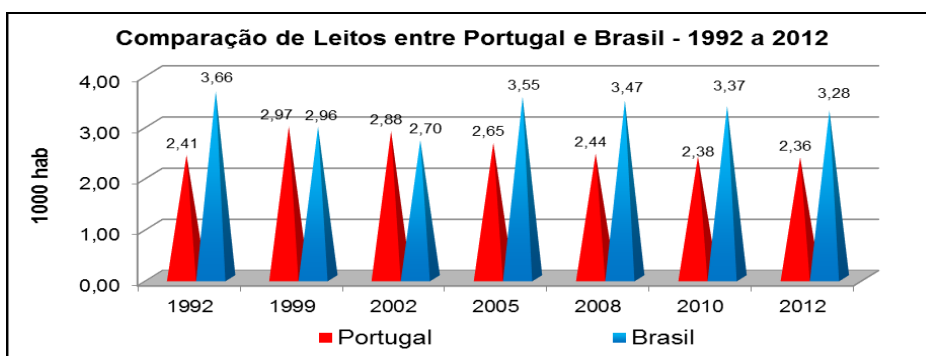


Figura 5 – Leitos hospitalares em Portugal e Brasil por 1000 habitantes de 1992 a 2012.

Com base nos resultados o número de consultas médicas cresceu a partir da década de 1990, tanto em Portugal, quanto no Brasil. Em Portugal no ano de 1995 o valor era de 3200 e foi para 3700 em 2012, aumentando em torno de 20%. No Brasil estes valores foram de 2200 para 2800 por 1000habitantes/ano, aumentando 30%.

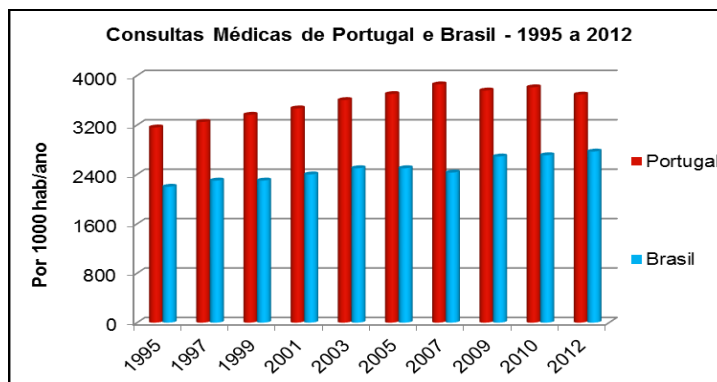


Figura 6 – Consultas médicas no Brasil e em Portugal de 1995 a 2012.

Chama bastante atenção, a diminuição ocorrida em Portugal a partir do ano de 2008, quando o valor alcançou 4,1 consultas por habitante/ano. Este alto valor da época é histórico e foi o maior de todos, e poderá estar correlacionado com a forte crise econômica daqueles tempos.

O Brasil, assim como Portugal estão com sua população envelhecendo rapidamente, e em termos de saúde, são os idosos e os mais jovens que usualmente constituem a maior parcela de internações.

Com base no INE (2015) e PORDATA (2015) apresentamos na Figura (8) a evolução do número de internações ocorridas em Portugal de 1994 a 2012 e as internações no SUS do Brasil de 1995 a 2012.

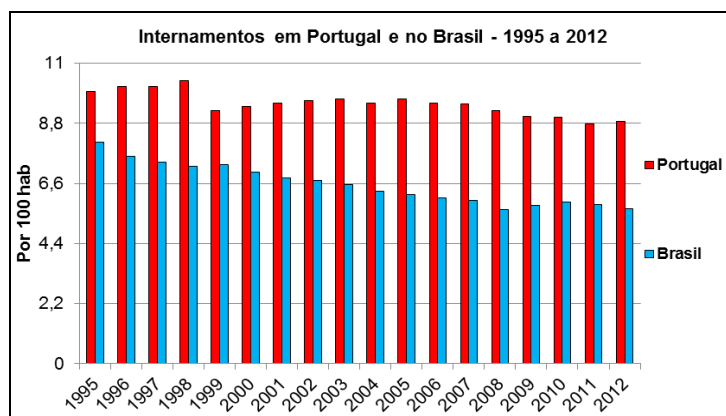


Figura 7 – Internações no Brasil e em Portugal de 1995 a 2012.

Número de Médicos e Gastos em Saúde

Segundo o Registro do Conselho Federal de Medicina (2015), no Brasil, o número de médicos em atividade alcançou a quantidade de 403.233 no dia 30 de janeiro de 2015, sendo que em 1970 tinha apenas 58.994, conforme se apresenta

na Figura (8). O número de médicos em Portugal de 1991 a 2015 é apresentado na Figura (9) com um valor total de 45.289 médicos em 2015 e 28.326 existentes em 1991. Com os resultados apresentados tivemos que fazer sua comparação com o número de habitantes de ambos os países.

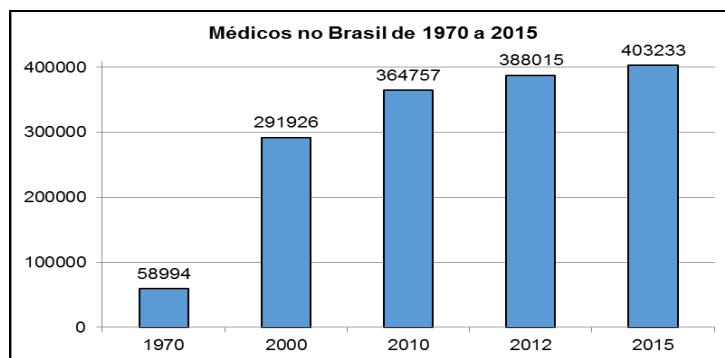


Figura 8 – Número de médicos no Brasil e 1970 a 2015.

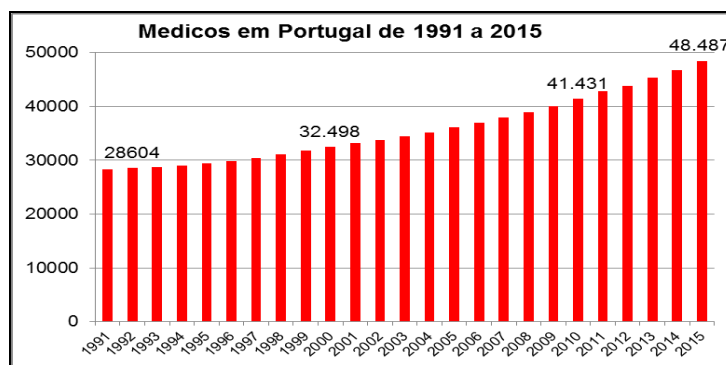


Figura 9 – Número de médicos em Portugal de 1991 a 2015.

O Brasil apresenta hoje a proporção de 1 médico para cada 507 habitantes (aproximadamente 1,97 médicos para cada mil habitantes), mesmo observando-se um crescimento exponencial da categoria que já perdura mais de quatro décadas, no entanto, a quantidade de médicos mostra-se insuficiente para atender à atual demanda social da saúde.

Em contrapartida Portugal apresenta a razão de 1 médico para cada 214 habitantes, ou seja, aproximadamente 4,68 para cada mil habitantes. Deste modo, Portugal possui maior capacidade de atendimento médico para atender proporcionalmente a sua população em termos demográficos e geográficos, quando comparado com o Brasil.

As garantias constitucionais e as conquistas obtidas pelos movimentos sociais ocorridos nas últimas décadas fizeram com que disparassem os gastos da saúde

para todos os governos, e no caso temos situação muito parecida em Portugal e no Brasil.

As informatizações nas tecnologias de saúde constituem-se na atualidade, como fator primordial de equilíbrio de todo sistema de saúde, sendo estas um grande desafio a ser estudado, compreendido e efetivado para melhoria do sistema.

Segundo o IBGE (2016) a expectativa de vida do povo brasileiro aumentou para 72 anos em 2015 e tem a previsão de alcançar 82 anos em 2030. De forma similar, em Portugal, de acordo com os dados do PORDATA (2015), também houve aumento da esperança de vida da população, cuja previsão da expectativa de vida é que até o ano de 2020 em Portugal vai alcançar uma média de 84 anos para as mulheres e 78 para os homens.

Para uma maior análise dos gastos da saúde em ambos os países utilizamos os dados do PORDATA e do INE (2015) em Portugal e no Brasil do IBGE (2015), cujos resultados são apresentados na Figura (10).

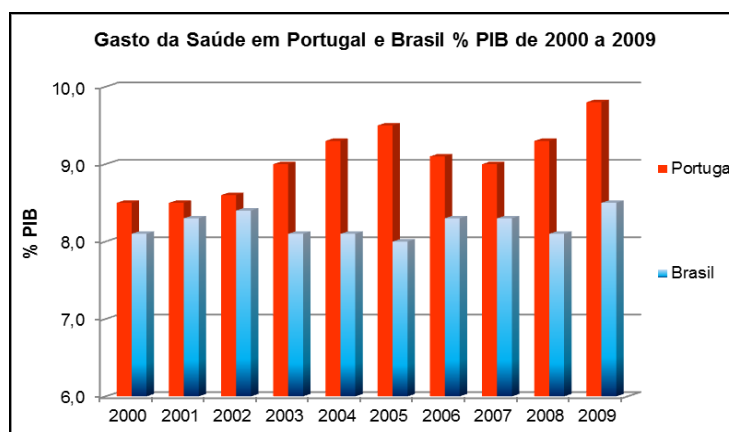


Figura 10 – Gastos da saúde em Portugal em % PIB de 2000 a 2009.

Analisando o conjunto de dados, com base na Figura (10) o crescimento acelerado dos gastos da saúde observado em ambos os países, tem como fatores de impacto direto, o envelhecimento das populações que exige maior oferta de médicos e os custos dos serviços de saúde.

Escolas de Educação Básica

Segundo o INEP (2016), o Brasil vem diminuindo o número de escolas iniciais do Ensino Fundamental desde 2008 caindo de 140.000 para 116.345 havendo apenas crescimento no número de creches, conforme figura (11).

De acordo com o POORDATA (2017) Portugal também diminui o número de escolas do 1º Ciclo de 17.250 para 3796 em 2015, conforme figura (12). O 1.º ciclo do ensino básico é o primeiro nível de ensino obrigatório, que tem a duração de quatro anos letivos e que os alunos geralmente frequentam dos 6 aos 9 anos de idade.

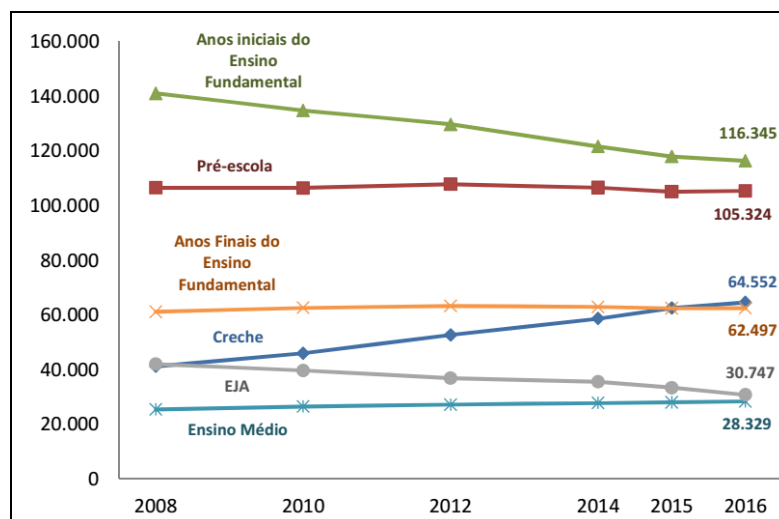


Figura 11 – Comparação do número de escolas de educação básica no Brasil de 2008 a 2016. (INEP, 2016).

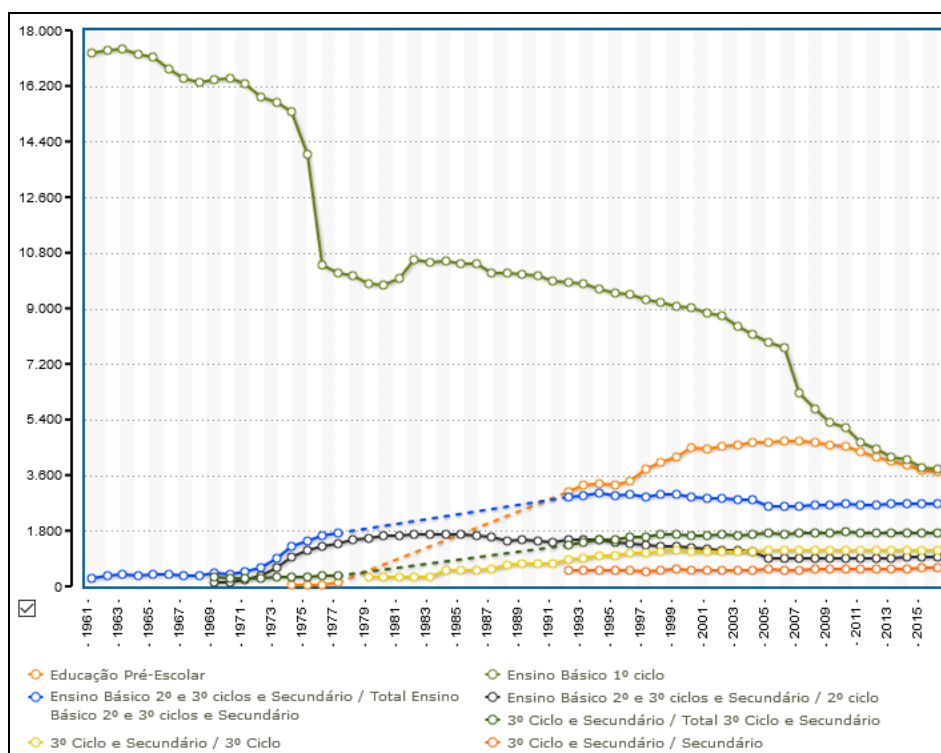


Figura 12 – Comparação do número de estabelecimentos de ensino em Portugal de 1961 a 2015. (POORDATA, 2017).

Conclusões

Apesar das Leis e da Constituição terem avançado, tanto no Brasil quanto em Portugal, a Educação em Saúde no Ensino Básico básica não teve muitos avanços, limitados a campanhas governamentais e vacinações obrigatórias em função da idade ou epidemias. Não existe uma política escolar educacional de saúde.

Deste modo, a educação em saúde tem sido imposta à sociedade pelos dois governos através de campanhas temporárias ou vacinações emergenciais, e por estas razões não se utilizou a educação escolar como elemento participativo de acesso à saúde. Constata-se em ambos os países a ausência de uma educação dialógica voltada para os problemas de saúde a partir do ensino básico.

Do ponto de vista da gestão pública, a análise estatística dos resultados obtidos, aponta que os sistemas de saúde do Brasil e de Portugal ainda estão discretos e comprometem sua gestão em curto prazo, necessitando de análises mais profundas em ambos os países, no entanto a situação está mais problemática em Portugal devido ao intenso envelhecimento da população e, sobretudo ao aumento dos gastos de saúde pública superiores a 9% do PIB que estão ocorrendo desde 2004. Este problema vai ocorrer no Brasil por volta da década de 2050.

Em Portugal o IDH aumentou aproximadamente 29%, cujo índice foi de 0,643 em 1980 para 0,830 em 2014, colocando-o num patamar próximo dos países mais desenvolvidos. Em contrapartida, o Brasil apresentou índice 0,755 no ano de 2014, resultando num crescimento em torno de 37,5%, se compararmos com o índice 0,549 do ano de 1980.

Portugal, mesmo perpassando por crises econômicas, com base nos valores do índice Gini apresentados melhorou sua distribuição de renda em 8%, no período compreendido de 1994 a 2012 (cujo valor foi de 0,37 para 0,34). Com relação aos dados do Brasil, os resultados do Índice Gini apresentam uma má distribuição de renda, do tipo altamente concentrada e com valores muito instáveis. Com base nos resultados obtidos, o Brasil possui em péssima distribuição de renda, o que afeta diretamente o acesso de uma grande parcela da população aos serviços de educação e saúde, mesmo com a universalidade do SUS.

Constatamos que o Brasil ainda tem uma maior quantidade de leitos, com valor médio em 2012 em torno de 3,28 por mil habitantes, enquanto Portugal tem

2,36. No entanto, os problemas geográficos e as grandes distâncias no Brasil, deixam o país em piores condições de atendimento acesso à saúde.

O número de consultas médicas por 1000 habitantes/ano cresceu em Portugal e no Brasil a partir da década de 1990. Em Portugal no ano de 1995 o valor era de 3200 e foi para 3700 aumentando em torno de 20%. No Brasil estes valores foram de 2200 para 2800, aumentando cerca de 30%.

Os valores de internações referenciados para 100 habitantes no ano de 2012 alcançaram os valores de 8,9 para Portugal e 5,7 para o Brasil. Desta forma, Portugal internou a mais, por ano, cerca de 2 habitantes em cada 100. Quando comparadas as internações com o Brasil constata-se que estas vêm diminuindo desde 1995 atingindo o menor valor em 2008 com 5,6 internações por 100 habitantes.

Portugal possui 1 médico para cada 214 habitantes, equivalentes a 4,68 médicos para cada 1000 habitantes. No Brasil temos 1,97 médicos para em cada 1000 habitantes, ou seja, 1 médico para cada 507 habitantes.

Atualmente vivemos numa sociedade com maior expectativa de vida e mais acesso à informatização. Assim, as lutas por acesso à saúde permanecerão como prioridade social, sendo estas os elementos vitais na sustentação da democracia e na universalização do acesso à saúde no Brasil e em Portugal, no entanto, para avançar os governos precisam de investimentos em novas vertentes educacionais a partir do ensino básico.

Abstract: Health education has been imposed on society by governments through campaigns or emergency vaccinations and for these reasons no school education has been invested as a popular participatory element. Thus, the absence of dialogue has historically hampered access to health by the majority of the population, both in Brazil and in Portugal. In both countries there is a lack of a dialogical school education focused on health problems from basic education. Dialogic Education is based on dialogue and the exchange of knowledges, where problematized education provides the development of critical and transforming capacity, allowing the argumentation and the ability to search for solutions. Recent technological advances have led to longer life expectancy and more computerization. However, the struggles for access to health will remain a social priority, these being the vital elements in sustaining democracy and universal access to health in Brazil and Portugal. Thus, to move forward, governments need investments in new educational strands on health from basic education.

Keywords: Dialogic Education, Basic Education, Health Care Access, Social Rights.

Referências

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento. São Paulo; Hucitec; Uva; 2001, 279 p.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>, Acesso em 02 março de 2016.

Brasil. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm, Acesso em 02 de março de 2016.

BRASIL. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei número 9394, 20 de dezembro de 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm, acesso em 07 fev 2018.

BOURGUIGNON. J. A. A centralidade ocupada pelos sujeitos que participam das pesquisas do Serviço Social. Revista Textos & Contextos Porto Alegre v. 7 n. 2 p. 302-312, 2008.

BULOS, U. L. Curso de Direito Constitucional. São Paulo: Saraiva, 6ª edição, 2011.

CANGUILHEM, Georges. Nouvelles réflexions sur le normal et le pathologique. Paris: PUF. 1966.

CANGUILHEM, Georges. La Santé: Concept Vulgaire et Question Philosophique. Toulouse, Sables. 1990.

DATASUS – Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Disponível em <http://datasus.saude.gov.br/> Acesso em 24 de novembro de 2016.

FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. Planejamento e Políticas Públicas, Brasília, nº 21, 2000. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/viewFile/89/158>. Acesso em: 02 de janeiro de 2015.

GOMES, P. S.; NUNES, J. A.; OLIVEIRA, M. H. B.. As lutas sociais no acesso à saúde em Portugal e no Brasil. CESCOCONTEXTOS, v. 16, p. 92-103, 2017.

HURTADO, C. N. Educar para transformar, transformar para educar. Petrópolis: Vozes, 1993.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home>. Acesso em 24 de novembro de 2016.

INE - Instituto Nacional de Estatísticas. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE Acesso em 24 de novembro de 2016.

KAWAMOTO, E. E.; SANTOS, N. C. H. dos.; MATOS, T. M. de. Enfermagem comunitária. São Paulo: EPU, 1995. 200p.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação de Políticas Públicas: Perspectivas Analíticas. Revista de Sociologia e Política vol. 21, nº 4, 2013.

MACIEL, Marjorie Ester Dias. A educação em saúde na concepção do agentes comunitários de saúde de Fátima do Sul-MS [monografia]. Campo Grande (MS): Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; 2008.

MULLER, P.; SUREL, Y. A. Análise das políticas públicas. Pelotas: Educat, 2002.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lucia. Estado, classe e movimento social. São Paulo: Cortez, 2010.

PEDROSA, JIS. Promoção da saúde e educação em saúde. In: Castro A, Malo M, organizadores. SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo:Hucitec; 2006, p.59-64.

PORDATA. Base de Dados Portugal Contemporâneo – PORDATA. Disponível em <http://www.pordata.pt/> Acesso em 24 de novembro de 2015.

PORTUGAL. Constituição da República Portuguesa de 1976. Disponível em <http://www.parlamento.pt/Parlamento/Documents/CRP1976.pdf>, acessado em 20 de janeiro de 2015.

PORTUGAL. Lei n.º 56 de 15 de Setembro DE 1979. Cria, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais o Serviço Nacional de Saúde (SNS), 1979.

PORTUGAL. Lei nº 48 de 24 de agosto de 1990, denominada Lei de Bases da Saúde. 1990.

PORTUGAL. Lei nº 27 de 8 de novembro de 2002. Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à lei nº 48/90 de 24 de Agosto. Altera as políticas de saúde contemplando a possibilidade da criação de “taxas moderadoras”, 2002.

PORTUGAL. Decreto Lei 17/2016. Estabelece os princípios orientadores da avaliação das aprendizagens nos ensinos básico e secundário de Portugal. Disponível em:

https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/JNE/decreto_lei_no_17_2016.pdf. Acesso em 07 fev 2018.

TOPHAM, Jonathan R. Introduction. Isis, Chicago, v.100, n.2, p.310-318. 2009.

Processo de Avaliação por Pares: (*Blind Review* - Análise do Texto Anônimo)

Publicado na Revista Vozes dos Vales - www.ufvjm.edu.br/vozes em: 05/2018

Revista Científica Vozes dos Vales - UFVJM - Minas Gerais - Brasil

www.ufvjm.edu.br/vozes

www.facebook.com/revistavozesdosvales

UFVJM: 120.2.095-2011 - QUALIS/CAPES - LATINDEX: 22524 - ISSN: 2238-6424

Periódico Científico Eletrônico divulgado nos programas brasileiros *Stricto Sensu*
(Mestrados e Doutorados) e em universidades de 38 países,
em diversas áreas do conhecimento.