
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Campus Universitário de Bauru

Faculdade de Ciências

ESTUDO SOBRE A TRAJETÓRIA DE COORTE MASCULINA

AO NASCER E SEU GRAU DE ESCOLARIDADE

AOS 18 ANOS

Iara Maria Mora

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da UNESP – Campus de Bauru/SP, como um dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Educação para a Ciência – Área de Concentração: Ensino de Ciências.

Orientador: Prof. Dr. José Misael Ferreira do Vale

Bauru – SP

2002

Ficha catalográfica elaborada por
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO
UNESP - Bauru

Mora, Iara Maria

Estudo sobre a trajetória de coorte masculina ao
nascer e seu grau de escolaridade aos 18 anos /
Iara Maria Mora - - Bauru : [s.n.], 2002.
130 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual
Paulista. Faculdade de Ciências.

Orientador: Prof. Dr. José Misael Ferreira do Vale

1. Saúde. 2. Educação. 3. Espaço social. 4.
Coorte. 5. Distribuição geo-econômica. I – Título. II –
Universidade Estadual Paulista. Faculdade de
Ciências.

05-06-2002

IARA MARIA MORA

**ESTUDO SOBRE A TRAJETÓRIA DE COORTE MASCULINA
AO NASCER E SEU GRAU DE ESCOLARIDADE
AOS 18 ANOS**

Banca Julgadora

Orientador: Prof. Dr. José Misael Ferreira do Vale

(FC – UNESP/Bauru)

2º. Examinador: Profa. Dra. Marisa Ramos Barbieri

(FFCLRP – USP)

3ª. Examinador: Profa. Dra. Ana Maria de Andrade Caldeira

(FC – UNESP/Bauru)

Agradecimentos

As conquistas nunca são individuais, são frutos de esforços coletivos.

Em primeiro lugar é necessário agradecer a **DEUS** por ter me permitido chegar até aqui;

Aos meus pais, **Dejanir e Rita**, pessoas maravilhosas que foram essenciais no apoio dado em todas as situações, inclusive nas idas e vindas de Bauru;

Aos meus irmãos, **Ieda, Iamara e Juliano**, pessoas que amo por sempre entenderem e apoiarem as minhas ausências;

Aos **conscritos**, que mesmo sem conhecê-los pessoalmente, foram o objeto de estudo dessa dissertação;

Ao Departamento de Puericultura e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, em especial aos Professores **Marco Antonio Barbieri** e **Heloísa Betiol**, por terem confiado a mim os dados e terem acreditado que eu poderia contribuir nas suas análises. Além disso, foram pessoas que discutiram e me incentivaram o tempo todo;

À Professora **Marisa Ramos Barbieri** pela amizade, o carinho, a confiança e a discussão e sugestões ao longo de todo o trabalho, incluindo o apoio nas diversas crises ao longo do caminho;

Ao **Vinicius Moreno Godoi**, meu grande amigo, pela arte gráfica e o apoio constante;

À **Gabriela Zauith** pela amizade e carinho e sugestões;

Ao **Eduardo Berardi** e **Tiago Nóbile Ambrósio** (Casa da Ciência) pelo auxílio nas digitações e localizações no mapa;

Aos **amigos ingressantes em 1999**, pela convivência e amizade;

À **Carla** e **Ana** da pós-graduação pela amizade e auxílio nas questões burocráticas;

Ao Professor **José Misael Ferreira do Vale** por ter me aceito como sua orientanda e ter acreditado que eu seria capaz, apesar das dificuldades;

Ao **Professor Roberto Nardi** pela amizade e competência;

Ao **Marcos Daniel Longhini** pelo carinho, pela ajuda nas leituras e pela paciência de ter entendido as dificuldades;

Aos inúmeros **alunos das escolas públicas** que lecionei e leciono por terem sempre compartilhado comigo as pedras do caminho.
Sem vocês, nada disso teria sido possível.....**muito obrigada!!!**

“As pessoas entram na nossa vida por acaso, mas não é por acaso que elas permanecem”.

SUMÁRIO

Introdução	01
Considerações iniciais: um pouco de história pessoal e direcionamentos metodológicos	01
Espaço: que realidade é essa?	04
Capítulo I – Mundialização e direitos à Educação e à Saúde	11
Políticas Públicas e Sociedade	25
A mulher como mediadora das ações de Educação e Saúde	38
Capítulo II – Análise da realidade: a Educação e a Saúde como alvos num espaço dividido	43
Aspectos Socioeconômicos, Educacionais e de Saúde encontrados na análise da coorte	59
Considerações sobre o projeto perinatal realizado de 1º. de junho de 1978 à 31 de maio de 1979	62
Considerações sobre o projeto conscritos realizado em 1996/1997	66
Capítulo III – Análise dos resultados decorrentes da investigação	74
O sistema público estadual de Ribeirão Preto: caracterização da rede escolar	74
O sistema público estadual de Ribeirão Preto: caracterização dos postos de saúde	77
Capítulo IV – Considerações finais	91
Capítulo V – Conclusão	96
Referências bibliográficas	99
Resumos	
Abstract	
Anexos	

INTRODUÇÃO

Considerações Iniciais: um pouco de história pessoal e direcionamentos metodológicos

O fato de ser bióloga e professora de Ciências aproxima-me muito das questões de educação e saúde. Saúde porque os aspectos biológicos são geralmente abordados via doença o que deixa o conceito de saúde deturpado para grande parte das pessoas que acaba por corroborá-lo como sendo simplesmente a ausência de doença. Já, enquanto professora de ciências, as questões educacionais ficam pulsando, exigindo abordagem contextualizada do significado dessas questões, isto é, a quais ideologias elas provavelmente estão vinculadas.

Realmente, tocar e até procurar elucidar aspectos que relacionam os temas de educação e saúde é expor-se às críticas e polêmicas inevitáveis. Entretanto, torna-se indispensável tecer algumas dessas relações, uma vez que a criança/adolescente que vai ao posto de saúde por problemas relacionados a doenças é a mesma que frequenta as salas de aula e que vai interrogar o professor para tentar entender o que foi que o médico quis dizer com isso ou aquilo. Essa “checagem” feita pela criança nem sempre é consciente, mas quando o professor aborda algum tema que ela já ouviu falar nos postos de saúde, a aprendizagem passa a fazer sentido e, portanto, efetiva-se.

Apesar dessa estreita relação, que nem sempre é realizada, é preciso ainda adicionar ou levar em conta outro fator que é a questão do espaço. Espaço esse eminentemente social e não mera delimitação geográfica.

É preciso considerar o espaço social como determinante das condições de educação e saúde. Um exemplo disso são as campanhas de controle de epidemias e endemias realizadas principalmente no contexto da escola, como é o caso da dengue. Nessa campanha, os alunos trabalham como verdadeiros agentes de saúde, recolhendo materiais, orientando a população para controlar e diminuir os focos de proliferação do mosquito, mas, muitas vezes, não entendem que a dengue é doença virótica, perdendo de vista, inclusive, o conceito de vírus. Fica a impressão que a dengue discutida nas salas de aula é diferente daquela que acomete as pessoas nos postos de saúde.

GOHN (1999) evidencia que as campanhas públicas organizadas pelos poderes públicos vieram sempre a reboque dos fatos e, usualmente, elas foram pouco didáticas e instrutivas. Ressalta a autora *“a educação sanitária e de saúde pública foi demandada inúmeras vezes em face das crises e epidemias ou surtos de doenças como a do mosquito Aedes aegypti e o cólera”* (GOHN, 1999:64).

Venho, desde 1995, trabalhando com Ensino de Ciências junto à equipe do Laboratório de Ensino de Ciências (LEC) na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP, desativado em 2001, e cujo acervo foi transferido para a Casa da Ciência em Ribeirão Preto. O LEC mantinha relação estreita com pediatras, enfermeiros e psicólogos através do Núcleo de Estudo da Criança e do Adolescente (NECA). O grupo de pediatras desenvolve trabalho que procura relacionar as questões de saúde ao nascer e ao longo da vida das crianças e adolescentes, por intermédio de coortes. Apesar de ser banco de dados numeroso, com informações sobre a

escolaridade dos pais das crianças, dentre outras informações, as questões educacionais sempre despertaram o interesse dos pediatras que recorriam ao LEC para discutirem essas questões. Ao ser apresentada a esses dados, fui convidada a estudar algumas questões educacionais e procurar relacioná-las ao contexto da saúde, sem desconsiderar a importância do espaço que já havia sido trabalhado por GOLDANI (1997) em sua tese de doutorado. Fiquei bastante envaidecida com o convite, mas ao mesmo tempo preocupada, pois não tinha a mínima idéia de como trabalharia com os dados.

Foram realizadas inúmeras reuniões tanto com o grupo da pediatria quanto com a equipe do então LEC. Algumas hipóteses foram levantadas, entre elas: a) a escolaridade da mãe influenciaria na escolaridade dos filhos; b) a presença de escola no bairro facilitaria o acesso a ela; c) as condições sócio-econômicas evidenciadas através da maternidade onde as crianças nasceram forneceriam indícios de quais seriam as possibilidades das crianças, ou seja, o quanto elas teriam que investir para terem acesso à educação e saúde.

Após sucessivas discussões, decidi procurar quais as unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto, em quais bairros estavam localizadas e o ano de sua inauguração. Em seguida, fiz levantamento das escolas públicas estaduais, municipais e particulares existentes na cidade. Considerando as escolas estaduais, fiz levantamento dos bairros em que estavam localizadas e sua data de inauguração a fim de discutir a oferta dos aparelhos de saúde e educação nas diversas políticas públicas ao longo dos anos. Isso foi feito com o intuito de verificar se a distribuição geográfica seria

fator limitante ao acesso à escola. De posse desses dados, optei por utilizar algumas das variáveis disponíveis no banco de dados: 1) maternidade do nascimento; 2) escolaridade materna; 3) bairro de residência do conscrito aos 18 anos e 4) sua escolaridade. Foram feitos alguns cruzamentos desses dados com o auxílio da Profa. Dra. Heloísa Bettiol.

Foi nesse contexto que a discussão sobre espaço social ficou latente e a opção por MILTON SANTOS pareceu-me pertinente.

Espaço: que realidade é essa?

SANTOS (1996:18) conceitua espaço como “*conjunto indissociável de sistemas de objetos e sistemas e ações*”; “*um conjunto de ‘fixos’ e ‘fluxos’ que interagem*” (SANTOS, 1996:50). O espaço resulta da relação entre a materialidade das coisas e a vida que as animam e transformam. Daí ser o espaço algo eminentemente social.

O espaço deve ser considerado como conjunto indissociável de objetos naturais e objetos sociais. É a vida social que o preenche e anima, “a configuração territorial”. O espaço é conjunto de formas contendo cada qual frações da sociedade em movimento. O espaço físico é suporte para as determinações sociais.

O espaço não é nem uma coisa, nem um sistema de coisas, senão uma realidade relacional: coisas e relações sociais. Ele é resultado da interação de “fixos” e de “fluxos”.

Os “fixos” são a base física do espaço no qual ocorre o processo imediato do trabalho. O estudo dos “fixos” permite a abordagem mais cômoda, através dos objetos localizados: agências de correio, sucursais

bancárias, escolas, hospitais, fábricas que só existem como tais, porque envolve pessoas e trabalho. Um fixo é um objeto técnico mas também um objeto social, graças aos fluxos.

O conceito de rede torna-se indissociável ao de espaço. Definidas como conjunto de centros funcionalmente articulados, as redes integram os espaços configurando-se basicamente em dois aspectos: o material e o social. Atualmente essas redes têm caráter informacional importantíssimo, uma vez que são redes telemáticas.

O espaço econômico é conjunto de pontos e de fluxos entre eles, enquanto o espaço físico é o espaço banal. Mas ambos são indistinguíveis, pois os fixos provocam fluxos em função de seus dados técnicos, que são geralmente locacionais, mas, também, em função dos dados políticos. Os fixos, como instrumentos de trabalho, criam massas. Mas não basta criar massas, impõe-se fazer com que elas se movam. E a capacidade de mobilizar a massa no espaço é dada exatamente pelo poder econômico, político ou social, poder que por isso é maior ou menor segundo as firmas, as instituições e os homens em ação.

O espaço é o teatro de fluxos com diferentes níveis, intensidades e orientações. Desta forma, o espaço global é formado de todos os objetos e fluxos.

O espaço social é definido teórica e metodologicamente por três conceitos: a forma, a estrutura e a função. Segundo LEFÈBVRE (1974 *apud* SANTOS, 1997:38), todo espaço social pode, portanto, ser objeto de uma análise formal, estrutural e funcional. Ainda para LEFÈBVRE (1961), a forma, a estrutura e a função “*conseguem identificar-se completamente e*

são consideradas mais ou menos equivalentes aos termos de um 'todo' existente ou uma totalidade” (SANTOS, 1997:38).

Considerando-se a sociedade como totalidade, pode-se dizer que ela é conjunto de possibilidades. A totalidade, segundo KANT citado por SANTOS (1996:27), é a “*pluralidade considerada como unidade*” ou a “*unidade da diversidade*”, de acordo com LABRIOLA (1982) e SERENI (1970) também referidos por SANTOS (1996:27).

As relações entre os componentes da sociedade modificadas pelos movimentos da totalidade social, alteram os processos e incitam a novas funções. Do mesmo modo, as formas geográficas se alteram ou mudam de valor; e o espaço se modifica para atender às transformações da sociedade.

As coisas, ou seja, os objetos contidos no espaço, já nascem preñes de representatividade, de simbolismo, de intencionalidade destinadas a impor valor e conteúdo. Desta forma, o espaço e os objetos espaciais se apresentam a nós a partir de suas determinações múltiplas e poligenéticas e também deformados originalmente, o que nos pode enganar duplamente.

A distribuição da sociedade no espaço é o resultado de seletividade histórica e geográfica, que é sinônimo de necessidade. Tal necessidade decorre de determinações sociais, frutos das exigências e possibilidades da sociedade em dado momento.

Para interpretar corretamente o espaço, as noções de tempo e de escala são fundamentais, pois, se o espaço é total, a paisagem não o é, uma vez que o processo social de produção da paisagem é espacialmente seletivo. Assim, o espaço construído resultante é variegado.

De acordo com LEFÈBVRE (1974) referido por SANTOS (1997:21), “a forma do espaço social é o encontro, a reunião, a simultaneidade”, enquanto “o espaço-natureza justapõe, dispersa”. O espaço social distingue-se das formas vazias pelo próprio fato de sua cumplicidade com a estrutura social. Com o desenvolvimento das forças produtivas e a extensão da divisão do trabalho, o espaço é manipulado para aprofundar as diferenças de classes.

O próprio espaço é um todo fragmentado. Como as práxis de cada um são fragmentárias, o espaço dos indivíduos aparece como fragmentos da realidade e não permite reconstruir o funcionamento unitário do espaço.

A produção do espaço é o resultado de “múltiplas determinações” cuja origem se situa em níveis diferentes e em escala variáveis, indo do simples lugar à dimensão internacional.

SANTOS (1997) acredita ser impossível chegar à sociedade mais igualitária sem reformular a organização do espaço. Para tanto, duas linhas de ação serão necessárias. Em primeiro lugar, todos os homens terão que ter o direito a um emprego e a acessibilidade igual a todos em relação aos bens de serviços considerados essenciais. A Educação, como a Saúde, são serviços essenciais que precisam ser universalizados para atender os anseios de toda população. Em segundo lugar, será necessária uma política de preço audaciosa e de política de criações novas não subordinadas a qualquer preocupação de contabilidade capitalista, além de política de ordenamento do espaço. Sua preocupação essencial deverá ser a eliminação das injunções que se criaram através da organização capitalista do espaço regional e urbano e que contribui para agravar ou perpetuar a separação dos homens em classes sociais.

O presente estudo, resultado de pesquisa sobre a trajetória de coorte ao nascer e aos 18 anos de idade, procura evidenciar a trajetória de crianças/adolescentes do sexo masculino comparada com o grau de escolaridade atingido nessa última idade. Nesse sentido, a partir do conceito de espaço elaborado por MILTON SANTOS, procuro trabalhar no primeiro capítulo a questão da mundialização e sua relação com a educação e a saúde.

No segundo capítulo, apresento a metodologia utilizada no projeto “Saúde perinatal em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil”, enfocando a educação e a saúde como alvos num espaço dividido.

O terceiro capítulo contém análise da pesquisa realizada, relacionando a maternidade, local do nascimento, ao grau de escolaridade da mãe na ocasião do parto. A maternidade também será relacionada ao grau de escolaridade do conscrito e ao bairro onde ele residia aos 18 anos.

O capítulo final trata das considerações finais, onde serão abordadas as oportunidades que os conscritos tiveram ao longo de seus 18 anos.

É conveniente deixar explícito os objetivos desta dissertação. Procuro através dela:

- a) mostrar a distribuição dos aparelhos da educação e da saúde oferecidos pelo Estado, na cidade de Ribeirão Preto – SP;
- b) evidenciar a importância dos referidos aparelhos na formação da população em geral e da coorte, em especial.

A dissertação pretende demonstrar que a distribuição geoeconômica das pessoas ocupando distintos espaços é pouco ou nada respeitada nas

ofertas de condições reais de vida, como no caso da Educação e Saúde. O mapa descritivo, colocado em anexo, será o elemento fundamental para relacionar as ofertas de serviço público e o nível sócio-econômico.

Vale a pena, finalmente, registrar a metodologia utilizada no planejamento, execução e avaliação do trabalho agora apresentado publicamente.

Ao ter acesso aos dados do Departamento de Puericultura e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo referentes ao Projeto “Saúde Perinatal em Ribeirão Preto/São Paulo/Brasil” fiquei interessada em estabelecer paralelo entre o nascimento das crianças do sexo masculino e a escolaridade das mães na data do parto, bem como a localização da família em termos de bairro, tomando como ponto de referência o centro da cidade e a condição das crianças aos 18 anos, já adolescentes, por ocasião do alistamento militar.

Nesta tarefa de esclarecer a trajetória da criança ao longo de vários anos de vida tomei a decisão de investigar o seguinte:

- a) o total atual de escolas estaduais existentes na cidade de Ribeirão Preto – SP;
- b) o endereço das unidades escolares para identificar a localização geoeconômica e social da população (GOLDANI, 1997) servida pela escola;
- c) oferta de educação em termos de Ensinos Fundamental e Médio;
- d) data de funcionamento das escolas no decorrer do século XX;

e) se os conscritos cursaram ou estavam cursando o Ensino Médio e se a oferta da escola no bairro influenciaria o nível de escolaridade dos adolescentes pesquisados.

Além das questões educacionais foi necessário fazer estudo prévio do acesso à saúde pública oferecida pelo Estado à população de Ribeirão Preto – SP, ao longo dos anos do século. Os seguintes dados espelham a situação encontrada: a) número de postos de saúde; b) seu endereço; c) data de inauguração. Ainda com relação à saúde, foram considerados os hospitais que oferecem atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), não esquecendo que, na ocasião do nascimento dos conscritos, 01 de junho de 1978 a 31 de maio de 1979, foram considerados 8 hospitais e nem todos apresentavam atendimento público.

Com esses dados em mãos, foi possível lançar no mapa de Ribeirão Preto – SP, as escolas, os postos de saúde e os hospitais. Em seguida, esses dados foram colocados no mapa geoeconômico e social proposto por GOLDANI (1997) e suas relações foram discutidas e confrontadas com espaço social e a oferta de benefícios gerados pelas políticas públicas estaduais.

CAPÍTULO I

MUNDIALIZAÇÃO E DIREITOS À EDUCAÇÃO E À SAÚDE

A denominação mais expressiva para o nosso tempo é a do período em que o meio técnico-científico-informacional é determinante do espaço social.

As empresas transnacionais foram o grande veículo de afirmação desse período em todas as partes do mundo. Só as empresas multinacionais poderiam objetivar as tendências iminentes do período e impor, em toda parte, essa forma de universalização perversa que caracteriza a vida mundial em nossos dias. Esse poder é conferido às multinacionais porque elas têm uma rede informacional de alta velocidade e extrema rapidez de comunicação. Essas empresas apresentam raízes e tentáculos no mundo todo, o que lhes conferem grande poder de produção e dominação.

As empresas transnacionais respondem a dois objetivos: a) utilizar mão-de-obra barata de países subdesenvolvidos para produzir, a baixo custo, produtos de exportação, e b) elevar as taxas de lucros, que desceram a um nível bastante baixo nos países que integram o centro do sistema. Estes dois objetivos não poderiam ser atingidos sem a mundialização da circulação, produção e consumo, das trocas e do mercado, do capital, sob todas as suas formas e do trabalho. O próprio Estado torna-se internacionalizado, não apenas por suas funções externas, mas também por suas funções internas, como a de assegurar as condições do crescimento econômico em escala mundial.

Para os países subdesenvolvidos, o resultado é claro: produção sem relação às necessidades reais, com exportações e importações nocivas à economia nacional; superutilização dos recursos sociais em homens e em matérias-primas, em benefício das grandes firmas mundiais; subutilização das forças de trabalho e dos recursos efetivamente indispensáveis à sobrevivência. No plano do Estado, endividamento crescente, distorção na destinação dos recursos, proteção, tornada indispensável, às atividades que sustentam o “crescimento” e o comércio exterior, com o conseqüente empobrecimento do Estado. No plano social, agravamento do não-emprego, da pobreza, das condições de habitat, educação, saúde e alimentação. Empobrecimento relativo e absoluto.

Com a sociedade mundial, o espaço também tornou-se mundial.

Segundo SANTOS (1996), as redes, conjunto de centros funcionalmente articulados, integram os espaços, configurando-se dois aspectos: o material e o social.

A universalização altera as dimensões geográficas da atividade humana. Quando a divisão do trabalho, e a cooperação perversa por ela ocasionada se estendem à escala planetária, o mundo, como espaço torna-se o espaço global do capital. Leis mundiais, definidas pelas necessidades do sistema em seu centro, agem sobre sociedades já desiguais pela ação anterior do capital, contribuindo para manter ou agravar as diferenças.

O espaço, soma dos resultados da intervenção humana sobre a terra, é formado pelo espaço construído, que é também espaço produtivo, pelo espaço construído que é apenas uma expectativa, primeira ou segunda, de uma atividade produtiva, e ainda pelo espaço não construído, mas

suscetível, face ao avanço da ciência e das técnicas e às necessidades econômicas e políticas, ou simplesmente militares, de tornar-se valor, não-específico ou particular, mas universal, como o das mercadorias do mercado mundial.

O espaço não é indiferente à mundialização do mercado e da mercadoria. Desta forma, o espaço tornou-se mercadoria universal por excelência. *“O meio técnico-científico-informacional é a cara geográfica da globalização”* (SANTOS, 1996:191).

A partir do momento que o homem atinge o conhecimento analítico e sintético de toda a Natureza, ele adquire a capacidade de utilização geral e global das coisas que o cercam.

“A independência das técnicas, em face do meio, e a mundialização do modelo técnico, faz da técnica um verdadeiro universal concreto” (LADRIÈRE, 1968 e BRETON, 1968 *apud* SANTOS, 1996:33), instrumento de crescente solidariedade entre momentos e lugares.

Atualmente, com a internacionalização das técnicas, da circulação, produção e produto, do capital e do trabalho, dos gastos e do consumo, a mundialização das relações sociais de todos os tipos (econômica, financeira e política) é a garantia de universalidade, que permite compreender cada fração do espaço mundial em função do espaço global.

SANTOS, SOUZA e SILVEIRA,(1998:22) propõem que *“as transformações do espaço geográfico e sua causa – a globalização – podem ser examinadas a partir de três dados constitutivos da época: a unicidade da técnica, a convergência dos momentos e a unicidade do motor. Tratam-se de causas e efeitos, uns dos outros, solidários na escala mundial”*.

A ciência, a tecnologia e a informação estão na base de todas as formas de utilização e funcionamento do espaço, da mesma forma que participam da criação de novos processos vitais e da produção de novas espécies (animais e vegetais). É a cientifização e a tecnicização da paisagem. É, também, a informatização do espaço. Os espaços, assim requalificados, atendem, sobretudo, a interesses dos atores hegemônicos da economia e da sociedade e, conseqüentemente, são incorporados, de maneira plena, às correntes de globalização.

Na hora atual, e para a maior parte da humanidade, a globalização é sobretudo fábula e perversidade. Fábula, porque os gigantescos recursos de informação globalizada são utilizados mais para confundir, do que para esclarecer: a transferência não passa de promessa. Perversidade, porque as formas concretas dominantes de realização da globalidade são o vício, a violência, o empobrecimento material, cultural e moral, possibilitados pelo discurso e pela prática da competitividade em todos os níveis. O que se tem buscado não é a união, mas antes a unificação.

Quanto mais os lugares se mundializam, mais se tornam singulares e específicos, únicos.

Entretanto, *“o espaço é o mais interdisciplinar dos objetos concretos”* (SANTOS, 1996). Ele também é, sem dúvida, o resultado da soma e da síntese, sempre refeita, da paisagem com a sociedade através da espacialidade.

Hoje, o próprio espaço, o meio técnico-científico-informacional, apresenta-se com idêntico conteúdo de racionalidade, graças à intencionalidade na escolha dos seus objetos, cuja localização, mais do que

antes, é funcional aos desígnios dos atores sociais capazes de uma ação racional. Através do espaço, a mundialização, em sua forma perversa, empobrece e aleija.

O meio técnico-científico-informacional é a nova cara do espaço e do tempo. É aí que se instalam as atividades hegemônicas, aquelas que têm relações mais longínquas e participam do comércio internacional, fazendo com que determinados lugares se tornem mundiais. O espaço se globaliza, mas não é mundial como um todo. Todos os lugares são mundiais, mas não há espaço mundial. Quem se globaliza, mesmo, são as pessoas e os lugares.

A versão política da globalização perversa é a democracia de mercado. O neoliberalismo é o outro braço dessa globalização perversa, e ambos esses braços – democracia de mercado e neoliberalismo – são necessários para reduzir as possibilidades de afirmação das formas de viver, cuja solidariedade é baseada na contigüidade, na vizinhança solidária, ou seja, no território compartilhado.

Partindo do princípio de que o território significa uma das dimensões singulares do espaço geográfico, ele se constitui na base operacional, histórica e geograficamente falando, do processo de globalização e fragmentação que caracterizam os processos atuais de desenvolvimento das relações sociais. A globalização é consequência direta do desenvolvimento da Humanidade e a fragmentação é responsável por explodir os territórios, com regionalismos e regionalizações, de toda ordem, que interferem na vida do homem, por vezes de forma brutal – as denominadas questões da vida cotidiana.

MILTON SANTOS supõe que se leve em conta, pelo menos, dois tipos de franquias, a serem abertas a todos os indivíduos: a) os direitos territoriais e b) os direitos culturais, entre os quais, o direito ao entorno para ultrapassar a vaguidade do conceito e avançar da cidadania abstrata à cidadania concreta, a questão territorial não pode ser desprezada, pela simples razão, de que a perda do “espaço físico” corresponde à perda do “espaço político”.

O espaço produtivo, propriamente dito, é cada vez mais a cidade, onde também as populações humanas se concentram. A cidade torna-se ainda o meio de trabalho para a maior parte da população ativa e o meio de existência para a maior parte das pessoas.

A economia política da cidade seria a forma de como a cidade se organiza, em face da produção e como os diversos atores da vida urbana encontram seu lugar, em cada momento, dentro da cidade.

O Capital Social, representado pela cidade como um todo realmente indivisível, é cada vez mais apropriado seletiva e privatisticamente. Como o acesso a este Capital não é o mesmo, não apenas entre os que dispõem de capital e os que não têm nada, mas também entre as diversas frações de capital presentes na cidade, a seletividade de uso resultante implica na agravamento das desigualdades originais. Esse mecanismo significa mais concentração, em benefício de alguns, e mais marginalização e, mesmo, exclusão para muitos. Trata-se de movimento cumulativo, reforçado pelas condições atuais da economia atual.

Quanto mais o processo produtivo é complexo, mais as forças materiais e intelectuais necessárias ao trabalho são desenvolvidas, e

maiores são as cidades. Quanto mais crescem, maior a distância entre os homens (SANTOS, 1997). Mas a proximidade física não elimina o distanciamento social, nem tampouco, facilita os contatos humanos não-funcionais. A proximidade física é indispensável à reprodução da estrutura social. A crescente separação entre as classes agrava a distância social. Os homens vivem cada vez mais amontoados lado a lado em aglomerações monstruosas, mas estão isolados socialmente uns dos outros.

Para TOPALOV (1974 *apud* SANTOS, 1994:123), *“a cidade constitui uma forma de socialização capitalista das forças produtivas. Ela mesma é o resultado da divisão social do trabalho e é uma forma desenvolvida de cooperação entre as unidades de produção. Em outras palavras, para o capital, o valor de uso da cidade reside no fato de que é força produtiva, porque concentra as condições gerais da produção capitalista. Essas condições gerais, por sua vez, são condições da produção e da circulação do capital e da produção da força de trabalho”*.

O sujeito de um projeto de sociedade já não evolui no sentido da consciência de classe do trabalhador enquanto trabalhador, mas antes de trabalhador que, como cidadão – na cidade ou no bairro onde mora, por exemplo – se vê privado de seu universo social e natural em consequência do desenvolvimento capitalista, assim como a maioria dos demais seres humanos.

O produto acumulado do trabalho, representado pelo Capital Social, que é a cidade, é cada vez menos possível de ser utilizado pelos membros da sociedade local, e cada vez mais por atores forâneos, que não contribuíram para a formação desse Capital Geral que é o Espaço Urbano. A

relação entre capitais particulares e o Capital Geral não mais se dá apenas através das máquinas, como a seu tempo pensava Marx, mas através do Espaço Urbano, a tecnoesfera, a natureza tecnicizada das cidades, o “meio ambiente construído”, no dizer de Harvey e de outros.

Os impropriamente chamados Bens de Consumo Coletivo são, sobretudo, esse Capital Geral apropriado legalmente, estatutária ou especulativamente, pelos capitais particulares. Esses bens de consumo coletivo, que são o Capital Geral, são cada vez mais planejados, para que seu uso seja discriminatório: a água, os esgotos, a eletricidade, que existem abundantemente nas cidades, mas que não estão ao alcance de todos; os telefones, as estradas, os transportes, mas também – e isso é cruel – a saúde e a educação. Esse movimento não é de nenhum modo espontâneo, mas baseado em ideologia apresentada como se fosse teoria: a teoria da planificação, como praticada pelos tecnocratas.

A forma de ocupação do espaço, como foi analisada anteriormente, influi diretamente nas práticas sociais. Educação e saúde são diretamente atingidas pelas formas de planejamento dessas práticas. Mas, o conceito de espaço, como relação entre sistemas de objetos e sistemas de ações, permite que se analise a educação e a saúde como síntese de “fixos” e “fluxos”, como ação que acontece em determinado espaço e determinada posição social.

A elaboração teórica de MILTON SANTOS a respeito do espaço, foi utilizada nos estudos a respeito das doenças endêmicas e epidêmicas. A sua distribuição foi estudada como resultado da organização social do espaço. As sociedades humanas produziram uma segunda natureza por

meio das transformações ambientais oriundas do processo de trabalho. Considerando-se grupos humanos, o conceito de meio ambiente é dado pelo espaço socialmente organizado, no qual se realizam os processos econômicos e sociais (CZERESNIA e RIBEIRO, 2000).

A diversidade das formas de inserção social reflete a desigual distribuição territorial e também, diferentes perfis epidemiológicos, nos quais a população de baixa renda é a que mais sofre o impacto das epidemias e endemias.

A vertente da epidemiologia social, com base em abordagem progressista, realizou estudos que identificaram origens e condicionantes sociais e econômicos dos processos epidêmicos. Considerou epidemia como acontecimento social, e não apenas a soma de casos de uma mesma doença. São enfatizados a problemática do subdesenvolvimento e, principalmente, das desigualdades sociais como seus principais condicionantes. A erradicação e o controle das epidemias não dependem, apenas, de diagnóstico e intervenção biológica, mas de todos os elementos que participam da organização social do espaço.

A cidade é a protagonista da configuração espacial: o crescimento, a superpopulação, a precária rede de infra-estrutura, e a intensa movimentação de pessoas, favorecendo a circulação de parasitas e de agentes causadores de doenças.

As análises espaciais que, por meio das técnicas de geoprocessamento, visualizam o deslocamento da difusão dos agentes e dos eventos epidêmicos, evidenciam também a mudança no perfil

socioeconômico da epidemia. Detectou-se, especificamente no Brasil, a expansão da epidemia para os segmentos de menor renda e escolaridade.

A fragmentação e a individualização são um dos lados da característica paradoxal de processo que manifesta, simultaneamente, a tendência à homogeneização e à multiplicação da expressão de heterogeneidades. A globalização, com a formação do mercado mundial, reduziu as barreiras espaciais. Facilitou-se o acesso aos mais diversificados produtos oriundos de diferentes regiões e aumentou-se o contato direto entre os povos. A lógica do livre mercado, porém, acentuou os espaços de desigualdade e exclusão. Um exemplo, é a construção de espaços fechados e protegidos, como condomínios, shopping-centers, para classes médias, e ao mesmo tempo, a expulsão dos pobres para *“uma nova e bem tenebrosa paisagem pós-moderna de falta de habitação”* (HARVEY, 1996 *apud* CZERESNIA e RIBEIRO, 2000:602).

A relação entre classe social, educação e saúde é muito evidente em estudos e na própria opinião da população em geral. Existem muitas divergências sobre o conceito de classe social, inclusive em livros textos da própria sociologia. A classe social pode ser entendida como categoria em que a sociedade está estruturada e, para isto, são levadas em conta a divisão de trabalho, as diferenças de propriedades e de rendas e a distribuição de riquezas. A renda, a ocupação e a instrução são os critérios para separar a população em extratos sociais. Segundo PEREIRA (1995), muitos autores, na tentativa de solucionar o problema, utilizam critérios múltiplos, associando dois ou mais fatores para fazer a classificação social.

Um outro termo muito utilizado em estudos epidemiológicos é o nível socioeconômico que é entendido como uma complexa situação que determina a quantidade de bens e dinheiro obtida pela família, além do seu lugar na sempre arbitrária escala de prestígio social e o acesso a distintos aspectos da cultura espiritual e material do grupo. Como nos mostra VARGAS (1988), o nível socioeconômico está intimamente relacionado à ocupação do chefe de família.

Em relação à escolarização, DAUSTER (1992) evidencia que o sistema escolar suscita investigações tanto para o entendimento do fracasso escolar, quanto para o desvendamento dos fenômenos político-institucionais expressivos na expulsão dos alunos pobres da escola pública.

A idéia de que a escolarização e profissionalização dos jovens é dificultada pelo trabalho infantil. Está presente na cultura brasileira entretanto, DAUSTER e MATA (1989), citadas por DAUSTER (1992), sugerem que, a inserção no trabalho não é devida apenas às condições econômicas das famílias, mas também a outros fatores ainda não elucidados, como por exemplo, a inserção como estratégia do sistema de socialização das camadas populares.

O sistema de ensino tem sofrido influências de fenômenos como a industrialização, o desenvolvimento tecnológico e científico e urbanização e, respondendo às mudanças sociais, vem propondo reformulações no ensino das ciências, criando ramificações nas disciplinas tradicionais como Química, Física e Biologia. Assim, por exemplo, a Educação Ambiental e a Educação para Saúde são programas que estudam as relações dos fatores econômicos e sociais e a melhoria da qualidade de vida. A população

escolar mudou quantitativa e qualitativamente. A escola pública fundamental e média atende substancial parcela de clientela oriunda de famílias com baixo poder aquisitivo, e que provavelmente, não vai ingressar em cursos superiores. Os alunos que dispõem de situação econômica estável freqüentam escolas particulares. Nestas, em geral, busca-se preparar os alunos para o exame vestibular. (KRASILCHIK, 1988).

No entanto, é preciso verificar que existe uma porcentagem de alunos oriundos de escolas públicas e que conseguem ingressar em universidades públicas ou particulares “de prestígio”. Mas a maioria desses alunos que ingressam no curso superior o fazem em faculdades particulares e, nas quais, em geral, não há boa relação ensino/pesquisa.

LEMME (1988) explicita que a instrução, oportunidades de educação, possibilidades de cultura, índices de saúde, taxas de mortalidade estão correlacionados aos índices de desenvolvimento econômico.

As condições de instrução de um povo, como também as de saúde pública, são corolários do nível de vida, sendo este função do desenvolvimento econômico da coletividade.

Educação e instrução são fenômenos de caráter permanente, ligados a própria natureza humana, e mesmo à de alguns animais, resultante da capacidade de aprender, isto é, de se adaptar às condições do meio físico e social e reagir sobre esse meio. A viagem que cada indivíduo faz, do nascimento à morte, sua história individual, que só é possível, evidentemente, no quadro da vida social, que é o ambiente, o elemento, no qual e por meio do qual se processa essa grande aventura de cada vida humana.

O quadro geral da escolarização brasileira, em todos os graus e modalidades, não poderia, senão, corresponder a essas deficiências estruturais, econômicas, sociais e políticas. Mesmo antes de iniciar a escolaridade, grande número de alunos já está condenado ao fracasso pelas deficiências orgânicas e do meio social em que se apresenta e em que vive, pois não pôde receber os cuidados alimentares e higiênicos indispensáveis a um desenvolvimento normal, desde o nascimento, e até mesmo antes, e cresce ou vegeta em ambientes culturais desprovidos de quaisquer estímulos.

Até mesmo o simples desempenho escolar, ou seja, o aproveitamento no ensino ministrado nas escolas, está na dependência dos antecedentes socioeconômicos dos estudantes.

É freqüente atribuir o desenvolvimento ou o subdesenvolvimento de um país, ou de um grupo social, à presença ou ausência de educação, seguida, ou não, do adjetivo escolar. É comum também, considerar o movimento da História realizando-se somente a partir do Estado, dos que detêm o poder, da ação de grupos minoritários. A leitura da Escola, tal como tem sido vivida pelas crianças, jovens e adultos brasileiros, pode mostrar verdadeiro “corpo a corpo” entre a vontade do povo e a vontade política dos que fazem “o governo”. Em diferentes momentos desse processo, a escola aparece como sujeito/objeto. O acesso à escolarização, ou seja, a possibilidade de matrícula, freqüência efetiva em escola pública e progressão nas séries escolares pode ser considerada como indicador da relação entre as medidas governamentais adotadas e a demanda social por escola. Essas medidas variam, conforme variam as articulações de poder

em dado momento histórico e a demanda social vai sendo produzida, permitida, conquistada, de acordo com a forma pela qual o povo vai se apropriando ou interpretando essas articulações (CARVALHO, 1988).

A escola desempenharia a função disciplinadora e geradora de possibilidades de assimilação ao mercado de trabalho: para a população pobre, mas disposta a “proletarizar-se ativamente”, tal assimilação significa uma forma de mobilidade horizontal, mesmo que se reconheçam restritas as possibilidades de ascensão social por via educacional e que, diante da desigualdade extrema e do volume da população pauperizada, se desmistifique a importância, por vezes atribuída ao setor educacional, na modificação do *status quo*. De qualquer modo, há que se registrar que, a crença nos “poderes da educação”, que persiste nos discursos de representantes de todos os segmentos sociais entrevistados em manifestações difusas, sofre forte impacto da conjuntura: valorizada em períodos de expansão econômica, a frequência a escolas, em situações de baixa conjuntura, é vivida como esforço inútil.

As escolas são requeridas, mas reina plena consciência a respeito da reduzida escolaridade média das camadas mais pobres e das dificuldades ou da impossibilidade de elevá-la substancialmente de forma rápida, o mesmo podendo ser dito em relação ao acionamento do conjunto de medidas necessárias ao combate ao pauperismo (PAIVA, 1992).

Políticas Públicas e Sociedade

Nos anos 80, a educação escolar viveu momentos contraditórios. Essa década foi marcada pela política de aumento do número de vagas

(construção e ampliação de escolas), entretanto, construídas para um público específico, ou seja, para atender às classes dominadas. Ao mesmo tempo que setores da sociedade civil se organizaram e demandaram verbas públicas para educação, ensino gratuito, novas legislações, novas estruturas de carreira para os professores, novas frentes de ensino e pesquisa para a universidade, novos modelos de escola para o 1º e 2º graus (atualmente Ensinos Fundamental e Médio, respectivamente), ensino noturno, educação para os deficientes físicos, educação infantil, em creches e em pré-escolas para os menores de 0 a 6 anos, a sociedade brasileira assistiu à deterioração progressiva da escola pública, em todos os seus níveis.

No Brasil, aponta DEMO (1987), o Estado é dito como liberal e tem defensores ostensivos, pois coincide com a proposta capitalista, do capitalismo liberal. Suas características básicas são de um mercado livre, que compõe as desigualdades de maneira mais ou menos equilibrada e onde as pessoas, embora nascendo desiguais ou estando em condições iniciais desiguais, dispõem de uma oferta de serviços como, por exemplo, a educação básica comum, que em princípio, possibilita oportunidades iguais para todos.

“Que interesse teria o Estado de promover a educação básica se com isso ele aumentaria a chance de controle do próprio Estado? Admitindo, como diz a lei, que o primeiro grau está voltado, entre outras coisas, para a instrumentação da cidadania, que interesse teria o Estado em fomentar a cidadania se esta conduziria os cidadãos ao seu maior controle? Talvez essa pergunta ofereça a resposta sobre por que temos uma sonegação tão forte, tão tranqüila, tão avassaladora do primeiro grau no país. Também

explica, até certa maneira, por que isso acontece e a sociedade não reage” (DEMO, 1987:59).

DEMO (1987), ressalta que, o que realmente nos falta é a superação histórica desse tipo de pobreza política. De um lado, a educação deveria fazer isso e, de outro lado, a sociedade ainda não mostra o amadurecimento para reivindicar, que o produz o célebre círculo vicioso da democracia.

Para GRAMSCI (1968), citado por GOHN (1999:21), a dimensão espaço-tempo resgata elementos da consciência fragmentada das classes populares, ajudando sua articulação, no sentido gramsciano da construção de pontos de resistência à hegemonia dominante, construindo a contra-hegemonia popular.

DEMO (1987), diz com tranqüilidade que enquanto não houver uma sociedade civil forte, mais ou menos organizada, capaz de controlar o Estado, capaz de reivindicar, nós não teremos a universalização da educação básica.

Ainda, segundo DEMO (1987), no Brasil, o Estado de certa maneira, faz o que quer com a população. E por isso, por exemplo, denega a educação básica, com a mesma tranqüilidade com que coloca na Constituição que todos têm direito a ela.

A classe trabalhadora no Brasil sempre lutou para que seus filhos pudessem estudar. Hoje, o governo tem a obrigação de assegurar, pelo menos por oito anos, escola para todos. Este é direito da pessoa e dever do Estado garantido pela Constituição, no seu artigo 205. No entanto, os filhos dessas famílias pouco usufruem deste direito. Apesar da garantia institucional, a universalização da escola pública no país é meta distante.

Vagas para todos que têm idade para freqüentar a primeira série do ensino fundamental, para aqueles que querem completar a escolaridade básica quando adultos, ensino de boa qualidade, são objetivos ainda a serem cumpridos em nossa sociedade. Além disso, dos que conseguem acesso à escola pública, poucos permanecem. Isso porque é grande a taxa de “fracasso escolar”: é o caso das crianças com baixo rendimento em turma, aprovados sempre com médias mínimas. Grande número de reprovações. A taxa de evasão e repetência, na primeira série do ensino fundamental, tem sido enorme no país, atingindo em geral, cerca da metade dos alunos que se matriculam todos os anos em estabelecimentos públicos.

No entanto, a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei 9394/1996, há possibilidade de substituir as séries no ensino fundamental por ciclos, que permitem uma avaliação mais compacta do aproveitamento e concedem um tempo maior para a aprendizagem. Instituiu-se também a idéia de progressão continuada, eliminando-se a reprovação “automática”. Concede-se ao aluno com dificuldades de aproveitamento escolar uma “recuperação” assistida durante o ano letivo. Em alguns Estados, como Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraná, São Paulo, há diminuição do número de repetências o que, no entanto, nem sempre assegura que esteja havendo aprendizagem efetiva.

Nas escolas nas quais a progressão continuada não é suficientemente organizada e avaliada, teme-se que se crie um novo tipo de analfabeto – o diplomado.

O que é visto como “abandono”, ou “fruto de necessidade”, pode, na verdade, ser conseqüência da decisão de que a escola, como caminho para

promover a melhoria social da família, não vale a pena. Mas existe uma aspiração à educação dos filhos, por parte dos pais das famílias nas diferentes camadas da população. Essas aspirações freqüentemente se transformam em reivindicações e podem expressar transformações sociais (WEBER, 1976; SPOSITO, 1993).

É preciso compreender que o fracasso escolar, pela sua grandeza, não pode ser encarado como uma questão individual, mas social, coletiva.

As classes populares, que em geral, conseguem se organizar de maneira mais eficaz quando se trata de reivindicar serviços básicos como água, luz, transporte, esgoto, ainda encaram, de maneira acanhada, sua participação na gestão da escola pública. Porém, SPOSITO (1983), apresenta elementos para o conhecimento do processo de expansão do ensino público na cidade de São Paulo, nas décadas de 40 e 50, ressaltando o papel significativo de reivindicações populares articuladas por associação de moradores de bairros periféricos. A mesma autora (1993), estuda o resultado dos movimentos populares nas conquistas educacionais dos anos 70 e 80.

PAIVA (1992), alerta - nos de que a desatenção e o esquecimento atingem em cheio os estudantes pobres, na medida em que a sua percepção de oportunidades futuras é muito específica e distinta das camadas médias: não sabendo muito bem a que aspirar e não logrando perceber chances concretas, eles não entendem muito bem para que servem os conhecimentos escolares. A perspectiva da ascensão social, como empreendimento de vida, é algo que se adquire no ambiente familiar e supõe internalização de valores e fixação de metas, mesmo que difusas, e a

convicção de que elas merecem sacrifício (disciplina, estudo) e são teoricamente viáveis.

Escolas situadas em áreas pauperizadas, com freqüência espelham a violência que domina o ambiente de onde provêm seus alunos, especialmente quando se trata de cursos noturnos para jovens de 15 anos ou mais, reproduzindo-se dentro delas o microcosmo no qual eles vivem, com suas regras e problemas. Pesquisas recentes têm evidenciado que tais cursos nem sempre são freqüentados por “alunos-trabalhadores”, dado o aumento da situação de marginalidade em alguns espaços sociais. PAIVA (1992), mostra claramente que, nas escolas próximas a locais de trabalho, constata-se brutal desinteresse e deserção ao longo do período letivo, embora estes trabalhadores pareçam encarar “naturalmente” tanto a evasão, quanto a retomada, vendo a escola como opção aberta de acordo com o rumo que a vida toma; já nas escolas de bairro os alunos raramente trabalham. Nestas, a sala de aula é pouco freqüentada, sendo o pátio e a entrada da escola utilizados como ponto de encontro social e trocas, das mais diversas – de informações, drogas, sexo. O clima de medo e insegurança, gerado pela luta entre gangues e quadrilhas nas proximidades, bem como a permissividade sexual, que erotiza o ambiente, e o forte apelo da sociedade de consumo (justificando furtos, roubos e trabalho dos estudantes como “aviões”) invadem a escola, que não consegue “normatizar” sua clientela.

No conjunto das interpretações e propostas do homem comum, entrevistado nas ruas cariocas (dados da pesquisa IBOPE, 1984, citado por PAIVA, 1992), a respeito da violência, da criminalidade e das formas de

combatê-las, a educação dos pobres aparece como elemento importante. “Educação para todos” poderia ser o lema, mas, quase sempre, não se trata de educação de natureza geral, em sentido amplo, como formação cultural. Mais educação em tempo integral, para baixo e para cima (creches, maternal, ensino secundário), oferecida por um sistema público de ensino, é uma demanda de todos os segmentos para os “menores” pobres, porém, com outras qualificações, como profissionalização, por exemplo, e que a distinguem daquela destinada a classes sociais afluentes. Na própria demanda está presente a aceitação de uma diferenciação escolar diretamente ligada à classe social do destinatário (PAIVA,1992) .

FLORESTAN FERNANDES (1989:23), por sua vez, lembra-nos que a *“revolução na escola e pela escola”* ficou nas utopias dos pioneiros da escola nova e dos pedagogos que os sucederam. A escola – e por meio dela a sala de aula – continuaram presas a uma concepção predatória de pessoa que é mandada. A burocratização criou ardis e abismos imprevisíveis, e permanecemos com a carência de uma filosofia de educação democrática, que floresça de baixo para cima (da sala de aula para a escola, e desta para a sociedade e para as terríveis “autoridades do ensino”), e de dentro para fora (da sala de aula e da escola para a comunidade, e para a sociedade civil como um todo).

O importante, hoje, não é o que a nova lei de ensino, 9394/1996 poderá fazer para acabar com os vestígios de uma pedagogia às avessas, pervertida. É o que ela poderá ser, para gerar, a partir de nossos dias, uma educação escolarizada fincada na escola e nucleada na sala de aula. Não basta remover os “excessos” de centralização, que substituem a relação

pedagógica pela relação de poder. É preciso construir uma escola auto-suficiente e autônoma, capaz de crescer por seus próprios dinamismos. Conferir à sala de aula – diz FLORESTAN FERNANDES - a capacidade de operar como o *experimentum crucis* da prática escolar humanizada, de liberação do oprimido, de descolonização das mentes e corações dos professores e alunos, de integração de todos nas correntes críticas de vitalização da comunidade escolar e de transformação do meio social ambiente.

A sala de aula fica na raiz da revolução social democrática: ou ela forma o homem livre ou ficaremos entregues, de forma mistificadora, a um antigo regime que possui artes para readaptar-se continuamente às transformações da economia, da sociedade e da cultura. *“Dissociar a sala de aula de seu empobrecimento e deterioração brutais, é a saída para gerar a escola de novo tipo que, por sua vez, desencadeará e aprofundará a renovação da mentalidade de que carecem os de baixo e os de cima”* (FLORESTAN FERNANDES, 1989:24).

Na verdade, há tendência na sociedade em geral em explicar o fracasso escolar pela deficiência da saúde. Em face do baixo rendimento da escola e a conseqüente expulsão de amplas parcelas das classes populares, não nos parece casual a utilização da “saúde” como forma de explicar o fracasso. Para grande parte da população brasileira, seja ela composta por alunos, pais ou professores, explicar o fracasso pela deficiência de saúde seria forma de lançar mão de escudo “científico” que poucos contestariam, já que os profissionais de saúde ainda são vistos com certa mistificação por grandes parcelas da população.

A respeito das causas do fracasso escolar, as idéias têm caráter social. Essas idéias expressam o fracasso escolar como questão individual e também, como sendo questão de deficiência de saúde, física ou mental.

A situação de fome não deve ser entendida como fruto do acaso, da ignorância ou do fato de que “pobre não sabe se alimentar”. Em sociedades como a nossa, certos grupos têm, forçosamente, que passar fome, para que outros possam reproduzir seus padrões de vida e riqueza. O estado de fome tem o que se chama de determinação social. Por isto, nunca é manifestação isolada. Não é por acaso que os grupos mais sujeitos à fome sejam também os mais explorados na sociedade: aqueles mais mal alimentados, com baixos salários, e com piores condições de vida (sem água, luz, esgotos, transporte, hospitais, escolas).

Mesmo comendo mal, a criança tem condições de aprender. A desnutrição aguda mata a criança antes dos dois anos de idade, mas a fome “diária” pode ser compensada, em parte, pela merenda escolar, caso seja balanceada e freqüente.

É comum associar problemas de nutrição e neurológicos à dificuldade de aprendizagem das crianças. A primeira explicação para que essas idéias se mantenham, é o fato de que quase sempre se pensa que os problemas sociais aconteçam por causa da ignorância e incompetência da população. Para resolvê-los, se um filho vai mal na escola, sua mãe acha que ele tem “memória fraca”, mesmo que ele saiba o nome de todos os colegas de sala, dos vizinhos da rua, dos jogadores do seu time. Se o trabalhador não consegue emprego, é porque está sempre “sem sorte”. Seria melhor, primeiro, lembrar-se da taxa de desemprego no país. Acreditar que esse

grave problema social é apenas uma questão de “sorte”, é acreditar que ele possa se resolver à base de pés-de-coelho no chaveiro ou ferradura atrás das portas. Isto é, ocorre um processo de inversão de valores tão grande, que a vítima da injustiça social passa a se sentir a única culpada de um “crime” que não cometeu. Assim, mesmo que tenha freqüentado péssima escola pública, sem carteiras para sentar ou vidros para protegê-la do frio, essa pessoa vai explicar o fracasso na escola pela sua “cabeça ruim” para o estudo (MOYSÉS. 2001).

A relação entre saúde e desenvolvimento, eu poderia incluir aprendizagem, é vista apenas de passagem nas faculdades de medicina. Em muitas faculdades de educação, a discussão sobre o tema freqüentemente acaba reforçando as concepções errôneas já existentes, pois há pouco entrosamento entre as duas áreas que possibilite discutir essa relação de forma mais aprofundada. A consequência disso é que as idéias que circulam sobre o assunto são superficiais. Médicos e professores acabam achando que os problemas dos alunos da escola pública acontecem por “deficiência mental” ou por “desajuste emocional” de cada um, quando muitas vezes, nem sequer sabem direito o que significam essas palavras. Reforça-se a idéia de que o aluno pobre é “anormal”. Isso significa tratar problemas de ordem social – como a fome, o desemprego – como se fossem problemas puramente orgânicos e individuais, como demonstram os estudos de MOYSÉS, 2001.

Em pesquisa realizada por VALLA e HOLLANDA (1989), boa parte dos resultados aponta para o serviço de saúde como a solução para a questão do “fracasso escolar”. O centro municipal de saúde, ou seja, o posto

de saúde, é visto como grande “guarda-chuva”, no qual, muitos dos problemas poderiam ser resolvidos. Assim, na medida em que a escola não consegue resolver o problema do aluno, a única alternativa é o posto de saúde. E, de certa forma, a impressão que se tem é que nem se acredita, também, na possibilidade do posto resolver a questão.

É necessário lembrar que a escola pública, embora gratuita, é investimento grande para as classes populares. Em vez de lançar o filho cedo no mercado de trabalho, o põe na escola, esperando que depois de alguns anos, traga maior ajuda financeira para casa. Assim, a família trabalhadora já faz investimento quando manda o filho para a escola, mas também há outros: livros, pincel atômico, cartolina, tesoura, etc. Na medida em que o filho repete a primeira série várias vezes, o investimento começa a perder o sentido e a opção de “trabalhar” torna-se forte. É nessas horas aliás, que a aceitação na parte dos pais de “explicação pela saúde” ganha força, pois o filho “não teve sucesso na escola”, porque tem “memória fraca”, porque a mãe apanhou quando estava grávida, porque o filho “mamou pouco”.

O estudo das representações sociais em saúde, mostra que o processo saúde/doença é permeado de elementos culturais, sociais e econômicos, sendo compreendido e vivenciado diferentemente pelos vários atores que dele participam. Assim, o sucesso ou não de determinado serviço ou programa, estaria também ligado à correspondência a determinados valores, ideologias, posições de classe, status, etnia, crenças de seus usuários, comunidade e agentes. A avaliação, portanto, levaria em conta a análise crítica de que determinado serviço se coadunaria ou não aos valores

culturais e expectativas dos vários atores sociais envolvidos, assim como às suas realidades sócio-econômicas.

Um programa, ou serviço, é entendido como processo que possui movimento, uma dinâmica própria. Trata-se, também, de analisar, dialeticamente, os movimentos sociais e a conjuntura histórica de que o serviço/programa participa, seja como porta - voz, interlocutor ou personagem de resistência.

O princípio de identidade dialética é, por definição, uma “*unidade das contradições*”. Assim, todo ser é um devir, é um vir – a - ser.

Quando autores tratam a questão da assistência médica via relação profissionais de saúde - pacientes, procuram beneficiar-se das discussões no campo da dialética das relações entre saúde e sociedade e recuperar essa questão, entendendo-a, enquanto uma relação e prática pedagógica, no sentido em que foi trabalhado por Gramsci. Ou seja, de relações de hegemonia de uma classe sobre outra, impondo seu modo particular de conceber o mundo.

A prática médica exige verdadeira conversão do paciente às normas do médico, o qual tem uma função quase apostólica.

Para RAMOS, MELO e SOARES (1989), os serviços de saúde são partes integrantes das relações sociais de dominação e confronto de projetos, assumindo que “*as instituições já prescrevem e determinam as formas e os conteúdos de um agir conjunto, estabelecendo um processo que tem um significado mais profundo daquele que é apreendido na aparência*” (MEC, 1984 citado por RAMOS, MELO e SOARES, 1989). A instituição não é, portanto, uma mera edificação, um espaço físico; ela é uma unidade de

produção de serviços, de equipamento de consumo coletivo e uma instância de gestão. Portanto, é também uma instância de reprodução social, um *locus* de trabalho e um espaço de expressão da cidadania, uma instância político-ideológica.

É com essa compreensão que RAMOS, MELO e SOARES (1989) analisam as expressões das relações entre as diferentes categorias profissionais, entre os pacientes e entre os profissionais e pacientes, no interior de instituições públicas de saúde. É tomada como fundamental a dimensão educativa dessas relações.

Nessa discussão, a educação é processo que se realiza no interior das relações sociais, independentemente da consciência que dele se possa ter.

A partir da segunda metade do século XIX, e mais particularmente no século XX, o processo de institucionalização da medicina e da pedagogia aprisionou os conceitos de saúde e de educação no interior das instituições médicas e de ensino, reduzindo - os à dimensão estritamente técnica, ou seja, de capacitação e especialização para operar um conjunto de instrumentos que visam a uma ação transformadora sobre determinados objetos: a consciência, o corpo e o meio físico.

Tomando a educação, não mais como um mero instrumento de transmissão de saberes, mas como mediação de uma hegemonia em curso, não é ela que reproduz as relações de classe, mas estas aí se fazem presentes. Desta forma, a educação também não pode ser redutível ao projeto de hegemonia de uma classe. Ainda que, muitas vezes sem direção, as classes trabalhadoras se opõem, resistem, contradizem, contrapõem,

transgridem e reelaboram seu saber de classe em função das formas de produção de suas existências, as quais, apesar de dominadas, não estão totalmente esmagadas. Profissionais e pacientes, de formas específicas e próprias, reagem ao projeto de dominação institucional, o que torna as instituições um palco de conflitos permanentes que expressam essas contradições.

O modelo econômico brasileiro caracterizou-se por canalizar enormes gastos públicos para os chamados setores produtivos. No caso do setor da saúde, que nem sequer se encontra neste grupo, vários estudos indicam como essa passagem se deu, maciça e diretamente, para o setor privado. A inversão em áreas mais diretamente ligadas à reprodução da força de trabalho foi mínima. No texto de COSTA *et al* (1989) discute-se inclusive, que os gastos em saúde diminuem à medida que os extratos dos setores populares se afastam dos setores de ponta da economia.

Essa lógica político - econômica foi chamada de várias formas: de “perversa” e “desigual” pelos economistas que criticavam a acumulação e concentração de renda nessas bases precárias de crescimento; de “espoliação urbana” pelos estudiosos do nosso exército industrial de reserva, das populações ditas “marginais”, dos movimentos sociais urbanos e das condições de vida das camadas populares. O fato é que o crescimento das áreas urbanas nessas condições – e com características demográficas em expansão – deu-se de forma a compor densas áreas periféricas em todas as grandes cidades brasileiras.

A MULHER COMO MEDIADORA DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

Segundo BORGES e ATIÊ (1989), são as mulheres das camadas populares, tão humilhadas pela moral social e pelo machismo, as grandes freqüentadoras dos serviços de saúde pública (seguidas das crianças, em sua maioria, trazidas por elas). Pouco se sabe delas, como vivem em seus corpos e em seus pensamentos as marcas de um cotidiano que as exclui e marginaliza na vida social. Pouco se sabe de suas lutas pela sobrevivência, de seus modos de expressão. Embora se reconheça ser necessário oferecer conteúdos objetivos (informações sobre a sexualidade feminina, maternidade, menstruação, aborto, métodos anticoncepcionais, entre outros), o mais importante, para os autores, parece ser buscar uma forma de relação com as mulheres e suas vidas, que não mais negue as particularidades destes corpos em sua radical diferença e em seus mistérios.

PAULA MONTERO (1985 *apud* COSTA *et al* 1989:171) nos diz: *“analisar as concepções populares da doença é, ao mesmo tempo, compreender de que maneira se articulam, no campo da saúde, as relações entre as classes”*. E ainda *“... as representações simbólicas, a organização social e a lógica dos interesses econômicos determinam, para além do biológico, os limites, o modo de aparecer do fenômeno mórbido e os meios escolhidos para a cura”*. Em entrevistas colhidas, MONTERO pode detectar que a relação do médico com seu paciente (nas camadas populares) é vista, por esse último, investida de autoridade inquestionável, em que aquilo que o sujeito tem a dizer sobre si é apenas recebido como um relato passivo, sinal necessário para deflagrar um discurso já preconcebido. Os elos, que aí não se encaixam, são deixados de fora como inexpressivos para a configuração

de um diagnóstico médico. O reconhecimento demandado pelo paciente tem, então, que ser buscado em outro lugar. De ambulatório em ambulatório, alheios às prescrições pouco convincentes para o convencimento que procuram, esses pacientes, mais especificamente mulheres, perambulam na incerteza do que são e do que lhes sucede.

Num primeiro plano, há em geral, um companheiro (ainda que tenha ficado apenas a sombra deste, as mulheres estão longe, ausentes), identificado como “causa” dos males que as afligem: o homem-pai, que proíbe e instala o mais absoluto silêncio; o homem-filho, que faz besteiras, bebe muito, é mulherengo e tem que ser cuidado, porque está doente. E o par onde se encontra? Nessa conta dá sempre ímpar; há sempre um lamento de uma expectativa frustrada, de um sonho em ruínas, de uma sexualidade contida. Ou falam do jugo a que estão submetidas, ou do triunfo em se sentirem mais fortes. Em algumas, há apenas perplexidade, um sentimento difuso de indignação e revolta. Desse desencontro do que desejariam ter encontrado, as mulheres “se falam” via seus filhos, dos seus e daqueles que precisam ser cuidados. Há sempre algo fora delas que é buscado para definir o que são e quem são.

Da observação contínua de mulheres com suas crianças nas portas dos ambulatórios de saúde, nos grupos de mães, no cotidiano das ruas e nas clínicas, o ponto inicial do que BORGES e ATIÊ (1989) tentam expor e averiguar foi se fazendo claro: - O que trazem elas? O que as trazem a estes lugares e a tantos outros familiares a elas? Lugares onde se assistem a nascimentos, onde se assistem a mortes, onde há dores e sofrimentos, onde há restos de algo que se transformou. Parecem ser elas as grandes

parteiras, as grandes enfermeiras, desta enorme família humana, da qual fazemos parte. Cuidam dos maridos, dos filhos, às vezes das sogras, de parentes próximos, de vizinhos... Cuidam! Como se soubessem, sem o saberem, que as coisas mais mezinhas dessa nossa realidade, num mundo tão racional e pragmático, tudo isso, pode ser enriquecido de vida e tornado precioso para o espírito! Procuram, insistentemente, que lhes sejam restituídos os seus “deuses confiscados” - o cotidiano, o presente, a paixão e a compaixão de se sentirem humanos, vivos: a cozinha da vida – feita de: aqui, agora, hoje. Algumas, com segura intuição do já vivido, parecem adivinhar que, só a partir delas, podem ser salvas da queda num vazio fora do tempo e do espaço, que precisam se cuidar sempre... Outras, vivem, como no dizer de EMILY DICKINSON (1985 *apud* BORGES e ATIÊ, 1989:180), o sentimento de que: “*A dor tem um elemento em branco*”.

Estar fora desse lugar – o de cuidar de outros – é alarmante, pois as lança, muitas vezes, para si mesmas, para o desconhecido do corpo que são. Atira-as para a insegurança de se apresentarem como outras mulheres que existem adormecidas, e que podem ser acordadas para a vida a qualquer momento. Porque, para muitas delas, cuidar com valentia de outros, implicou se esquecerem de si, em não poder pedir cuidados de modo claro e explícito. Parecem usar o corpo para se esconderem, enfraquecem e ficam “nervosas” como tentativas de desespero, para poder existir e descansar, para serem vistas e ouvidas.

E as marcas de suas trajetórias vão sendo apresentadas: a saída do lugar de origem, da terra-mãe; o casamento e seus fracassos, o nascimento dos filhos, as mortes, as doenças, a luta pela autonomia financeira (ainda

que pequena), o trabalho. Se contam, tal como o tempo dos acontecimentos, obrigam - nos a rastrear o que são, não no que falam, mas no que fazem e fizeram. Como se nos dissessem: “... *não adianta querer saber de mim no que digo que sou, saberá melhor no que digo que fiz, onde fiz e como fiz*”. Os atos de viver ganham o lugar das imagens verbais – a representação é real.

Em pesquisa realizada por PAIVA (1992), os dados do IBOPE deixam claro que todos os segmentos sociais consultados, e em especial os moradores de bairros de classe média, esperam que a escola promova a internalização de padrões morais, de comportamentos e atitudes que contribuam para a paz social e evitem ou restrinjam a criminalidade. A população pauperizada, porém, mostra-se especialmente preocupada em assegurar proteção e assistência para seus filhos – em especial alimentação e segurança - de modo a poder evitar a prática que se tornou corrente nos últimos anos, de deixar trancadas as crianças para que não possam sair à rua na ausência dos pais – bem como minimizar seus problemas domésticos, encontrando em casa “menores” socializados, de modo a desenvolver atitudes que não perturbem a paz familiar, nem adicionem preocupações às já existentes.

Capítulo II

ANÁLISE DA REALIDADE: A EDUCAÇÃO E A SAÚDE COMO ALVOS NUM ESPAÇO DIVIDIDO

As práticas de Educação e Saúde são inseparáveis. A Educação é importante porque é através do conhecimento, do saber sistematizado que a pessoa passa a compreender e entender melhor o mundo. Desta forma, quando o Estado investe em educação, ele está investindo no cidadão.

Para que o país se desenvolva, ele não pode deixar de lado Educação e Saúde; daí, ser indispensável a articulação dessas duas práticas sociais. Essas duas redes precisam andar juntas, pois sem educação, sem instrução, sem saúde não é possível esperar grande coisa do povo. Tais práticas são necessidades perenes que a população reclama com justa razão, tendo em mente a relação dialética entre a quantidade e a qualidade, tanto de Educação como de Saúde.

Apesar das inúmeras dificuldades nas quais as políticas públicas esbarram, como por exemplo, a sociedade ser economicamente estratificada e com interesses ditados pela classe dominante, pouco sensível, o Estado, ao longo da história, tem procurado atender, dentro de limites de classe, as reivindicações do povo. O Estado criou a base, sob pressão, construindo escolas e postos de saúde. Falta, entretanto, articulação entre os demais aparatos sociais como segurança pública, habitação, saneamento básico, dentre outros.

De certa forma, com relação à saúde, o cidadão, ao longo de sua vida, é acompanhado através das mais diversas formas de acesso. Claro que esse acesso não é tão eficiente como parece e, sem sombra de dúvida, é fruto de conquista de árduas lutas do povo. Já no que diz respeito à educação, a criança só era considerada cidadã no momento em que tinha idade para o ingresso nos bancos escolares. Também, por conquistas populares, o panorama educacional tem sido modificado. Um bom exemplo dessa mudança é a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (nº. 9394/96) que delega ao Estado, em seus mais diferentes níveis, municipal, estadual e federal, a responsabilidade de arcar com a educação de seu povo desde zero ano até o Ensino Superior.

No final da década de 20, e início dos anos 30, segundo VALE (1994), o espírito de reconstrução bafejou a educação brasileira, o que levou o país a iniciar o processo significativo de organização do ensino. Segundo TEIXEIRA (1969), menos do que expansão quantitativa, a luta foi por melhorar a qualidade das escolas. *“Todo movimento era pela reforma de métodos e pela implantação de novos tipos de educação”*. O ideário “escolanovista” de então, privilegiou a qualidade, ressaltando a importância dos métodos e do aluno no processo escolar.

As ações de saúde, conforme MIRANDA e FERRIANI (2001), têm estado presentes na agenda governamental, desde a origem do Estado Brasileiro, embora de forma pontual e com predominância de ações de saúde pública e de campanhas de prevenção.

A assistência médica se incorporou efetivamente ao rol das ações asseguradas à população brasileira, por meio de mecanismos com

participação estatal em 1923, pela Lei Eloy Chaves, que criou as primeiras Caixas de Assistência e Previdência. Essa forma de incorporação definiu também os limites ao acesso: a assistência médica era benefício, ao qual passaram a fazer jus apenas os segurados previdenciários e seus dependentes, sendo oferecida por instituição e mecanismos vinculados às Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs).

Em 1930, a área sanitária passou a compartilhar com o setor educacional um ministério próprio, o Ministério da Educação e da Saúde Pública.

Segundo BERTOLLI FILHO (1998), o novo ministério determinou a remodelação dos serviços sanitários do país. Assim, pretendia-se garantir à burocracia federal o controle desses serviços, numa estratégia decorrente do centralismo político-administrativo, imposto por Getúlio Vargas.

A nova organização do setor da saúde anunciava o compromisso do Estado de zelar pelo bem-estar sanitário da população.

Depois do golpe que criou o Estado Novo, em 1937, a política populista e autoritária do Presidente Vargas voltou-se, ainda mais, para a população urbana, empregada nos setores industrial e comercial. A necessidade de obter apoio social e político e conferir alguma legitimidade ao estado ditatorial exigiu legislação social que garantisse maiores direitos aos trabalhadores urbanos.

TEIXEIRA (1969), incansável defensor da escola pública, evidenciou os problemas da “urbanização intensiva”, agravados pela falta de escolarização regular, que acentuariam, com certeza, os desequilíbrios sociais mercê da fragilidade de nossas instituições, do descuido histórico,

que nos levou a negligenciar a reconstrução contínua do existente e da imprudência de não *“darmos ao novo, ou ao que expandimos, as condições de eficiência ou eficácia que os novos tempos estavam a exigir”* (TEIXEIRA, 1969)

Durante o “Estado Novo” (1937-1945), a escola primária perdeu o seu prestígio, e a escola secundária multiplicou-se rapidamente, transformando-se, como dizia Anísio Teixeira, em escola “de passar de uma classe social para outra”. Improvisou professores; retomou métodos obsoletos, calcados na memorização; implantou, em definitivo, o “formalismo das notas e dos exames”; fez crescer a indústria de livros didáticos fáceis e fragmentados, “organizados” segundo o programa; tornou-se o campo predileto da iniciativa privada e forçou, conseqüentemente, a procura do ensino superior, abrindo as portas às “concessões” dos estudos universitários aos “empresários da educação”.

O setor privado da medicina começou a pressionar o governo federal e os governos estaduais a restringir, ou mesmo, interromper os planos de construção de hospitais públicos. Como acontecia com o setor da educação, os proprietários de casas de saúde defendiam a posição de que o Estado não deveria competir com a medicina privada. Deveria fazer doações e empréstimos, a juros baixos, para que os empresários criassem uma grande rede de clínicas e hospitais. Essa rede venderia seus serviços à população, aos institutos de aposentadoria e pensões e ao próprio governo.

TEIXEIRA (1969), refere que no período entre os anos 50 e 60 foi possível perceber que o particular não é convocado para agir como público, mas ao contrário, é convocado a participar dos órgãos públicos, no caráter

de privado, e para representar, dentro do público, o privado. Desta forma, a nação percebeu a necessidade de “desprivatizar o público” e caracterizar o Estado como responsável direto pela oferta de educação, em quantidade e qualidade, ao povo brasileiro.

Em maio de 1953, segundo período presidencial de Vargas, foi criado o Ministério da Saúde. Esse ministério contou com verbas irrisórias no decorrer da década de 50, confirmando o descaso das autoridades com a saúde do povo, semelhante ao que ocorria na educação.

O precário atendimento à infância era outra marca visível da crítica situação da saúde no país, em contraste com a euforia desenvolvimentista dos anos 50 e 60.

Em 1956, o Ministério da Saúde foi incumbido de desenvolver novo e eficiente programa voltado para a assistência às crianças. Multiplicaram-se os serviços de higiene infantil e os postos de puericultura, que incluíam, em suas atividades, não só o acompanhamento e a vacinação e o tratamento das crianças doentes, mas também, a assistência às mães.

A prioridade à compra de serviços médicos ao setor privado – faz-se fortemente presente a partir da década de 60. O Fundo de Assistência à Saúde direcionava recursos públicos destinados ao financiamento do setor privado, através de credenciamentos, para a compra de serviços e de convênios com empresas; instalava-se, assim, expressiva rede privada na área médico-hospitalar. Ao mesmo tempo, ocorreu processo de fragilização e redução da presença relativa da rede pública de saúde (MENDES, 1994 *apud* MIRANDA e FERRIANI, 2001).

A crise econômica determinou a má distribuição da renda, diminuindo a qualidade de vida da população, logo, aumentado as necessidades de atenção à saúde. Por outro lado, a receita fiscal e de contribuição social também diminuíram, com enorme impacto nos recursos destinados à saúde. A saída encontrada foi a compressão dos gastos com a saúde para manter a cobertura previdenciária, o que ocorre até nossos dias (CAMPOS, 1997 apud MIRANDA e FERRIANI, 2001).

Aproveitando-se das dificuldades das antigas caixas e institutos de aposentadoria e pensões, o governo criou, em 1966, o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), unificando todos os órgãos previdenciários que funcionavam desde 1930.

O Estado tornou-se o único coordenador dos serviços de assistência médica, aposentadoria e pensões destinados às famílias dos trabalhadores, mediante o desconto de 8% do salário mensal.

O primeiro efeito do golpe militar, em 1969, sobre o Ministério da Saúde foi a redução das verbas destinadas à saúde pública. Aumentadas, na primeira metade da década de 60, tais verbas decresceram até o final da ditadura. O Ministério da Saúde teve de se restringir, quase somente, à elaboração de projetos e programas, delegando a outras pastas, como as da Agricultura e da Educação, parte da execução das tarefas sanitárias.

A Educação, “terra de ninguém”, após 1964, período da ditadura militar, será “invadida” e reorganizada de alto a baixo; o ensino superior terá a sua lei (5.540/68); 1º e 2º graus serão reorganizados pela Lei 5.692/71 e o aluno será alvo de projeto político - pedagógico único (Decreto-Lei nº: 869 de 12 de setembro de 1969 - Educação Moral e Cívica), que o trabalhará,

desde as séries iniciais, até a universidade. A educação passa a ser a educação do sistema autoritário, e em contraposição à “pedagogia da ditadura”, surgem as tentativas de educação popular, comprometida com diferentes movimentos sociais, passando a ser instrumento de conscientização e de libertação. Assim, a educação popular, nascida no bojo da ditadura militar, se configura como essencialmente política, atendendo assim, ao pólo da qualidade. Neste caso, a alfabetização e o conhecimento escolar se alinham na perspectiva da transformação social, que vê no ser humano “o próprio autor das condições históricas de sua existência”. Persistia uma contradição evidente: o sistema escolar, sob vigilância da Ditadura, atendia a quantidade com ensino criticado pelos educadores progressistas. Em contraposição, as iniciativas, fora do sistema escolar, careciam da quantidade.

A partir da década de 70, houve algumas iniciativas governamentais, entre elas: a implantação do Fundo de Assistência Rural (FUNRURAL), que incorporou parcialmente a população rural; o Plano de Pronta Ação (PPA), que estendeu a toda a população, independentemente de vínculo previdenciário, o atendimento de urgência; a implantação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que expandiu a cobertura com atenção básica à saúde e, posteriormente, com Ações Integradas de Saúde (AIS), as quais, mediante parceria com Estados e Municípios, ampliaram a cobertura dos Serviços de Assistência médico-hospitalar à população não-previdenciária.

Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Ao incorporar o INPS, o Ministério da Previdência livrou-se das

imposições do Ministério do Trabalho, renovando assim, a promessa de garantir a saúde dos segurados.

Em 1975, foi criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS), projeto que tinha por finalidade baratear e, ao mesmo tempo, tornar mais eficazes as ações de saúde em todo o país.

Com a criação do SNS, ficou delineada a ampliação das bases sociais e o atendimento às reivindicações populares.

Entre o final da década de 50 e o início dos anos 80, o atendimento hospitalar cristalizou-se definitivamente como núcleo da atenção médica na sociedade brasileira. A distribuição territorial da população brasileira nessa época transforma-se: há prevalência da população urbana sobre a rural; o atendimento da previdência social estende-se a todos os trabalhadores; ocorrem mudanças nos padrões de reprodução humana, decorrentes das próprias mudanças socioeconômicas que o país e o mundo vivenciam, tudo isso influenciando as questões sanitárias.

Neste mesmo período, consolidou-se no país o Movimento pela Reforma Sanitária, cujas principais reivindicações eram: melhoria das condições de saúde da população, reconhecimento da saúde como direito universal, responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito, reorientação do modelo de atenção sob a égide dos princípios de integralidade da atenção e da equidade, reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pelas provisões de ações e serviços.

A luta dos profissionais de saúde, aliada à construção de sólida aliança política em torno da Reforma Sanitária, foi legitimada em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde. A articulação precisa durante a

Assembléia Nacional Constituinte garantiu a incorporação dos princípios a Reforma Sanitária no texto final da Constituição Federal de 1988, que impôs transformação radical ao sistema de saúde brasileiro. Não só reconheceu a Saúde como direito social, mas também constituiu novo paradigma à organização da ação estatal na área. A Constituição também trata, em seu artigo 205, da Educação como direito de todos e dever do Estado.

A partir de 1980, surge no âmbito da educação o movimento de revisão e reflexão que procura resgatar o trabalho do professor e da escola pública. É movimento que, ao arripio das teorias reprodutivistas da escola, procura evidenciar que, embora o Estado seja Estado de classe, portanto Estado comprometido com os interesses de minorias poderosas, é palco de luta “cujos resultados são importantes para as camadas populares”. Nesse sentido, quando essas exigem mais e melhores escolas, a preocupação maior é garantir a quantidade (mediante a universalização do ensino básico) e a qualidade (mediante ensino significativo centrado no “conhecimento clássico” historicamente elaborado) (SAVIANI, 1992:19-32). Longe, portanto, de considerar a educação popular como a educação dos trabalhadores por eles mesmos, tem-se a visão de escola pública popular, que oferece a todos os jovens e adultos educação escolar que alia o saber à cidadania, o saber erudito ao compromisso político, que articula organicamente os fins e os meios, o técnico e o humano, o conteúdo e a forma, o ensino e o contexto, o objetivo e o subjetivo num espaço específico: a sala de aula.

No período de 1989/90, foi elaborada a Lei nº. 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde,

sobre as Constituições Estaduais e sobre as Leis Orgânicas Municipais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com relação à educação, CARDOSO (1991), explicita que seus problemas crônicos são acesso à escola e qualidade do ensino.

Os dados de 1990 da Secretaria da Educação de São Paulo, citados por CARDOSO (1991) mostram que, com exceção da matrícula inicial na rede pré-escolar (no qual matriculam-se 24% das crianças em escolas particulares, 65% nas escolas municipais e apenas 11% nas estaduais), no 1º grau (atualmente Ensino Fundamental), a rede pública absorve a imensa maioria das matrículas (79% na rede estadual e 9,25% na municipal, contra apenas pouco menos de 12% nas escolas particulares).

Nas escolas de 2º grau (atualmente Ensino Médio), o panorama é diferente. Embora a rede estadual tenha crescido entre 1980 e 1988 (passando de 57% para 66,5%) e a rede privada tenha decrescido, no mesmo período, de 40,65% para 31,7%, é inegável que o Ensino Médio público ainda apareça como deficiente, em termos de oferta.

O principal, entretanto, não é sequer sublinhar que a expansão da rede pública de Ensino Médio ainda é insuficiente para garantir acesso amplo à educação. O que realmente condiciona a análise é que, quando houve democratização, ela foi antes falsa do que verdadeira.

Em outros termos, houve ampliação numérica das vagas em todos os níveis: aumentaram-se os investimentos físicos para as escolas, criaram-se programas assistenciais importantes (como o da merenda escolar e o livro didático) mas não se conseguiu reter a criança na escola, nem aumentar suficientemente, a permanência do aluno na sala de aula, nem motivar e

pagar condignamente o professor e nem sequer, reequilibrar a oferta pública e gratuita de vagas entre os vários níveis do ensino (Básico e Superior) em face da oferta privada.

Os dados mostram que se quisermos levar a sério a democratização do ensino, não basta pensar no acesso à escola. É preciso criar condições para a permanência nela, para a extensão do período de aula e para o treinamento e a motivação do professorado, sem os quais, a qualidade do ensino será baixa. Além disso, não é possível ficar cego à realidade social: a evasão escolar, a repetência, o mau aproveitamento da escola, são também causados pela má distribuição da renda e pelo desemprego, que levam à necessidade do trabalho do menor e à desorganização da família.

Os direitos à vida, à saúde e a garantia de acesso à educação estão assegurados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (BRASIL, 1990). Segundo o ECA, em seu Título II, Capítulo I, Artigo 7º *“a criança e o adolescente têm direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”* (BRASIL, 1990, p.15). A criança e o adolescente são cidadãos em crescimento e desenvolvimento; merecem proteção especial da família, da comunidade e do Poder Público, devendo este, criar programas assistenciais que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência e assegurem à gestante, à parturiente e à nutriz, ou à mulher que amamenta, todas as condições necessárias.

Ainda no ECA, o acesso à educação da criança e do adolescente está garantido no Capítulo IV, Artigo 53: *“a criança e o adolescente têm direito à*

educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho, assegurando – se -
lhe:

- I. Igualdade de condições para o acesso e permanência na escola;*
- II. Direito de ser respeitado por seus educadores;*
- III. Direito de contestar critérios avaliativos, podendo recorrer às instâncias escolares superiores;*
- IV. Direito de organização e participação em entidades estudantis;*
- V. Acesso à escola pública e gratuita próxima de sua residência.”*

Atualmente, é possível constatar que, na saúde, o modelo médico - assistencial foi substituído por um projeto neoliberal, ainda que os princípios da Reforma Sanitária estejam incorporados ao arcabouço jurídico da legislação constitucional.

As camadas populares sempre tiveram consciência de que há bens sociais que poderiam ser chamados de gerais, como a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, alimentação, o transporte que precisam ser garantidos como condição mínima necessária para uma vida digna e honesta. E, historicamente, sabe-se, que sem pressão social, sem luta, as reivindicações costumam cair no vazio da acomodação.

Compreender o nível em que se acha a luta de classes em dada sociedade é indispensável à demarcação dos espaços, dos conteúdos de educação e de saúde, do historicamente possível, portanto, dos limites da prática político - educativa.

A luta pela escola pública, que torne realidade a dialética da quantidade-qualidade faz sentido, porque a educação escolar, mantida pelo

poder público, é hoje, o único espaço possível para milhões de crianças das camadas populares adquirirem os instrumentos intelectuais indispensáveis à inserção no mundo contemporâneo (VALE, 1997:45).

Hoje, somente a escola pública, leiga, gratuita e democrática, pode e deve atender a quantidade: num país honesto, nenhuma criança poderá ficar à margem do processo de escolarização. O atendimento à quantidade é prioridade. Colocar o povo na sala de aula é medida salutar, contanto que se cuide, também, da qualidade da educação oferecida à população, que através do trabalho produtivo gera as condições para a manutenção da estrutura escolar. É preciso, porém, estar alerta às artimanhas do poder que sob o pretexto de atender a quantidade, mediante o acesso às oportunidades educacionais, descuida da infra-estrutura escolar, da formação de novos docentes e superlota as classes (a forma mais perversa e eficaz de inviabilizar o ensino de qualidade e desmoralizar a escola pública, paralisando qualquer esforço pedagógico mais sério).

SAVIANI (1992) diz que a escola tem o papel de possibilitar o acesso das novas gerações ao mundo do saber sistematizado, do saber metódico, científico. Ela necessita organizar processos, descobrir formas adequadas a essa finalidade. Assim, a função da escola é socializadora, com já dizia Durkheim. O saber produzido socialmente é força produtiva, é meio de produção. Na sociedade capitalista, a tendência é torná-lo propriedade exclusiva da classe dominante. É importante lembrar que, elaboração do saber não é sinônimo de produção do saber. A produção do saber é social, dá-se no interior das relações sociais. A elaboração do saber implica em expressar, de forma elaborada, o saber que surge da prática social. Se a

escola não permite o acesso a esses instrumentos, os trabalhadores ficam bloqueados e impedidos de ascenderem ao nível da elaboração do saber, embora continuem, pela sua atividade prática real, a contribuir para a produção do saber. O saber sistematizado continua a ser propriedade privada a serviço do grupo dominante. O povo precisa da escola para ter acesso ao saber erudito, ao saber sistematizado e, em consequência, para expressar, de forma elaborada, os conteúdos da cultura popular que correspondem aos seus interesses.

Um povo sem educação, também será um povo sem as mínimas condições de saúde, pois essas práticas sociais estão, ou pelo menos, deveriam estar intrinsecamente relacionadas.

VALE (1994), ao se referir ao pensamento de Saviani, insiste na importância de não perder de vista que a educação, como prática mediadora, relaciona-se dialeticamente com a sociedade; ou seja, a educação, como “prática mediadora”, terá “na prática social, o seu ponto de partida e o seu ponto de chegada”.

Segundo VALE (1997:21), *“hoje, mais do que nunca, urge re/construir a escola pública como o único espaço institucional que pode abrigar os filhos das camadas populares; todavia, não basta “dar escola para todos”; será preciso pensar em desenvolver no interior da escola pública o ensino de qualidade que vá eliminando, gradativamente, a velha “dualidade da educação brasileira” com a construção de uma escola que possa ser freqüentada por todos os brasileiros, ricos e pobres, sem qualquer distinção de raça, cor ou sexo, como estabelece a constituição do país”*.

Ao discutir a problemática da educação brasileira, sob a ótica da divisão socioeconômica, LEMME (1988), explicita, de maneira corroborada nesse trabalho, o seguinte:

1. *“Nasce uma criança em zona rural longínqua, em família onde a miséria reduz as criaturas a condições subumanas, no limite da sobrevivência. Se essa criança não morrer, ela vai engrossar os milhões de famintos, doentes e analfabetos, que constituem a maioria da população brasileira.*
2. *Nasce uma criança na cidade, numa família pobre, numa favela ou num mucambo, por exemplo, o alimento é escasso e a “moradia” péssima. O produto, que já nasce fraco, tende, naturalmente, a deteriorar ainda mais. O meio inculto não estimula a educação e o ensino. Na escola, quando elas as freqüentam, todas essas condições de inferioridade social explodem: freqüência esporádica, pouco aproveitamento. Repetência, abandono dos estudos, mal alfabetizadas, pois o estudo regular é uma atividade acima de suas condições sociais.*
3. *Nasce uma criança numa família operária, onde todos têm que trabalhar para fazer face às despesas sempre crescentes. A criança é mandada à escola e aí mantida com grandes sacrifícios. Alfabetiza-se, mas deve trabalhar o mais cedo possível, e abandona a escola com um curso elementar precário.*

-
4. *Nasce uma criança em família de classe média. Com maior ou menor esforço, dependendo do nível econômico muito variável, a criança é mantida na escola até os mais altos estágios possíveis: pode chegar até o fim dos cursos médios e muitas vão mesmo até os cursos superiores.*

 5. *Nasce uma criança numa família de classe rica, dominante, detentora dos meios de produção. Os cursos superiores são privilégio dessas crianças”.*

Com relação à saúde, sabe-se que ela também sempre se constituiu em motivo de luta das classes populares e que, no entanto, sempre foi privilégio das classes dominantes, sendo oferecida apenas uma saúde caracterizada como de má qualidade, e até de desprezo para as classes trabalhadoras. Entretanto, hoje, tanto a educação quanto a saúde são conquistas importantes da população, que tem nesses aparelhos ideológicos do estado (A.I.E.), condições de vida melhor, pelo menos, do ponto de vista de que são direitos garantidos pelo Estado.

ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS, EDUCACIONAIS E DE SAÚDE

ENCONTRADOS NA ANÁLISE DA COORTE

A pesquisa ora apresentada, teve como alvo o município de Ribeirão Preto, localizado a nordeste do Estado de São Paulo, a 329 Km da capital do Estado, na região Sudeste do Brasil. Possui uma área total de 1.057 Km² e, destes, 651 Km² correspondem ao perímetro urbano, sendo que 477 Km² correspondem ao município sede e 174 Km² ao distrito de Bonfim Paulista. Sua altitude é de 518 metros, sendo o morro São Bento o ponto mais alto da cidade. Contava, na época do estudo e coleta dos dados dos recém - nascidos (1978/1979), com 318.496 habitantes, sendo 308.345 (96,81%) residentes em zona urbana e 10.151 (3,18%) em zona rural, com densidade demográfica de 301,21 hab/Km². Havia 77.105 domicílios particulares e fixos, dos quais 81,26% eram ligados à rede de esgoto e 98,13% tinham rede elétrica (IBGE, 1980).

A população economicamente ativa (PEA) correspondia a 136.034 pessoas (42,71% da população total) e as principais atividades econômicas eram: prestação de serviços, comércio de mercadoria e indústria de transformação, com destaque à agro - indústria da cana de açúcar, constituindo-se na mais importante região do país nessa atividade, absorvendo 77.399 pessoas (56,89% da PEA)

O rendimento mensal médio *per capita* era de 1,85 salários mínimos, em torno de US\$ 72,55, sendo que 35.676 pessoas (26,22% da PEA) recebiam até um salário mínimo e 25.801 (18,96% do PEA) recebiam acima de dez salários mínimos.

Na época da coleta dos dados dos conscritos (1996/1997), a cidade de Ribeirão Preto apresentava uma população de 456.252 habitantes, dos quais 454.124 (99,5%) residiam em zona urbana e 2.128 (0,5%) em zona rural, com densidade demográfica de 431,65 hab/Km² (IBGE, 1996). Houve um acréscimo de 43,2% em sua população total desde o início do projeto, e um aumento da densidade demográfica de 130,44 hab/Km², além de uma diminuição da população residente na zona rural. A população economicamente ativa em 1994 era de 32% da população, com uma redução de 10% desta população em relação ao início do projeto. Este fato pode estar ligado ao aumento proporcional da população de idosos.

A cidade tem uma das maiores rendas *per capita* do país (em torno de US\$ 5.800 por ano) e 99% dos domicílios têm água encanada (BARBIERI *et al.*, 1989). Mantém-se como um pólo agro - industrial, sendo também, um centro regional e universitário; e as principais atividades econômicas, além da agroindústria da cana de açúcar, são o comércio, a área financeira e a prestação de serviços.

O projeto “Saúde perinatal em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil” foi derivado de um projeto denominado “Estudo epidemiológico-social de parâmetros de saúde materno-infantil”. Este projeto foi diretamente equacionado na comunidade na tentativa de se buscar modelos mais explicativos para as desigualdades sociais no processo saúde-doença e no uso de serviços médicos. O intuito inicial, segundo BARBIERI *et al* (1989) e GOMES *et al* (1990), era dispor de um grande campo de investigação das questões perinatais e de reprodução humana, para análise do processo

saúde-doença e da assistência médica, bem como das suas conseqüências na mortalidade infantil.

O projeto inicial “Saúde perinatal em Ribeirão Preto” deu oportunidade para que os pesquisadores realizassem o acompanhamento de um grupo de pessoas com características comuns, o que caracteriza um estudo de “coorte”. Segundo PEREIRA (1995, *apud* HAEFFNER, 1999:33), este estudo trata-se de um “estudo de coorte longitudinal, individual e prospectivo”. É o estudo de “coorte de nascimentos”, por estar constituído de pessoas nascidas em um determinado período (1º de junho de 1978 à 31 de maio de 1979) e que foram acompanhadas, no tempo e no espaço, para coleta de informações pertinentes sobre a exposição de interesse. É um estudo “longitudinal”, visto que dados foram coletados dos mesmos indivíduos em várias épocas de suas vidas. É também, um “estudo individual”, já que existem os dados de cada indivíduo da amostra, e um “estudo prospectivo”, pois realizou o seguimento de recém-nascidos até os 18 anos de idade, ligando eventos do nascimento com eventos na escola e no serviço militar.

Embora o objetivo inicial do projeto tenha sido abordar as questões perinatais e de reprodução humana, outras questões despertaram interesse dos pesquisadores, entre elas, as repercussões que as condições de desenvolvimento da criança, no período intra-uterino, iriam ter sobre o seu futuro. Além disso, a observação de que existem articulações entre determinantes biológicos do crescimento nas várias etapas dentro do contexto social em que o crescimento infantil se processa, evidenciou a necessidade de se conhecer melhor o crescimento das crianças

pertencentes à coorte de recém-nascidos 1978/1979, em função de algumas condições no nascimento (BETTIOL, 1995).

A época de melhor probabilidade de encontro do maior número possível de indivíduos da coorte foi quando estivessem na idade escolar e para o sexo masculino por ocasião do alistamento militar. Para isto, no período de 1987 a 1989 foi realizado um projeto para localização e avaliação do crescimento físico de escolares nas escolas de Ribeirão Preto, e no período de 1996 a 1997 o projeto para avaliação dos conscritos.

Considerações sobre o projeto perinatal realizado de 1º de junho de 1978 à 31 de maio de 1979

A população do estudo constituiu-se de todos os recém-nascidos de parto hospitalar de Ribeirão Preto de 1º de junho de 1978 à 31 de maio de 1979. O município de Ribeirão Preto contava, na época, com 8 hospitais que apresentavam serviço de maternidade: o hospital universitário, denominado Hospital das Clínicas, e composto de duas unidades – Cidade e Campus (atendia quase que, exclusivamente, indigentes, isto é, pessoas de nível socioeconômico muito baixo, sem qualquer vínculo previdenciário), a Santa Casa de Misericórdia (atendia indigentes, previdenciários e particulares), os Hospitais São Francisco, Ribeirânia, Beneficência Portuguesa, São Paulo (atendiam previdenciários e particulares) e o São Lucas (atendia, exclusivamente, particulares).

A decisão, quanto à população de estudo, baseou-se no fato de que vários trabalhos demonstraram que, em Ribeirão Preto, a maioria dos nascimentos ocorria em hospitais, tendo o percentual aumentado de 71,3%

em 1956, passando a 83% em 1962 e atingindo o valor de 93,4% em 1966 (BARUFFI *et al.*, 1965; CARVALHEIRO, 1970). Segundo TERUEL (1971) e PUFFER & SERRANO, (1975) entre 1968 e 1970, 95% dos nascimentos ocorriam em hospitais. Esta porcentagem foi ultrapassada entre 1972 e 1974 (CARVALHEIRO, 1975).

O período de estudo (1º de junho de 1978 e 31 de maio de 1979) foi escolhido por estar relacionado à época de modificação do salário mínimo, que permanecia constante por um ano, sendo reajustado anualmente no mês de maio (BARBIERI *et al.*, 1989).

A amostra foi intencional e envolveu todas as mães de recém-nascidos vivos nas 8 maternidades de Ribeirão Preto. Foi realizada entrevista com a mãe logo após o nascimento do recém-nascido, o que originou 9223 questionários, representando, aproximadamente, 98 % do universo de nascimentos no período (**Anexo 1**). Excetuando-se as mães que residiam fora de Ribeirão Preto, sobraram 6800 recém-nascidos, cujas mães residiam em Ribeirão Preto. Trava-se de 3468 do sexo masculino e 3332 do sexo feminino.

As 8 maternidades foram visitadas diariamente por entrevistadores, 7 dias por semana, incluindo feriados. As entrevistas foram realizadas com o consentimento prévio das mães. Quando houve falta de informações, estas foram obtidas no prontuário do hospital.

Durante a entrevista, os questionários eram avaliados e conferidos e, caso apresentassem insuficiência de informações ou dúvidas, os mesmos eram refeitos, através de nova entrevista. Durante toda a coleta dos dados,

realizava-se uma reunião semanalmente com os participantes do estudo, para que o projeto pudesse ser avaliado continuamente.

O projeto foi coordenado pelos Profs. Drs. Marco Antonio Barbieri (docente do Departamento de Puericultura e Pediatria) e Uilho Antonio Gomes (docente do Departamento de Medicina Social), ambos da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Foram eles mesmos que realizaram o treinamento da equipe de entrevistadores e antropometristas no projeto - piloto, realizado em 3 hospitais.

Os questionários utilizados constaram fundamentalmente de 8 itens: relativo aos pais, à renda, à gestação e ao parto (incluindo a atenção médica), ao recém nascido, ao óbito da criança (quando ocorresse), à etnia e à reprodução humana (GOMES, 1979; BARBIERI, 1985).

As informações foram obtidas por meio de entrevista com todas as mães que deram à luz um ou mais nativos, dos registros e prontuários da maternidade, dos atestados de óbito das crianças do projeto, que morreram durante o primeiro ano de vida, coletados nos cartórios de Ribeirão Preto e seus distritos, até um ano após completada a coleta nos hospitais, isto é, até 31 de maio de 1980, para permitir a análise da mortalidade infantil (ALMEIDA, 1988).

Desde a primeira versão do projeto de 1978/1979, o ponto básico de sustentação, era articular os determinantes biológicos do processo saúde-doença na população materno-infantil dentro de um contexto social, na tese de que as causas sociais podem desencadear e transformar os fatores biológicos. Para tanto, foi fundamental a operacionalização da classificação

sócio-econômica da população em estudo. O modelo de estratificação escolhido para o estudo perinatal utilizou como uma categoria econômica, a posição social no processo produtivo do chefe de família. De acordo com o modelo proposto por SINGER *apud* BETTIOL (1995) e modificado por BARROS *apud* BETTIOL (1995), sua operacionalização para uso epidemiológico, empregou, basicamente, dois indicadores: posição na ocupação (relação de trabalho) e tipo de ocupação (ocupação - função). Por outro lado, o nível de renda e o número de empregados estabeleceram, com os outros indicadores, um conjunto de grupos “sócio ocupacionais” que, reagrupados, permitiram a discriminação das “frações de classes” na população estudada.

Duas classes foram reconhecidas: a burguesia e o proletariado. A burguesia monopoliza a propriedade dos meios de produção e de controle social e pode ser dividida em três frações de classes: burguesia empresarial, burguesia gerencial e pequena burguesia. A burguesia empresarial é composta pelos proprietários legais dos meios de produção, a burguesia gerencial inclui os dirigentes assalariados das empresas, os administradores e os técnicos, e a pequena burguesia que trabalha, mas ao mesmo tempo, é proprietária dos seus meios de produção. O proletariado não detém a propriedade dos meios de produção e seus componentes vendem, no mercado, sua força de trabalho. Trata-se do conjunto de todos os assalariados, excetuando-se os que compõem a burguesia gerencial. Existe também o subproletariado, que é composto por desempregados, trabalhadores agrícolas e trabalhadores com ocupações irregulares, com

inserção débil nas relações de produção como empregadas domésticas, trabalhadores da construção civil, diaristas e ambulantes.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROJETO CONSCRITOS REALIZADO EM 1996/1997

O serviço militar foi outro momento analisado pelos coordenadores do projeto inicial como maior probabilidade de se encontrar um número significativo dos recém-nascidos pertencentes à coorte de 78/79, embora isto representasse encontrar somente os indivíduos do sexo masculino. A população desta etapa do projeto constituiu-se de todos os conscritos nascidos de parto hospitalar em Ribeirão Preto no período de 1º de junho de 1978 a 31 de maio de 1979.

Foram localizados, na Junta de Serviço Militar de Ribeirão Preto, 2847 conscritos, que tinham nascido no município, no período do primeiro estudo (80,9%). Deste total, que se referia ter nascido no período do estudo na cidade de Ribeirão Preto, 2083 faziam parte da coorte. Este total de 2083 conscritos que apresentava ficha nos dois momentos do estudo: recém-nascidos e aos 18 anos, representou 69,1% do total de indivíduos do primeiro estudo (3468 recém-nascidos do sexo masculino) (**Anexo 2**). Várias causas são responsáveis pela não localização dos meninos da coorte no serviço militar, dentre elas, podem ser citadas: invalidez importante (que os libera do exame médico), migração, atraso na data do alistamento, óbito, data de nascimento errada, troca de nome pela mãe e adoção.

Os jovens da coorte de 1978 (nascidos entre 1º de junho e 31 de dezembro de 1978) alistaram-se no primeiro semestre de 1996, enquanto que, os jovens da coorte de 1979 (nascidos entre 1º de janeiro e 31 de maio de 1979) alistaram-se no primeiro semestre de 1997.

Após contato com a direção da Junta de Alistamento Militar de Ribeirão Preto, e com autorização recebida, iniciou-se em janeiro de 1997 a busca dos meninos da coorte entre os jovens que realizaram alistamento em 1996, através da realização de um levantamento de todos os alistados que tinham nascido no município de Ribeirão Preto, no período de 1º de junho de 1978 à 31 de dezembro de 1978. O levantamento dos jovens nascidos em Ribeirão Preto, no período de 1º de janeiro de 1979 à 31 de maio de 1979, ocorreu no mês de maio de 1997, quando já havia acabado o período de alistamento destes jovens.

As entrevistas com os conscritos foram realizadas por alunos de graduação e pós-graduação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, devidamente capacitados. Elas ocorreram no período em que os jovens alistados foram avaliados para seleção referente ao ingresso no serviço militar e foram realizadas no Tiro de Guerra, onde todos os jovens alistados comparecem com dia e hora marcados previamente, no momento do alistamento.

Como ocorreu com a primeira fase do projeto, a coordenação ficou a cargo dos dois professores anteriormente citados, e da Profa. Dra Heloísa Bettiol, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, que foram os que realizaram o treinamento da equipe de

entrevistadores para padronização da técnica de entrevista e preenchimento dos questionários.

O questionário utilizado na entrevista com os conscritos foi realizado na proporção de um para cada dois indivíduos. Nesta entrevista com os conscritos foram obtidos dados relativos ao próprio jovem e a seus pais, procurando definir a inserção social e familiar. Foram obtidos dados sobre a mãe (nome, ocupação e escolaridade), sobre o pai ou chefe de família (ocupação e escolaridade), sobre o conscrito (nome, endereço, data de nascimento, hospital em que nasceu, tipo de escola, escolaridade, hábito de fumar, ocupação, com que idade começou a trabalhar, ganho mensal, tipo de assistência médica, se ainda reside com os pais e quantas pessoas residem na casa, além dos dados antropométricos).

Os dados retirados da ficha de alistamento militar e anotados em ficha própria de cada jovem e os questionários das entrevistas, foram posteriormente codificados segundo o manual de codificação previamente elaborado e digitados em microcomputador. Todo o trabalho de organização do manual de entrevista e sua realização, codificação e digitação dos dados foi realizado por pós-graduandos e alunos monitores do Departamento de Puericultura e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

Esta coorte teve um longo período de acompanhamento, 18 anos, o que levou a uma reavaliação da classificação social. Deste modo, passou a se utilizar a classificação de OLSEN & FRISCHE (1993), que tem como base o *International System Classification Occupation* (ISCO, 1970), e leva em conta a ocupação do chefe de família:

-
1. Empregados assalariados, com formação universitária ou pessoa em cargos executivos;
 2. Pessoas em níveis baixos de gerência ou assalariados, com treinamento profissionalizante intermediário como enfermeiras ou professores de escolas;
 3. Assalariados, com níveis baixo de gerência ou trabalhadores com período curto de educação como policiais e auxiliares de enfermagem;
 4. Trabalhadores qualificados;
 5. Trabalhadores semi - qualificados e não qualificados;
 6. Pessoas sob treinamento ou estudantes;
 7. Desempregados e donas de casa.

BETTIOL *et al* (1998) modificaram esta classificação e a dividiram em 4 categorias:

1. Gerentes, executivos e empresários;
2. Administradores e empregados de nível médio;
3. Trabalhadores qualificados e semi - qualificados;
4. Trabalhadores não qualificados, estudantes e desempregados.

A fim de se igualar a classificação social dos indivíduos ao longo de todo o estudo da coorte, esta variável de todas as fichas foi recodificada, segundo o novo código. A partir daí, a classificação social passou a ser a mesma nos dois momentos.

GOLDANI (1997), em sua tese de doutorado, propõe uma nova classificação, levando em conta as diversas áreas geográficas

metropolitanas e utilizando dados do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, de 1991 (IBGE, 1991), referentes à localização dos domicílios e à distribuição de rendas por chefes de família residentes em Ribeirão Preto. Esta nova classificação passou a ser usada pela coordenação do projeto. A divisão entre diferenças sociais e divisão do espaço urbano é explicada por SANTOS (1993), quando cita que, cada homem vale pelo lugar onde está, tendo valor como produtor, consumidor, cidadão, dependendo de sua localização no território. Sob este ponto de vista, são introduzidos fatores que dizem respeito a lazer, comunicação, informação e acesso a bens e serviços, conduzindo a um olhar mais atento sobre as iniquidades sociais e suas conseqüências.

No presente estudo, utilizamos algumas variáveis do projeto perinatal 1978/1979 e do projeto conscritos 1996/1997.

Com relação ao projeto perinatal, utilizamos os dados referentes à maternidade onde a criança nasceu, a escolaridade da mãe e o bairro onde residia por ocasião do parto.

Os dados que nos interessam do projeto são os relativos ao bairro em que os conscritos residiam e seu grau de escolaridade aos 18 anos, por ocasião do alistamento militar.

Para a análise do grau de escolaridade, tanto das mães quanto dos conscritos utilizamos a escala proposta por BARATA (1997), e para a classificação do bairro, utilizamos a classificação geo - econômica proposta por GOLDANI (1997).

A seguir, apresentamos a escala proposta por BARATA (1997).

-
- MUITO BAIXO: nenhum grau freqüentado ou primário incompleto – até a 3ª série do 1º grau (0 a 3 anos de escolaridade);
 - BAIXO: primário completo ou 1º grau incompleto – da 4ª série à 7ª série do 1º grau (4 a 7 anos de escolaridade);
 - INTERMEDIÁRIO: 1º grau completo ou 2º grau incompleto – da 8ª série do 1º grau à 2ª série do 2º grau (8 a 10 anos de escolaridade);
 - ALTO: 2º grau completo ou superior incompleto – da 3ª série do 2º grau ao curso superior incompleto (11 a 14 anos de escolaridade);
 - MUITO ALTO: superior completo (15 anos ou mais de escolaridade).

É importante lembrar que, de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9394 de 1996, o primeiro grau passa a chamar-se Ensino Fundamental e o segundo grau, Ensino Médio, recebendo essas duas divisões o nome de Educação Básica. De acordo com essa observação, ficará mais fácil para a análise a nomenclatura rearranjada e proposta pela autora:

- MUITO BAIXO: nenhum grau freqüentado ou primeiro ciclo do ensino fundamental incompleto – até a 3ª série do ensino fundamental (0 a 3 anos de escolaridade);
- BAIXO: primeiro ciclo do ensino fundamental completo ou ensino fundamental incompleto – da 4ª série à 7ª série do ensino fundamental (4 a 7 anos de escolaridade);
- INTERMEDIÁRIO: ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto – da 8ª série do ensino fundamental à 2ª série do ensino médio (8 a 10 anos de escolaridade);

-
- ALTO: ensino médio completo ou superior incompleto – da 3ª série do ensino médio ao curso superior incompleto (11 a 14 anos de escolaridade);
 - MUITO ALTO: superior completo (15 anos ou mais de escolaridade).

Com relação à escolaridade dos conscritos, apesar de ter sido usada a mesma classificação proposta por BARATA (1997) e reagrupada pela autora, houve um rearranjo das categorias devido ao pequeno número de conscritos (32) com escolaridade muito baixa. Desta forma, os dados foram reagrupados e categorizados em: baixa, intermediária e alta e o grupo não referido.

Segundo GOLDANI (1997), a divisão geo-econômica do município é a seguinte:

- Bairros “Pobres”: aqueles que têm um percentual de 70% ou mais dos chefes de famílias com rendimento inferior a 5 salários mínimos e infra-estrutura (condições físicas) precária;
- Bairros “Médio – Baixos”: aqueles que têm um percentual entre 45 e 70% dos chefes de famílias com rendimento inferior a 5 salários mínimos;
- Bairros “Médio – Altos”: aqueles que têm um percentual entre 20 e 45% dos chefes de famílias com rendimento inferior a 5 salários mínimos.
- Bairros “Ricos”: aqueles que têm um percentual menor do que 20% dos chefes de famílias com rendimento inferior a 5 salários mínimos.

Esta classificação foi recodificada em 3 grupos e assim determinada:
bairro rico (considerado o bairro rico e o bairro médio alto), bairro médio
baixo e bairro pobre.

CAPÍTULO III

ANÁLISE DOS RESULTADOS DECORRENTES DA INVESTIGAÇÃO

O SISTEMA PÚBLICO ESTADUAL DE RIBEIRÃO PRETO:

CARACTERIZAÇÃO DA REDE ESCOLAR

O município de Ribeirão Preto, segundo dados fornecidos pela Diretoria de Ensino da Região de Ribeirão Preto, conta, atualmente, com 58 escolas estaduais (**Anexo 3**).

As 58 escolas estão distribuídas, de acordo com o nível de ensino que oferecem, da seguinte forma:

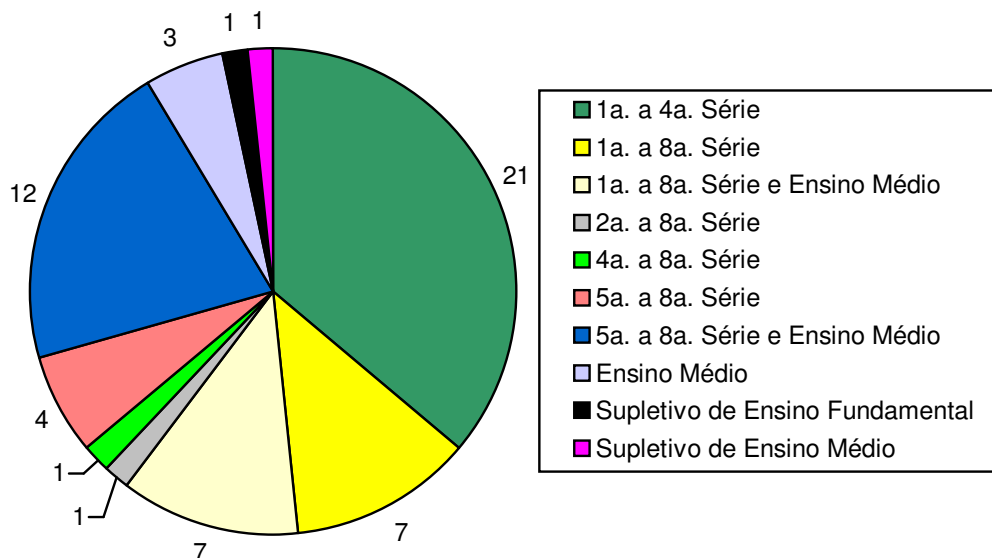


Gráfico I: Distribuição do número de escolas de acordo com o nível de ensino que oferecem.

Essas escolas estão distribuídas geo-economicamente, considerando seus bairros, segundo classificação proposta por GOLDANI (1997). Assim:

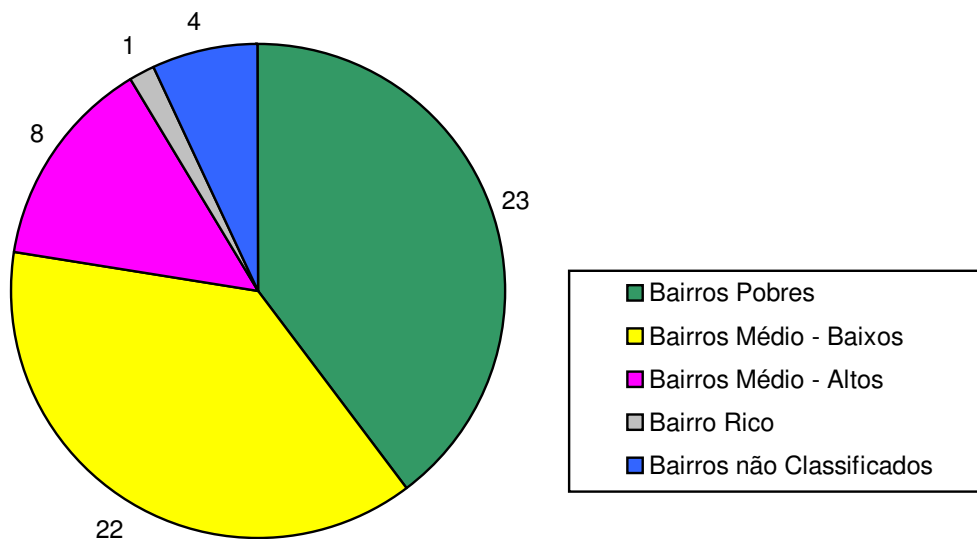


Gráfico II: Distribuição geo-econômica das escolas, proposta por GOLDANI (1997).

A partir da data de início de funcionamento das escolas, é possível agrupá-las:

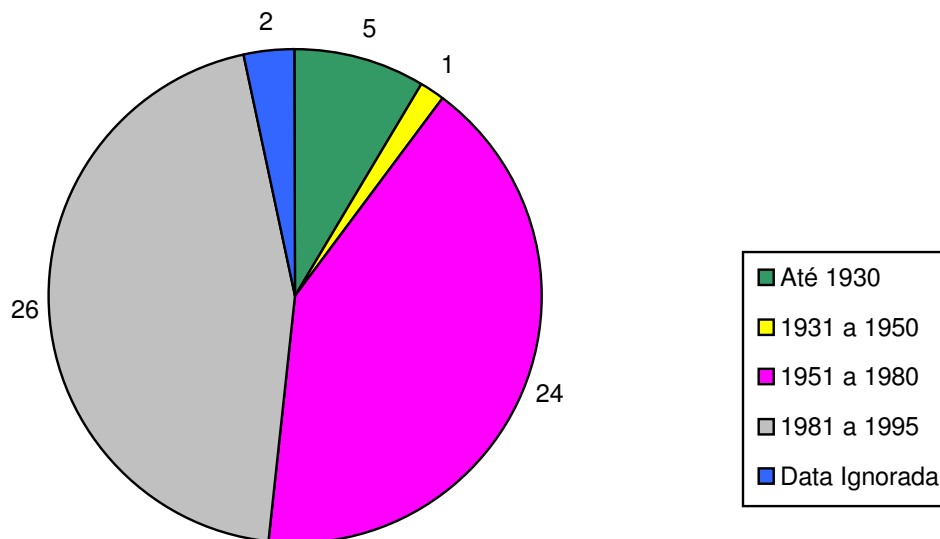


Gráfico III: Distribuição das escolas segundo a sua data de inauguração

Como neste trabalho, em 1996 - 1997, a coorte apresentava 18 anos, era esperado que estes conscritos estivessem cursando ou até mesmo já tivessem concluído o ensino médio.

Sabe-se que o ensino médio não é ainda acessível, pelo menos do ponto de vista de disponibilidade geográfica, a toda população, daí ser necessário caracterizar a distribuição das escolas que oferecem esse nível de ensino, segundo seus bairros de localização e sua datas de inauguração. Isso é importante para checar se o acesso à escola, em geral, e ao ensino médio, em especial, fruto de conquistas do povo condiz com as políticas públicas (SPOSITO, 1983, 1994).

Das 3 que oferecem exclusivamente o ensino médio, duas estão localizadas no centro da cidade e a outra no bairro Vila Tibério. Segundo a classificação geo - econômica proposta por GOLDANI (1997), o centro apresenta classificação média alta, enquanto a Vila Tibério está classificada em bairro com nível médio baixo. No caso das escolas localizadas no centro, vale dizer que essa classificação privilegia a população trabalhadora, pois o acesso a ônibus e a demais meios de transporte é bastante facilitado. Na cidade de Ribeirão Preto, grande parte do comércio fica localizado no centro, o que se constitui em importante fonte geradora de emprego.

Das 7 que oferecem o ensino fundamental completo e ensino médio, duas estão em bairro pobre, duas em médio-baixo, uma em médio-alto, uma em rico e uma no distrito de Bonfim Paulista, classificado como médio-baixo.

Das 12 que oferecem educação a partir do segundo ciclo do ensino fundamental, cinco estão localizadas em bairros médio - baixos, duas em médio - altos e cinco em pobres.

A escola que oferece, exclusivamente, supletivo do ensino médio, está localizada em bairro classificado como médio alto.

Uma outra forma de agrupar as escolas que oferecem ensino médio, sem subdividi-las quanto à oferta de ensino fundamental seria: 7 localizadas em bairros pobres; 9 em médio baixos; 6 em médio altos; 1 em rico.

É possível, também, agrupar essas 23 escolas segundo seus períodos de inauguração e o perfil seria das 7 localizadas em bairros pobres, 3 foram criadas entre 1951 e 1980, e 4 no período de 1981 a 1995; das localizadas em bairros médio - baixos, 6 foram criadas entre 1951 e 1980, 2 entre 1981 e 1995 e 1 sem data de inauguração; as dos bairros classificados como médio - altos, 2 foram criadas até o ano de 1930, 3 entre 1951 e 1980 e 1 entre 1981 e 1985; a única escola localizada em bairro considerado rico foi criada entre 1975.

O SISTEMA PÚBLICO ESTADUAL DE RIBEIRÃO PRETO:

CARACTERIZAÇÃO DOS POSTOS DE SAÚDE

Em Ribeirão Preto, existem 35 unidades de saúde, distribuídas da seguinte forma: 4 Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), 1 Posto de Atendimento Médico (PAM), 3 Centros de Saúde Escola (CSE), 22 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 1 Centro Médico Social Comunitário (CMSC), 1 Unidade de Saúde da Família (USF), 1 Núcleo de Gestão Assistencial (NGA), 1 Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e 1 Centro de Controle de Zoonoses (**Anexo 4**).

Entretanto, o Centro de Controle de Zoonoses e a Unidade de Saúde da Família foram inauguradas em 2000, portanto, em data posterior à da pesquisa com os conscritos, 1997.

Das 35 unidades de saúde, 13 estão localizadas em bairros pobres, 16 em médio-baixos, 3 em médio-altos, 1 em bairro rico e 2 em bairros não classificados.

O **Anexo 5** traz a distribuição geo-econômica proposta por GOLDANI (1997) e o **Anexo 6** refere-se à distribuição das escolas estaduais (quadrículos amarelos), dos postos de saúde (círculos vermelhos) e dos hospitais (quadrículos roxos), na cidade de Ribeirão Preto.

Com relação às datas de inauguração dos postos de saúde, o perfil é o seguinte:

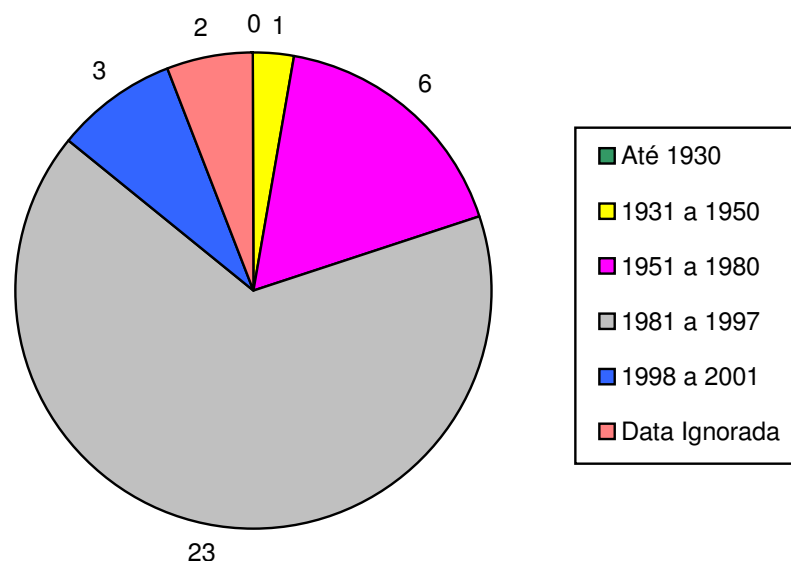


Gráfico IV: Distribuição dos postos segundo a sua data de inauguração

As tabelas a seguir, referem-se às crianças do sexo masculino, que nasceram nos 8 hospitais que tinham maternidade em Ribeirão Preto, no período de 1º de junho de 1978 à 31 de maio de 1979.

Escolaridade da mãe na data do parto	Freqüência	Porcentagem
Muito baixa	394	18,91
Baixa	964	46,28
Intermediária	258	12,39
Alta	247	11,86
Muito alta	160	7,68
Não conhecida	60	2,88
Total	2083	100

Tabela I: Escolaridade da mãe

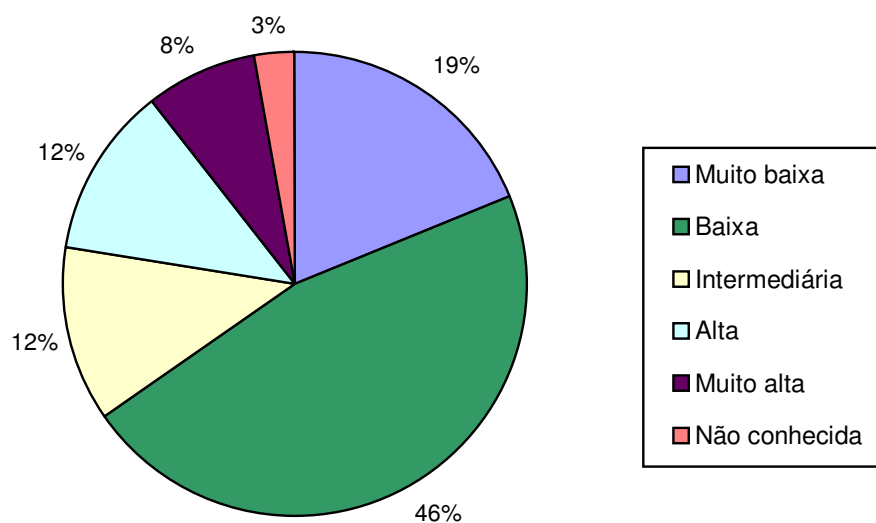


Gráfico V: Escolaridade da mãe

Pode-se observar que a maior parte das mães apresenta tempo de escolaridade considerado baixo (46,28%). Pequena parcela delas apresenta tempo de escolaridade muito alto. Entretanto, os tempos de escolaridade alto e intermediário têm porcentagens equilibradas, 11,86% e 12,39%, respectivamente.

Nome do hospital	Freqüência	Porcentagem
Das Clínicas	264	12,67
São Francisco	791	37,97
Santa Casa	414	19,88
Beneficência Portuguesa	285	13,68
São Lucas	50	2,40
São Paulo	236	11,33
Especializados	43	2,06

Tabela II: Hospital de nascimento

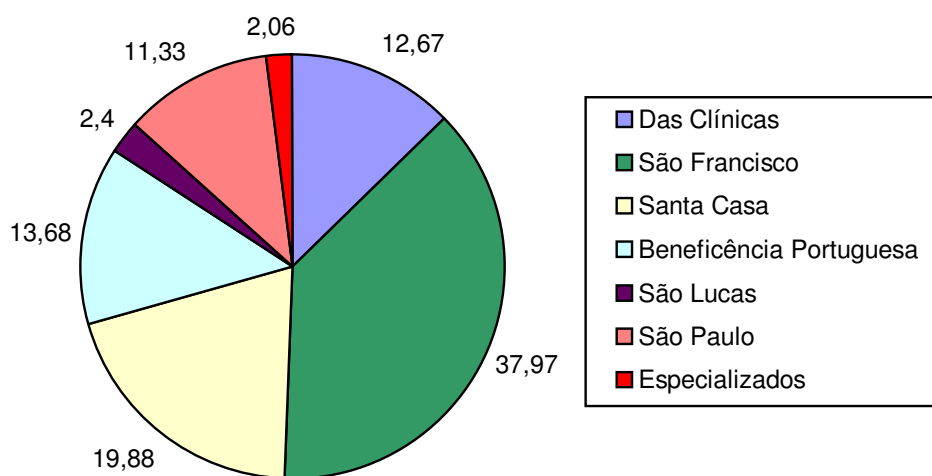


Gráfico VI: Hospital de nascimento

O hospital que apresentou o maior número de partos, no período estudado, foi o São Francisco, que atendia tanto previdenciários quanto particulares.

Além do hospital São Francisco, os hospitais Beneficência Portuguesa, São Paulo e especializados atendiam a um público constituído de previdenciários e particulares e, portanto, a participação desses hospitais, no número de partos realizados no período de estudo, é bastante significativa, perfazendo um total de 1355 partos (791, 285, 236, 43), ou seja, 65,05% dos partos realizados no período de estudo. Se considerarmos ainda a Santa Casa que atendia, além de previdenciários e particulares, os indigentes, este índice aumenta para 84,93% (1769 partos).

Vale lembrar que, o Hospital das Clínicas atendia apenas indigentes, sem vínculo previdenciário, ou seja, pessoas com nível socioeconômico muito baixo. Já o hospital São Lucas, atendia exclusivamente particulares. Ambos hospitais somam 15,07% do total de partos.

Escolaridade do conscrito	Frequência	Porcentagem
Muito baixa/baixa	632	30,10
Intermediária	786	37,73
Alta	654	31,39
Não conhecida	11	0,53
Total	2083	100

Tabela III: Escolaridade do conscrito (muito baixa e baixa na mesma categoria)

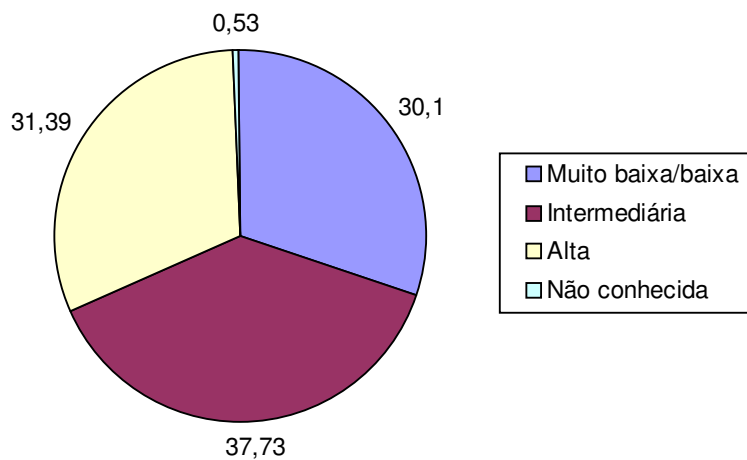


Gráfico VII: Escolaridade do conscrito

É importante lembrar que a escolaridade do conscrito nunca será considerada muito alta, segundo BARATA (1997), pelo fato da análise ser realizada aos 18 anos, idade que dificilmente terá sido possível concluir o ensino superior.

Comparando a **escolaridade materna** com a **escolaridade do conscrito**, podemos observar nitidamente uma mudança de perfil. A classe intermediária é muito mais freqüente nos conscritos que em suas mães, apresentando-se 25,34% maior (37,37% e 12,39%, respectivamente).

Com relação à classificação de escolaridade baixa apresentada como a mais freqüente entre as mães, ela também sofre diminuição significativa quando comparada à dos conscritos, reduz-se em 16,18% (46,28% e 30,10%, respectivamente).

A classificação alta também é mais freqüente entre os conscritos que entre as mães, apresentando-se com índice 19,53% maior (31,39% e 11,86%).

Tabela IV: Classe social do conscrito pelo bairro

Classe social do conscrito pelo bairro	Freqüência	Porcentagem
Pobre	810	38,89
Médio baixo	911	43,73
Médio alto	243	11,67
Rico	114	5,47
Não codificado	5	0,24
Total	2083	100

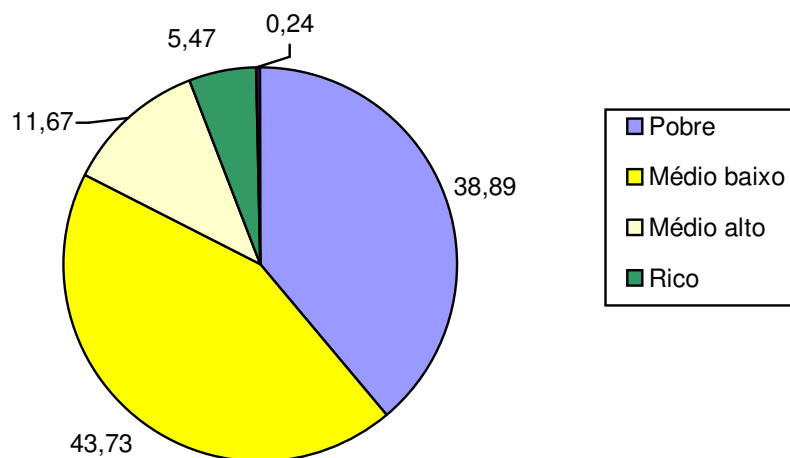


Gráfico VIII: Classe social do conscrito pelo bairro

Segundo a classificação socioeconômica, proposta por GOLDANI (1997), a maior porcentagem dos conscritos pertence aos bairros considerados médio - baixos (43,73%), seguida dos bairros pobres (38,89%).

Maternidade	Pobre	Médio baixo	Médio alto	Rico	Não codificado	Total
Clínicas	35,61	49,24	10,61	4,17	0,38	264
São Francisco	40,08	42,60	11,25	5,94	0,13	791
Santa Casa	44,93	44,20	7,00	3,62	0,24	414
Beneficência Portuguesa	37,89	38,60	15,79	7,37	0,35	285
São Lucas	2,00	42,00	40,00	16,00	0	50
São Paulo	39,83	48,31	8,47	2,97	0,42	236
Especializados	23,26	37,21	27,91	11,63	0	43
Total	38,89	43,73	11,67	5,47	0,24	2083

Tabela V: Maternidade do nascimento X Classe social do conscrito pelo bairro (porcentagem).

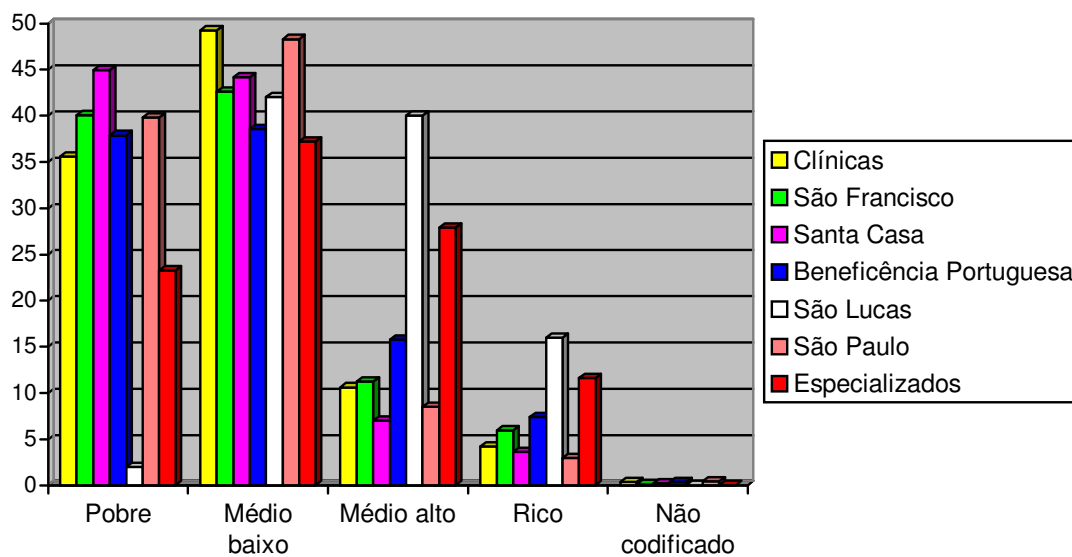


Gráfico IX: Maternidade do nascimento X Classe social do conscrito pelo bairro (porcentagem).

Os previdenciários e particulares são a grande maioria.

Maternidade	Muito baixa	<u>Baixa</u>	Intermediária	Alta	Muito alta	Ignorado
Clínicas	30,68	44,70	9,09	7,95	6,82	2
São Francisco	13,91	45,89	15,68	14,66	6,57	26
Santa Casa	26,09	49,76	8,94	7,97	6,04	5
Beneficência Portuguesa	16,84	46,32	11,23	11,58	10,53	7
São Lucas	0	2,00	20,00	28,00	40,00	6
São Paulo	19,49	53,39	11,02	8,47	2,12	13
Especializados	2,32	41,96	4,65	23,26	23,26	2
Total	394	964	258	247	160	60

Tabela VI: Maternidade do nascimento X Escolaridade da mãe na data do parto (porcentagem).

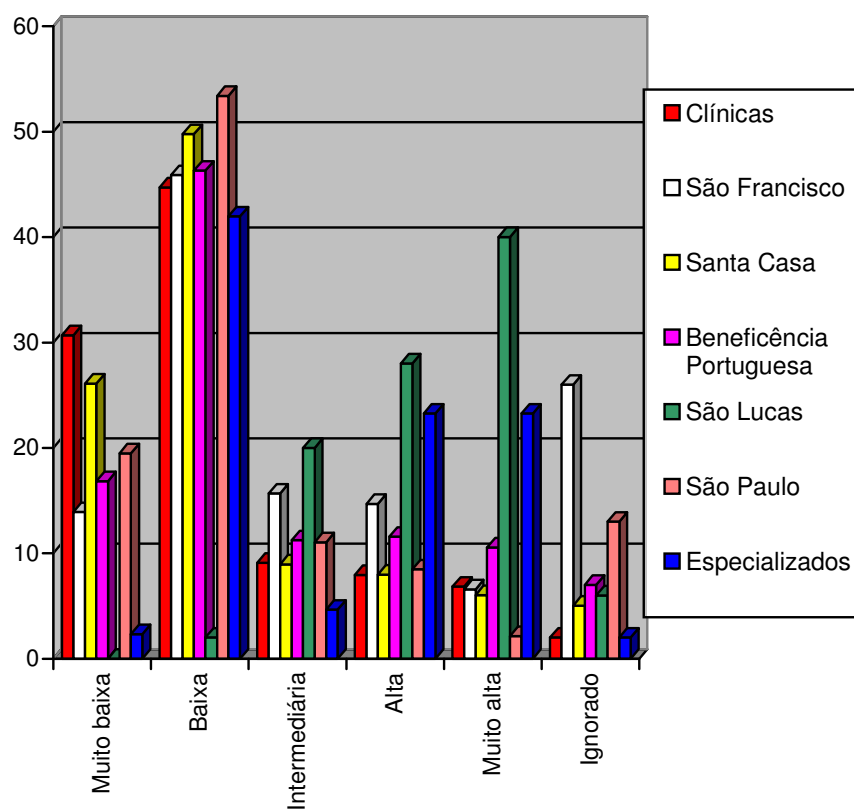


Gráfico X: Maternidade do nascimento X Escolaridade da mãe na data do parto (porcentagem).

No Hospital das Clínicas, a maior parte das mães apresenta nível de escolaridade considerado baixo, representando (44,70%). Considerando que

esse hospital atendia exclusivamente indigentes, pessoas com nível sócio-econômico baixo, a escolaridade materna apresenta-se superior à esperada, muito baixa.

Nos hospitais São Francisco, Beneficência Portuguesa, São Paulo, Especializados e Santa Casa, a maioria das mães apresenta escolaridade baixa. Já no hospital São Lucas, a escolaridade predominante é a considerada muito alta.

Vale lembrar que a escolaridade muito baixa foi incluída com a baixa devido ao pequeno número de conscritos nessa categoria

Maternidade	Baixa	Intermediária	Alta	Ignorada	Total
Clínicas	43,18	32,95	23,48	1	264
São Francisco	24,78	42,73	31,98	4	791
Santa Casa	40,10	31,88	7,29	3	414
Beneficência Portuguesa	27,01	36,49	36,14	1	285
São Lucas	8,00	32,00	60,00	0	50
São Paulo	30,93	41,52	26,69	2	236
Especializados	4,65	25,58	69,77	0	43
Total	632	786	654	11	2083

Tabela VII: Maternidade do nascimento X Escolaridade do conscrito
(porcentagem)

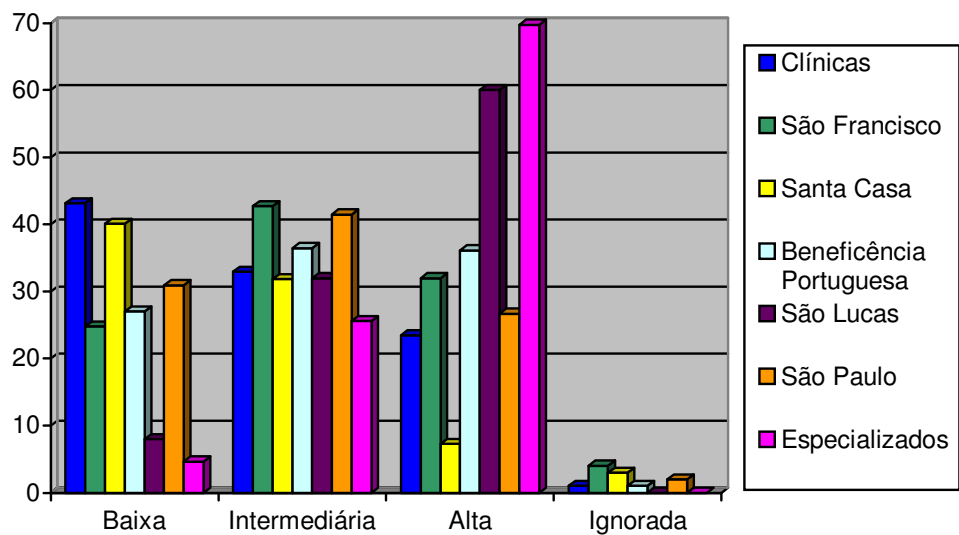


Gráfico XI: Maternidade do nascimento X Escolaridade do conscrito

(porcentagem).

Escolaridade do conscrito	Bairro pobre	Médio baixo	Médio alto	Rico	Não classificado	Total
Muito baixa	20	11	0	1	0	32
Baixa	284	276	34	5	1	600
Intermediária	327	340	80	37	2	786
Alto	172	281	128	71	2	654
Ignorado	7	3	1	0	0	11
Total	810	911	243	114	5	2083

Tabela VIII: Escolaridade do conscrito X Bairro do conscrito

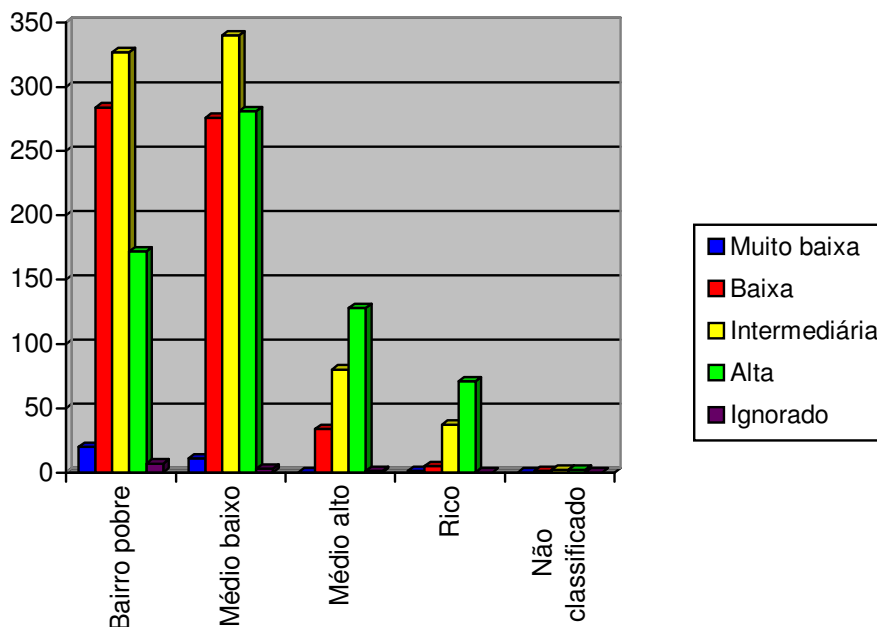


Gráfico XII: Escolaridade do conscrito X Bairro do conscrito

O maior número de conscritos apresenta nível de escolaridade intermediária e se distribui em bairros médio baixos e pobres.

Em seguida, estão os conscritos com escolaridade alta, mas também com residência nos bairros classificados como médio baixos e pobres.

Talvez aqui dê para aventar a idéia de melhores condições de acesso à escola, existirem mais escolas nos bairros, a educação ser tida como prioritária.

Há toda uma questão de que a escola é para homens e talvez por isso, a escolaridade da mãe é menor, principalmente por ela ter/estar inserida nessa cultura da não necessidade de escola para mulheres.

Escolaridade da mãe	Bairro pobre	Médio baixo	Médio alto	Rico	Não classificado	Total
Muito baixa	198	175	17	4	0	394
Baixa	438	440	73	10	3	964
Intermediária	105	111	31	11	0	258
Alta	47	115	55	29	1	247
Muito alta	6	46	57	50	1	160
Ignorada	16	24	10	10	0	60
Total	810	911	243	114	5	2083

Tabela IX: Escolaridade da mãe X Bairro do conscrito

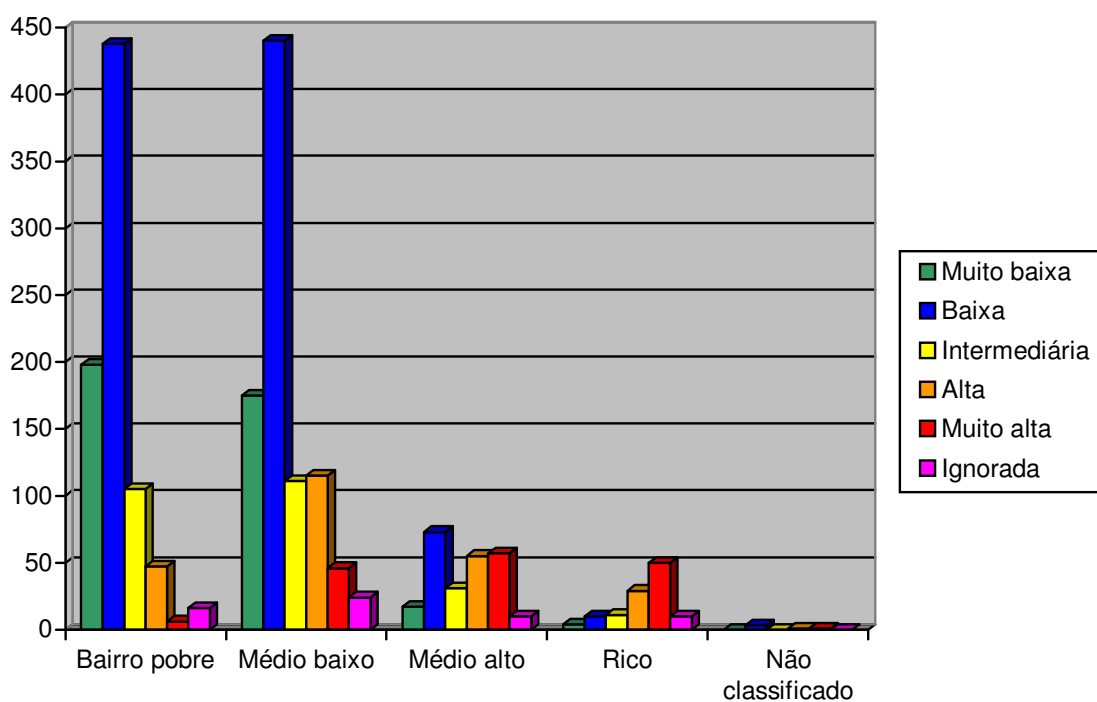


Gráfico XIII: Escolaridade da mãe X Bairro do conscrito

A grande maioria das mães concentra-se no nível de escolaridade considerado baixo e em bairros classificados como pobres e médio baixos.

As mães, com nível de escolaridade muito alto, têm suas maiores porcentagens residentes nos bairros médio altos e ricos.

O bairro que concentra a maior parte das mães é o médio-baixo.

Ao pegar a tabela VII (maternidade de nascimento x escolaridade do conscrito), considerando os que nasceram no HC (na época o extremo mais inferior, que atendia inclusive indigentes) e cruzando com os que têm ensino médio, esse valor é 23,48%.

O São Lucas é o hospital que apresenta mães com nível mais alto de escolaridade. Isto comprova que a escolaridade mantém estreita relação com o acesso aos serviços de saúde, uma vez que neste hospital, o atendimento era do tipo particular, exclusivamente.

Ao cruzar escolaridade do conscrito com classe social, ou seja, o bairro do conscrito (Tabela VIII) verifica-se que, dos que apresentam escolaridade alta, (ensino médio completo) – um total de 654.

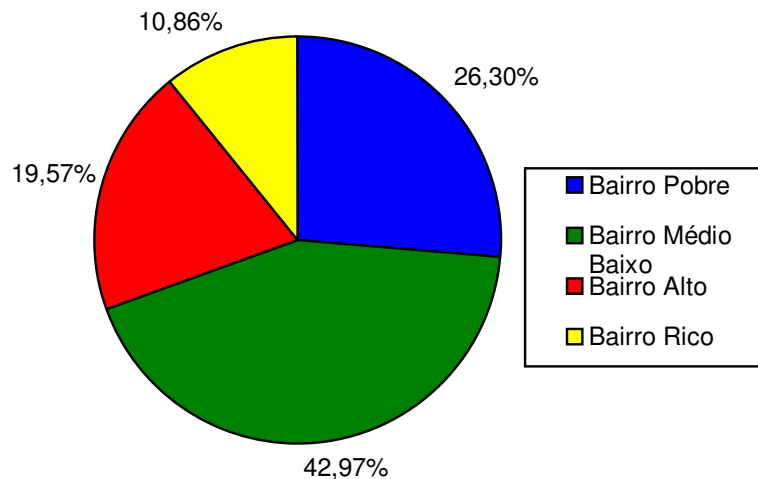


Gráfico XIV: Distribuição, por bairros, dos conscritos com escolaridade alta.

Fica evidente que as pessoas vão em busca de escolas nas mais adversas situações.

Esses dados talvez corroborem a idéia de que a educação é a “esperança de ascensão” das pessoas menos privilegiadas sócio-economicamente.

Dos que apresentam escolaridade baixa (que se uniu com a muito baixa) – um total de 632.

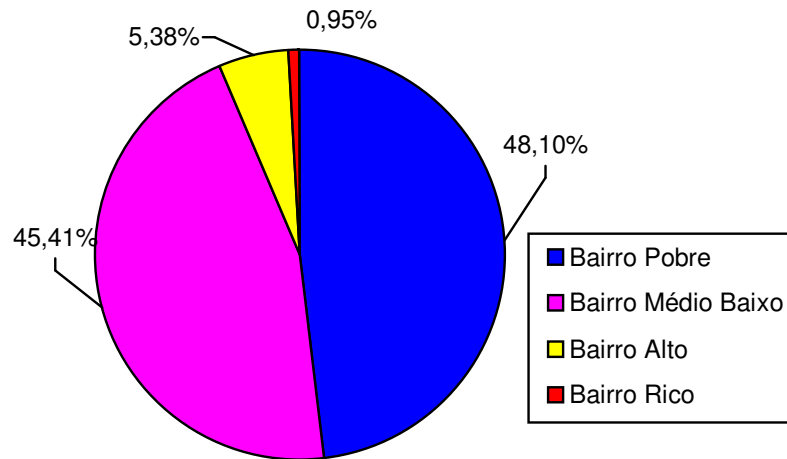


Gráfico XV: Distribuição, por bairros, dos conscritos com escolaridade baixa.

Nos bairros pobres, ainda há o predomínio da baixa escolaridade.

CAPÍTULO IV

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando a definição de espaço, proposta por SANTOS (1996), “conjunto indissociável de sistemas de objetos e sistemas de ações ... ‘fixos’ e ‘fluxos’ que interagem”, as escolas e os postos de saúde são os fixos, enquanto a população caracteriza o fluxo, daí o espaço ser eminentemente social, uma vez que o povo vai em busca dos fixos.

A maior parte dos conscritos mora em bairros classificados como médio - baixos, seguido de bairros pobres. As escolas estão localizadas em bairros pobres (39,65%) e bairros médio - baixos (37,93%). Com relação às que oferecem ensino médio (total de 23), 30,43% estão em bairros pobres; 39,13% em médio - baixos; 26,09% em médio - altos e apenas uma escola em bairro rico (4,34%).

É possível perceber que do total das escolas que, atualmente, oferecem o ensino médio, mais de 50% delas foram criadas entre as décadas de 50 e 80, o que vem de encontro com as políticas públicas desse período.

Grande parte dessas escolas foi criada na década de 70, o que evidencia a importância da lei 5.692/71, no contexto da época, que tentou expandir a política do ensino médio.

SAVIANI (1983), considera a escola de 2º grau “um nó” que precisa ser desatado. Segundo esse autor, o 2º grau tem ficado espremido entre o 1º e o 3º graus. Ora ele é concebido como preparatório para o ensino

superior, ora é pensado como ensino profissionalizante, recebendo função terminal.

É possível ressaltar também que as escolas com oferta de ensino médio, atualmente, estão localizadas nos bairros hoje classificados como pobres e médio - baixos, embora este trabalho não tenha buscado conhecer a data de criação do bairro. Desta forma, apesar de o conscrito superar a escolaridade de sua mãe, podemos, apenas, inferir que foi a oferta de ensino no bairro que possibilitou esse aumento em sua escolaridade; mesmo porque, na data do nascimento dos conscritos, a cidade de Ribeirão Preto apresentava metade do tamanho atual, o que impossibilitou a caracterização geo - econômica dos bairros, naquela ocasião. Além disso, é preciso ressaltar que a mãe sempre busca escolaridade maior e melhor para seu filho, criando diversas estratégias para isso. Podemos inclusive inferir que, o fato de as escolas que oferecem exclusivamente ensino médio estarem localizadas no centro ou em bairros bem próximos a ele, facilita o acesso das pessoas, uma vez que a disponibilidade de transporte, nesses locais, é facilitada. Além disso, existe o fator trabalho/emprego que, embora não tenha sido abordado nesse trabalho, sabe -se que a região central concentra o comércio, fonte geradora de empregos.

Na análise da relação entre a maternidade de nascimento do conscrito e a escolaridade da mãe (**Gráfico X**), fica explícita a relação entre saúde e educação, uma vez que, as maiores escolaridades são encontradas entre mães que tiveram seus filhos nos hospitais que atendiam previdenciários e particulares. Isso evidencia que, as práticas de saúde e educação estão intimamente relacionadas e que, como era esperado,

segundo o histórico das políticas públicas, o acesso à educação estava restrito, até a década de 70, às pessoas da classe dominante que podiam pagar para estudar e que, conseqüentemente, teriam acesso a planos de saúde não financiados pelo Estado.

Ao se pensar na política de oferta do ensino médio, é possível constatar, segundo CARDOSO (1991), que entre 1980 e 1988, a rede estadual cresceu 9,5%, enquanto a rede privada tenha decrescido 8,75%. Entretanto, é inegável que o ensino médio público ainda apareça como deficiente em termos de oferta, ou seja, é insuficiente para garantir acesso amplo à educação. Assim, o que realmente condiciona à análise é que quando houve uma democratização, ela foi antes falsa do que verdadeira.

“A escola, como instituição histórico-social tem permanecido, através do século, como direito e bem social que precisa ser mantida e melhorada continuamente, mesmo à revelia daqueles que pretendem manter privilégios e posições. O mote “mais e melhores escolas” parece sintetizar o pensamento dos Educadores e setores comprometidos com a construção de “uma sociedade culta, educada e instruída”, consciente de seu destino, seus valores, seus problemas e contradições” (VALE, 1997:49).

Nesta dissertação, pensou-se na relação entre o espaço social e as condições de acesso à educação e à saúde, além de evidenciar que essas práticas estão intimamente relacionadas às questões socioeconômicas. SAVIANI (1992), escreve que a superação da sociedade de classes, no futuro, significará a passagem do “reino da necessidade” ao “reino da liberdade” e isso significará, certamente, em uma luta pela construção de uma sociedade justa e democrática.

Os hospitais em Ribeirão Preto, assim como as escolas que oferecem ensino médio, estão concentrados na região central da cidade, que também pode ser explicado pela facilidade de acesso.

Entretanto, os postos de saúde, principal acesso da população que depende do Sistema Único de Saúde – SUS, estão localizados em bairros classificados socioeconomicamente como médio - baixos (45,75%), pobres (37,14%), apenas 8,57% em bairros médio - altos e um único posto (2,86%) em bairro rico. Essa distribuição é bastante semelhante à das escolas, o que reforça a relação intrínseca entre essas duas práticas sociais.

É importante frisar que em Ribeirão Preto, assim como no país todo, a grande maioria dos postos surgiu na década de 80, o que corrobora a retrospectiva da política de saúde no Brasil, uma vez que a Reforma Sanitária, luta de profissionais da saúde, só foi legitimada em 1986 e que, na Constituição de 1988 houve reconhecimento da saúde como direito social, além de constituir novo paradigma à organização estatal na área.

É lógico que não podemos ser ingênuos e pensar que o Estado tem efetivado o acesso a esses aparelhos sociais, escolas e postos de saúde, de maneira eficiente, mas de qualquer forma, apesar de todas as adversidades encontradas no sistema capitalista, com a classe dominante pouco sensível, ele tem procurado atender as reivindicações da população. Desta forma, as lutas devem continuar, sem jamais ser possível dissociar as práticas sociais, entre elas, saúde e educação.

A conclusão é: educação e saúde são duas práticas fundamentais para a população, embora se possa dizer que o emprego apareça sempre como prioritário para as camadas populares por razões óbvias. Entretanto,

Educação e Saúde estão entre as práticas sociais necessárias para o desenvolvimento da nação.

Esse estudo da saúde não faria sentido sem a relação com educação. Se o atendimento da saúde não for acompanhado da educação, os resultados seriam parciais, inadequados e discutíveis porque faltaria a base educativa que permitisse a transformação do existente. É na escola que ocorre o esclarecimento da população, inclusive nas questões relacionadas à saúde. Daí a importância de se incluir na educação os aspectos de saúde e não apenas trabalhar com campanhas pontuais, muitas vezes, descontextualizadas. Além disso, é importante que a saúde incorpore as questões educacionais e trabalhe-as de maneira séria e efetiva. Isto, para que a população possa, realmente, educar-se e não apenas procurar os postos de saúde e hospitais quando já apresenta sinais de doença, o que, certamente, descaracteriza os programas e as políticas de Saúde e Educação. Desta forma, espera-se que um dia, não muito distante de hoje, a população, em geral, e as crianças e adolescentes, em especial, tenham acesso realmente garantido à Educação e à Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, L. E. A. **Mortalidade infantil em Ribeirão Preto.** Estudo da coorte de nascidos entre junho de 78 e maio de 79. Análise de algumas variáveis sociais e biológicas. Ribeirão Preto, 1988. 74p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

BARATA, B. R. Definições e mensuração da pobreza na região metropolitana de São Paulo: uma abordagem multissetorial. *In:* BARATA, B. R. (org) **Condições de vida e situação de saúde.** Rio de Janeiro, ABRASCO, 1997. Cap.7, p.197-249.

BARBIERI, M. A. **Saúde materno infantil e classe social.** Alguns aspectos do período perinatal da mãe e do recém-nascido. Ribeirão Preto, 1985. 134p. Tese (Livre-Docência) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

BARBIERI, M. A., GOMES, U. A., BARROS FILHO, A. A., BETTIOL, H., ALMEIDA, L. E. A., SILVA, A. A. M. Saúde perinatal

em Ribeirão Preto, SP, Brasil: a questão do método. **Cadernos de Saúde Pública**, v.5, p.376-87, 1989.

BARUFFI, L., MARTINEZ, A.R., BALDOCHI, J. Assistência obstétrica no município de Ribeirão Preto de 1956 a 1962. **Maternidade e Infância**, n.24, p.117-23, 1965.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**.

Coleção História em movimento. São Paulo: Ática, 2ª edição, 1998. 71p.

BETTIOL, H. **Saúde da criança: do hospital à escola** – crescimento de uma coorte de escolares nascidos de parto hospitalar em Ribeirão Preto no período de um ano. Ribeirão Preto, 1995. 134p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

BETTIOL, H., BARBIERI, M. A., GOMES, U. A., ANDREA, M. GOLDANI, M. Z., RIBEIRO, E. R. O. Saúde perinatal: metodologia e características da população estudada. **Revista Saúde Pública**, v.32, n.1, p.18-28, 1998.

BORGES, S. M. N. e ATIÊ, E. Vida de mulher: estratégias de sobrevivência no cotidiano. *In*: COSTA, N.R.; RAMOS, C. L.; MINAYO, M. C. S. e STOTZ, E. N. (org) **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. Volume II, Coleção Saúde e Realidade Brasileira. Petrópolis: Editora Vozes – Abrasco, 1989. Cap.VI, p.165-184.

BRASIL, Atos do Poder Executivo. **Decreto-Lei nº 869 de 12 de setembro de 1969**. Estabelece o Ensino de Educação Moral e Cívica.

BRASIL. Atos do Poder Executivo. **Decreto-Lei nº 5.692 de 11/08/71**. Fixa as Diretrizes e Bases para o Ensino de Primeiro e Segundo Graus. Diário Oficial da União, 11 de agosto de 1971.

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. São Paulo: Editora Revista Tribunais, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Criança/Projeto Minha Gente. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei n. 8069/90. Brasília, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90**. Dispõe sobre o SUS. Brasília, 1990.

BRASIL. Atos do Poder Executivo. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

CARDOSO, F. H. Falsa democratização. **Revista USP**, v.8 (dez, jan e fev), p. 39-42, 1990-1991.

CARVALHEIRO, C. D. G. **Estudo de mortalidade perinatal em Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, 1970. 90p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

CARVALHEIRO, C. D. G. **Estudo de algumas variáveis associadas à população feminina em idade fértil – Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, 1975. 103p. Tese (Livre-Docência) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

CARVALHO, C. P. **“O Difícil Acesso à Escola Primária Pública: Estado de São Paulo, 1945-1964”**. Campinas – SP, 1988. 219p.
Tese (Doutorado). Faculdade de Educação – Universidade de Campinas.

COSTA, N. R., RAMOS, C. L., MINAYO, M. C. S. e STOTZ, E. N. (org) **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. v.II, Coleção Saúde e realidade Brasileira. Petrópolis: Editora Vozes – Abrasco, 1989. 184p.

CZERESNIA, D. e RIBEIRO, A. M. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Cadernos de Saúde Pública**, v.16, n.3, p.595-617, 2000.

DAUSTER, T. Uma infância de curta duração: trabalho e escola. **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo, nº 82, p.31-6, agosto, 2000.

FERNANDES, F. **O Desafio Educacional**. São Paulo: Cortez, 1992. 264p.

GOHN, M. G. **“Movimentos Sociais e Educação”**. São Paulo: Cortez, 3ª edição (Questões da nossa época, 5), 1999. 117p.

GOLDANI, M. Z. **Mortalidade infantil em Ribeirão Preto:** comparação entre duas coortes em um intervalo de 15 anos, 1979/94. Ribeirão Preto, 1997. 154p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

GOLDANI, M. Z., BARBIERI, M. A., BETTIOL, H., BARBIERI, M. R e TOMKINS, A. Infant mortality rates according to socioeconomic status in a Brazilian city. **Rev. Saúde Pública.** 2001, 35(3): 256-61.

GOMES, U. A. **Aspectos epidemiológicos das perdas fetais em Ribeirão Preto.** Ribeirão Preto, 1979. 87p. Tese (Livre-Docência) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

GOMES, U. A., BETTIOL, H., SILVA, A. A. M., ALMEIDA, L. E. A., BARROS FILHO, A. A., BARBIERI, M. A. Saúde perinatal em Ribeirão Preto, SP, Brasil: apresentação de algumas características demógrafa-sociais e da atenção médica da população estudada. **Cadernos de Saúde Pública**, v.6, p.5-17, 1990.

HAEFFNER, L. S. B. **Altura e índice de massa corporal de conscritos**: estudo de uma coorte ao nascer e aos 18 anos de idade. Ribeirão Preto, 1999. 173p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico – 1980. Município de Ribeirão Preto. Rio de Janeiro, p.31, 1980.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico – 1991. Município de Ribeirão Preto. Rio de Janeiro, 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico: contagem da população – 1996. Resultados relativos a sexo da população e situação da unidade domiciliar. Rio de Janeiro, 1996. v.1.

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF OCCUPATIONS (ISCO). Classification of occupations – 1970. London, 1977.

KRASILCHIK, M. Ensino de Ciências e a formação do cidadão.

Em Aberto, Brasília: ano 7, nº40, outubro/dezembro, 1998.

LEMME, P. **Memórias – Reflexões e Estudos Sobre**

Problemas da Educação e do Ensino. v.3. São Paulo: Cortez:

[Brasília, DF] : INEP, 1988. 279p.

MIRANDA, M. I. e FERRIANI, M.G. C. **Políticas Públicas**

Sociais para Crianças e Adolescentes. Goiânia: AB, 2001. 75p.

OLSEN, J., FRISCHE, G. Social differences in reproductive health.

Scand. **J. Soc. Med**, v.21, n.2., p.90-7, 1993.

PAIVA, V. Violência e pobreza: a educação dos pobres. *In*:

ZALUAR, A. (org) **Violência e Educação**. Livros do Tatu. São

Paulo: Cortez, 1992. p. 65-101.

PEREIRA, G. P. **Epidemiologia – teoria e prática**. Rio de

Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PUFFER, R. R., SERRANO, C. V. El peso al nacer, la edad

materna y el orden de nacimiento. Tres importantes factores

determinantes de la mortalidade infantil. Geneva, OPAS, 1975.
N.294, p.46. **Publicación Científica OPAS.**

RAMOS, C. L., MELO, J. A. C. e SOARES, J. C. S. Quem educa quem? Repensando a relação médico paciente. *In*: COSTA, N.R.;

RAMOS, C. L.; MINAYO, M. C. S. e STOTZ, E. N. (org)

Demandas populares, políticas públicas e saúde. Volume II, Coleção Saúde e Realidade Brasileira. Petrópolis: Editora Vozes – Abrasco, 1989. Cap.V, p.145-164.

SANTOS, M. **A urbanização brasileira.** São Paulo: Hucitec, 1993. 157p.

SANTOS, M. **Por uma economia política da cidade: o caso de São Paulo.** São Paulo: Hucitec, 1994.

SANTOS, M. **A natureza do espaço. Técnica e tempo. Razão e emoção.** São Paulo: Hucitec, 1996. 308p.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado.** 4.ed. São Paulo: Hucitec, 1996. 124p.

SANTOS, M. **Pensando o espaço do homem**. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 65p.

SANTOS, M., SOUZA, M. A. A. e SILVEIRA, M. L. **Território. Globalização e fragmentação**. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 1998. 332p.

SAVIANI, D. **Pedagogia Histórico-Crítica: Primeiras Aproximações**. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1992.

SAVIANI, D. O nó do ensino de 2º grau. **Revista do 2º grau**. São Paulo: ano I, nº I, outubro, 1986.

TERUEL, J. R. **Mortalidade por diarreia e desnutrição na infância**. Ribeirão Preto, 1971. 124p. Tese (Livre-Docência) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

VALE, J. M. F “Educação popular? Educação escolar? Para onde iremos?” **Rev. Universidade e Sociedade**. Ano IV, nº 7, p. 36-41, Junho 94.

VALE, J. M. F. “Diálogo Aberto com Dermeval Saviani” In:
Dermeval Saviani e a Educação Brasileira – **O Simpósio de
Marília**. São Paulo: Cortez, 1994.

VALE, J. M. F. “Educação urgente: para quê?” **Nuances** – v.III,
Setembro de 1997.

VALLA, V. V. e HOLLANDA, E. Fracasso escolar, saúde e
cidadania. In: COSTA, N.R.; RAMOS, C. L.; MINAYO, M. C. S. e
STOTZ, E. N. (org) **Demandas populares, políticas públicas e
saúde**. Volume II, Coleção Saúde e Realidade Brasileira.
Petrópolis: Editora Vozes – Abrasco, 1989. Cap.IV, p.103-143.

VARGAS, L. A. Contexto Socioantropologico del crecimiento
infantil. In: CUSMINSKI, M., MORENO, E. M., OJEDA, E. N. S.
(ed) **Crecimiento y desarrollo: hechos e tendencias**.
Washington, OMS, 1988. Cap.2, p.20-36.

VALE, J. M. F. Ciência e Consciência. **Revista Didática**. 22/23,
p.45-8, São Paulo: 1986/87.

VALE, J. M. F “Educação e globalização: reflexos no ensino brasileiro”. **Ciência Geográfica** – Bauru V (12): Janeiro/Abril – 1999 (63-6).

VALE, J. M. F “A Comunicação na era da informação: o conflito entre o local e o global” **Encontro Regional: impasses da globalização no limiar do século XXI: ações da educação brasileira e caminhos para a geografia**. Contribuições científicas: resumos. Votuporanga – SP, outubro de 1999.

VALE, J. M. F “A escola pública como espaço de conhecimento e luta a favor da sociedade democrática” **BOLEMA**. Ano 14, nº 16, p.1-11, 2001.

VALE, J. M. F “Educação e cidadania: que parceria é essa?” **Ciência Geográfica**, nº 3, p. 47-8, Abril/96.

VALE, J. M. F. “Milton Santos e o método” **Ciência Geográfica** – Bauru – VII – v.II – (19): Maio/Agosto – 2001. (10-1).

VALE, J. M. F. “Considerações sobre o documento ‘A construção de um novo modelo de supervisão’ proposto pela Secretaria da

Educação de São Paulo” **Ciência Geográfica** – Bauru – VI – v.II
– (16): Maio/Agosto – 2000 (67-70).

VALE, J. M. F. “Milton Santos: a face do Educador” **Ciência Geográfica**. Número especial, p.137-8, julho/97.

VALE, J. M. F. “Construindo a escola: o desafio continua...”
Ciência Geográfica, nº 6, abril/97 (43-9).

SAVIANI, D. “A filosofia da educação e o problema da inovação em educação” **Inovação Educacional no Brasil – Problemas e Perspectivas**. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1980 (15-29).