

CDI/SAG/MS

Conferido na Base de Dados

Educação Sanitária

Biblioteca MS



10002004653

Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
Divisão de Orientação Técnica
Seção de Educação Sanitária

Av. Rio Branco, 251 - 13ª andar
Caixa postal, 1530
Rio de Janeiro, GB
1964

FUNDAÇÃO
SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA

—x—

RIO

964

WA 590
EDU
1964
E.S.P.



O FUTURO DA EDUCAÇÃO SANITÁRIA (*)

Por Guy Stenart, M.A., M.Ed.
Psicólogo, Institute of
Family & Community Health
Durban, South Africa.

A responsabilidade maior das tarefas de educação sanitária tem sido, até agora, atribuída às profissões médicas e de ensino. Isso não quer dizer, porém, que tenha qual-quer direito de exclusividade no assunto. Todos aqueles cujas vocações são dirigidas no senti-do da proteção, manutenção e melhoria do bem-estar humano, são de um modo ou de outro interes-sados no problema sem que se torne necessário indagar até que ponto têm ou não a consciência dessa nova disciplina. Como qualquer outro im-portante conjunto de conhecimentos, ela deve con-tinuar a alimentar-se numa rica diversidade de fontes. Ao mesmo tempo, entretanto, tem surti-do, notadamente nos Estados Unidos, um grupo pro-fissional especializado de educadores sanita-rios. Este fato cria a necessidade de definir, de forma articulada e amadurecida, a natureza, objetivos e futuro da profissão e de sua esfera de interesses.

A Educação Sanitária está crescendo num mundo caracterizado por uma mudança fluida e dinâmica, por grande vitalidade e flexibilidade de pensamento e por conquistar intelectuais de alta ordem, as quais impõem pesadas e repe-tidas exigências na inventividade e criatividade de humanas. Para manter seus direitos e en-contrar seu lugar próprio, a educação sanita-ria deve inspirar-se numa filosofia própria e dinâmica. Sem isto, ela corre o grave perigo

(*) Traduzido pelo Dr. Brito Bastos-Chefe do Se-
tor de Educação e Treinamento da DDT.

108

WA 100
EDU
1964
ex. 2

BIBLIOTECA	LATA
FUNDO DE	
16031	13.6.1965
100 02 00 4653	
EX. 2	

de ser condenada a um destino estático, impro-
 dutivo, do qual sua reabilitação podera ser não
 somente longa e ardua, mas talvez impossível
 num futuro próximo. Deve agora, no começo de
 sua vida independente, haurir forças e sabedo-
 ria para salvar-se do que se poderia chamar u-
 ma esterilidade institucionalizada, como a
 que caracteriza por exemplo, o magisterio em
 tantos países do mundo Ocidental.

CONCEITOS E OBJETIVOS

Que conceitos e objetivos então deverão mo-
 delar o futuro da educação sanitária, de modo
 a que ela possa dar contribuição a felicidade
 e produtividade humanas?

O princípio fundamental nesse sentido tal-
 vez seja aquele aparentemente simples que a e-
 ducação sanitária visa modificar noções, senti-
 mentos e formas de comportamento humanos. Sua
 preocupação específica, por exemplo, não é a
 natureza da dieta, nem as reações fisiológicas
 do organismo humano, que se exprime no estado
 nutritivo do indivíduo nem tampouco a psicolo-
 gia do indivíduo normal ou da criança neuroti-
 ca. Seu objetivo são as tendências da motiva-
 ção e do comportamento humanos que produzem es-
 ses estados de saúde e doença.

Essa afirmativa não implica exclusão, mas
 ênfase. Segundo o primeiro exemplo, o valor nu-
 tritivo dos alimentos ocupa lugar secundário a
 luz do interesse nos hábitos de alimentação que
 levam a aceitação ou rejeição de certos alimen-
 tos. O educador sanitário se interessa na pos-
 sibilidade de modificar estes hábitos, que in-
 fluem diretamente na saúde, através da educa-
 ção. Ainda, com respeito a psicologia da crian-
 ça normal e neurotica, os principais problemas
 de educação sanitária são aqueles aspectos tra-
 dicionais da educação infantil, com sua escola

de variação, os quais contribuem para tais es-
 tados psicológicos da criança num dado contex-
 to cultural.

A menos, contudo, que o educador sanitá-
 rio veja os motivos e o comportamento humanos
 como um fio na trama de um sistema de vida ou
 cultura, tanto o diagnóstico como as tentati-
 vas para modificar esse comportamento, correm o
 risco de se fragmentar e se tornar ineficazes
 na prática. Resumindo, o educador deve ser ca-
 paz não somente de apreciar, mas de canalizar,
 nos casos práticos de educação sanitária, a di-
 namica dessas relações sócio-culturais que são
 o contexto vivo de hábitos, atitudes, interes-
 ses e motivos dos seres humanos. Isto, certa-
 mente, não quer dizer que a cultura seja a uni-
 ca determinante do comportamento, de intelligen-
 cia e da afetividade, mas ela constitui preci-
 samente essas forças experimentais de que o e-
 ducador sanitário se torna parte e as quais de-
 seja influenciar e modificar.

É esta visão psicológica e social de sua
 vocação que é essencial se a educação sanitá-
 ria deve ser baseada no acesso a saúde, não co-
 mo categoria a parte, mas como parte integral
 da vida diária.

A EDUCAÇÃO SANITÁRIA NA ENCRUZILHADA

Tanto a medicina como a educação, campos
 de evidente e singular importância para a edu-
 cação sanitária, estão se recuperando hoje das
 doenças que herdaram de certas formas unilate-
 rais e elementares do pensamento. Estas produ-
 ziram, em medicina, uma aceitação implícita de
 que cada estado de saúde e doença está disso-
 ciado do estado geral do indivíduo e do seu lu-
 gar na família e na comunidade; em educação, de-
 ram origem ao formalismo que representou a pro-
 funda divisão entre escola e sociedade. A edu-

Santo a medicina e a educação precisam
 ser entendidas com singular importância

educação sanitária = integrante da vida diária

motivação

mais vigorosas e vitais para a saúde serão as de finalidade positiva. Assim, o conceito de saúde vigente de educador sanitário não pode ser meramente o de ausência de doença. Deve ver a saúde como um estado em que a harmonia entre a cultura e as necessidades do indivíduo permitem a mais alta felicidade e produtividade humanas.

Tal abordagem deve atuar também como reação contra o perigo muito real de que a educação sanitária venha a se desenvolver em estudo e prática estreitas, não somente como um todo, mas seguindo o padrão de vários campos da medicina, no que se refere a especialidades da própria educação sanitária

LINHAS BIOLÓGICAS DE CLIVAGEM

A educação sanitária, que é baseada nas necessidades e motivos do povo, desperta problemas que se diferenciam ao longo do que poderia ser chamado linhas naturais de clivagem. Há, por exemplo, um modo de lidar com mães e crianças que não é o mesmo de tratar adolescentes; uma forma de trabalhar famílias com outros grupos profissionais. [Deve-se lançar mão de técnicas educacionais sempre que o objetivo for a saúde do indivíduo integral.] O grande perigo que o técnico corre quando se especializa num assunto (tal como nutrição, higiene mental, doenças transmissíveis), em vez de se especializar no grupo sócio-biológico (tal como mães e filho, crianças pré-escolares, famílias), é de não ver o comportamento relacionado ao mesmo assunto particular como parte intrínseca do comportamento total do indivíduo na sociedade.

Um fator vital na saúde dos bebês, por exemplo, é a natureza das práticas e tradições de

O propósito de certos cristãos de se fragmentar

cação sanitária fica virtualmente na encruzilhada. As tendências mais vitais e produtivas em medicina e em educação estão hoje aparecendo, ao mesmo tempo que a educação sanitária surge como campo independente. Na verdade, a necessidade da educação sanitária é ela mesma, em grande parte, uma expressão dessas tendências. Neste ponto importante de sua história, a educação sanitária deve caminhar em harmonia com essas novas idéias ou fazer face a um longo período de cambaleante monotonia ao longo de caminhos acidentados e batidos. Se a última hipótese se realizar, os planos mais avançados e o entusiasmo eufórico dos seus técnicos cedo não tardarão a se obscurecer.

A TAREFA REAL

A tarefa fundamental da educação sanitária está assim, longe de ser a arte de simplificar o conhecimento médico em pílulas para consumo em massa. Seu problema é o comportamento governado por motivos de diferentes espécies, em níveis diferentes de consciência. A educação sanitária não deve, só limitar-se a motivar as energias controláveis que provêm de necessidades sentidas pelo próprio povo, mas também, estimular a um nível consciente as necessidades que não são sentidas. É o aparecimento e a tomada de consciência dessas necessidades que produzem a força motivadora da mudança. Resumindo, o educador sanitário deve estimular e utilizar forças intrínsecas à vida diária do povo, que produzirão processos próprios profílicos e ativamente independentes de sua constante presença e assistência. É claro que o sucesso não dependerá de um padrão negativo e hipocôndriaco de consciência das causas das doenças e dos mecanismos de defesa contra elas. Dependerá primariamente do fato de que as forças

força motivadora da mudança e a força motivadora das mudanças

Educação sanitária = motivação e estímulo a um nível consciente das necessidades do povo

amamentação. A educação dirigida para esse aspecto deve considerar a relação existente entre as necessidades emotivas e nutritivas da amamentação. As relações das mães com seus bebês a este respeito não seriam tratadas adequadamente por técnicos de educação especializada em nutrição e higiene mental.

Por outro lado é necessário que fique claro, que se trate de dar relevo e não de excluir. A especialização em assuntos tem seu lugar, mas está cheia dos perigos que podem neutralizar e eventualmente destruir a vitalidade da educação sanitária. [A especialização em educação sanitária deve ser orientada para o estudo particular do aspecto de interesse primário, o comportamento do indivíduo integral na sociedade.]

TREINAMENTO DO EDUCADOR SANITARIO

Um ponto de importância considerável que nasce desta discussão é o do treinamento em educação sanitária. É claro que nosso conceito do que seja assunto básico, terá de estar relacionado com os estudos de psicologia, antropologia social e educação. E dentro dos limites desses estudos que as reações psico-fisiológicas resultantes de estados individuais de saúde e doença deverão encontrar-se. A psicologia da aprendizagem, no mais amplo sentido do termo; o processo educacional tanto formal como informal; desenvolvimento desde o nascimento até à velhice; a natureza da relação indivíduo-sociedade; as relações entre saúde e doença de um lado, e o modo de vida ou cultura da comunidade de outro, devem ser os aspectos principais de estudo.

A maior virtude de um curso com esse "ponto de vista" é que ele terá influência considerável na formação de um tipo de educador sani-

tário que venha a ter papel relativamente independente e distinto na comunidade. É indesejável que a educação sanitária seja dependência da medicina na sua forma atual. É verdade que a medicina continuará a dar contribuições vitais para a educação sanitária, mas é de se esperar que a educação sanitária, também dê contribuições não somente à medicina, mas aos estudos e serviços educacionais e sociais em geral.

A educação sanitária tem, portanto, de enfrentar uma tarefa importante se quiser tornar-se um serviço vital e produtivo. Se falhar neste sentido, terá futuro precário e incerto, revalando talvez para um estado de invalidez crônica e atraindo apenas o interesse medíocre de estudantes medíocres. Se tiver sucesso, porém, conseguirá vida vigorosa e fértil atraindo as inteligências criadoras de quem todo o progresso em última análise depende.

EDUCAÇÃO SANITÁRIA *

Dorothy B. Nyswander
Ph. D. School of Public
Health
University of California
Berkeley

Educação Sanitária converteu-se em um termo muito ambíguo, significando para certas pessoas os processos de ensino de higiene levados a cabo em benefício do indivíduo; para outros, e mais um sumário intangível de experiências que há deixado marco na conduta de uma pessoa com respeito a saúde.

Existe um terceiro conceito de que a educação sanitária é um processo de evolução dentro do organismo humano, o qual tem por objetivo alcançar saúde individual e da comunidade. É a esta terceira definição de educação sanitária que a escritora se prende.

A pergunta parece ser esta: são sinônimas as expressões educação sanitária e ensino de higiene ou é a educação sanitária um processo de aprendizagem (um processo de auto-formação)? Em ensinar e aprender não é o mesmo. Em última análise, a aprendizagem somente se realiza através dos esforços do que aprende. Assim, temos que educação sanitária não se pode transmitir de uma pessoa a outra; educação sanitária não é um conjunto de processos que se devem levar a cabo ou um resultado que se deve

(* Traduzido pelo Dr. Brito Bastos, Chefe do Setor de Educação e Treinamento da Divisão de Orientação Técnica.

Educação Sanitária
alcançar; pelo contrário, é um processo de desenvolvimento dinâmico e de trocas contínuas, no qual a pessoa aceita ou rejeita, concorre em tes as finalidades de uma vida saudável.

Isto não é um simples jogo de palavras. Constitui uma diferença que implica em que o ensino de higiene deva ser estimulado no sentido de prover situações que conduzam à aprendizagem. Constitui uma diferença que indica que nessa ênfase em um programa de ensino de higiene deve desviar-se da importância aquilo que faz o mestre, para o que está sucedendo ao que aprende. Assim, as técnicas para o ensino de higiene são propriamente ajudas para facilitar a aprendizagem, e seu uso dependerá do grau em que se ajuda a pessoa em dado momento do processo de aprendizagem. Varias ajudas de ensino conferem autêntica informação; outras despertam motivação e desejo de participar; mas também, outras estimulam a pessoa que aprende a participar de atividades que lhe proporcionem satisfação em realizá-las.

O profissional de saúde pública pode usar qualquer das técnicas, como sejam: uma conferência, filme, exposição, panfleto, demonstração, técnica de discussão ou planejamento de trabalho em grupos, porém, em qualquer caso, há de determinar a técnica apropriada para contribuir ao desenvolvimento de uma pessoa, na fase educativa em que se encontra.

Se um "programa de Educação Sanitária" é um programa que cria situações mediante as quais as pessoas, como educandas, "se educam" a si próprias, então não objetaremos esse programa. Se, ao contrário, um "programa de Educação Sanitária" significa que o trabalhador de saúde pública, usando suas técnicas, faz toda a parte educativa, então estaremos em desacordo.

Técnicas de ensino de saúde em geral

(*)

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Alguns princípios e sua aplicação

Dorothy B. Nyswander
Ph. D.-School of Public
Health
University of California-
Berkeley

Quando um princípio educacional é sólido, tem amplas aplicações. Não é específico para uma determinada situação; não é propriedade de uma única profissão. Um princípio válido de educação presta-se ao exame em muitos contextos, e por muitas pessoas. Embora nessas observações, exemplos e deduções sejam dirigidos ao campo da educação sanitária, esperamos que outros profissionais, aqui presentes, vejam suas ligações, caso essas existam, em relação às suas próprias tarefas.

Muitos dos princípios que temos usado em educação sanitária poderiam ser discutidos quanto ao fato de serem dignificados com o termo "princípio". Para nós, um princípio tem mais significação se for declarado como uma hipótese; uma hipótese que tenha sido experimentada e se preste a experiências ulteriores. Assim, muitos de nossos princípios seriam melhor definidos como "máximas". São eles instrumentos simples como a pá e a enxada, e alguns deles estão perdendo o seu gume para o trabalho

(*) Traduzido pelo Dr. Brito Bastos, Chefe do Setor de Educação e Treinamento da Divisão de Orientação Técnica do SESP e revisado pela professora Simone Fomm Rivera.

eficaz, porque não oferecem, inerentemente, orientações sobre o quando ou o como devem ser usados. Por exemplo: o "Aprenda fazendo" coincide onde estão os indivíduos "Envolva todas as pessoas" etc. podem ser bons instrumentos, mas que significam eles? Qual a sua real utilidade? Estão eles no diagnóstico da comunidade, no planejamento de programa, ou na avaliação do programa? Tornou-se cada vez mais evidente que nos, militantes em educação sanitária, devemos ter, não instrumentos, e sim, hipóteses experimentadas, que nos orientem sobre o que se está tornando, rapidamente, um trabalho de engenharia social. O que realiza precisa de conceitos básicos que o ajudem no diagnóstico de uma situação, e conceitos que possibilitem desenvolver e usar métodos apropriados ao diagnóstico.

Parece-nos que, presentemente, estamos muitas vezes empregando métodos de educação sanitária em uma forma um tanto estereotipada. Por este motivo, o poder criador e os resultados de "profundidade" não são evidentes. Uma das razões disso bem pode ser a falta de uma sólida base teórica para os métodos. Não temos na da onde nos possamos apoiar, quando encontramos novas situações. Entretanto, e nestas novas situações que se faz necessária uma nova teoria para todos nós. Sem conceitos teóricos básicos, e mesmo quase impossível ver os elementos comuns e os não comuns, em situações diferentes. É difícil transferir o nosso conhecimento do "conhecido" para o "desconhecido". Como declarou Kurt Lewin, não há nada mais prático do que uma boa hipótese ou teoria.

No prefácio do livro de Malinowski (1): "Uma Teoria Científica de Cultura e Outros Ensaios", Huntington Cairns diz de Malinowski:

"Ele também viu a teoria em seus aspectos práticos, não somente como o instrumento que permitiu ao trabalhador em campo antecipar suas soluções, mas, na visão moderna lógica, como explicação." Para ele a teoria foi o instrumento que possibilitou a investigação ser algo mais do que um tatear inúmeras possibilidades: foi um guia indispensável ao trabalhador em campo, na seleção dos fatos; um elemento necessário a qualquer sólida ciência descritiva. " //

Parece-nos que o nosso período de aprendizagem em educação sanitária já passou. Por meio do labor de pioneiros, identificamos uma vasta série de problemas ligados ao ensino e à aprendizagem, encontrados em nosso trabalho; tropeçamos, muitas vezes com sucesso, com soluções para estes problemas. A tarefa agora é reunir os conceitos teóricos que nos possibilitem "antecipar soluções" e que nos deem uma visão maior das "explanções" de porque as coisas acontecem da forma por que aconteceram.

Tivemos que fazer uma escolha dos princípios que apresentaremos aqui. Aqueles que escolhemos relacionam-se principalmente com as situações de aprendizado em grupo; pois é com eles que nos ocupamos a maior parte do tempo. Outros princípios poderão ser mais importantes do que aqueles que escolhemos. Como não nos foi possível, até agora, dar prioridade aos princípios, apenas apresentaremos aqueles que consideramos importantes para nosso próprio trabalho.

O primeiro princípio é este: "Em cada situação que require a solução de um problema, existem dois processos principais em trabalho: um, o processo que se relaciona com a tarefa em mãos; o outro, um processo que depende dos

impactos dinâmicos das necessidades da personalidade, de reações protetoras dos membros presentes. Assim, cada situação de grupo tem duas dimensões, sendo possível analisar separadamente, para fins de trabalho, o progresso de grupo em termos de localização dos membros em cada dimensão. É também possível, para o educador sanitário, na base desta análise, prever o papel que ele ultimamente pode desempenhar.

Os passos definidos na dimensão orientada pela tarefa, desde a identificação e esclarecimento do problema até o resultado causador da decisão, não são difíceis de perceber. Não são tão claras, entretanto, as bases que um grupo toma na segunda dimensão: as de resolver os sentimentos de seus membros. É somente com esta resolução de sentimentos, aparentemente, que a energia criadora dos membros é libertada para trabalhar na tarefa.

O trabalho experimental e teórico de Binion (2) que requer uma estrutura de três estágios de movimento na dimensão do sentimento de grupo, é de especial auxílio. O primeiro estágio é o da dependência, no qual o grupo procura um líder, alguém que lhes diga o que fazer, alguém que lhes dê as respostas. O segundo estágio é um período de luta para estabelecerem o próprio lugar no grupo. Os mecanismos protetores de luta e fuga são usados por todos durante este período. E quando termina esta batalha de sentimentos (que pode ser uma luta de um segundo ou estender-se durante semanas), é alcançado o estágio final, o qual Binion denomina de "emparelhamento". Este é o estágio em que nós, como membros, aceitamos-nos pelo que trazemos para a tarefa e aceitamos os outros. É neste estágio, que, libertados da necessidade de mostrar nossa posição, de de-

fendermo-nos, podemos pensar e partilhar sem receio.

Quais são os resultados práticos deste princípio para nós? Pensamos imediatamente nas reuniões de pessoal da nossa agência. [Para o educador, as reuniões de equipe são oportunidades educacionais; são o amago do crescimento no ser vivo da equipe. O uso e o abuso das reuniões de equipe são de vital importância para nós. No entanto, todos nós somos membros de comissões de trabalho: na agência, na comunidade, na nação. Algumas vezes, encontramos-nos na posição de coordenador, líder, consultor, administrador ou supervisor de outros, em vários empreendimentos. Que uso fazemos deste princípio que de clara que em cada situação de resolução de problemas existem dois processos principais em trabalho?]

Em primeiro lugar, (o princípio nos dá uma estrutura na qual podemos fazer diagnósticos de trabalho em dois níveis de movimento, prática em qualquer situação. Assim, sentimo-nos a vontade, caso sejam chamados no princípio de uma série de reuniões, ou entremos no meio delas. Na orientação de tarefa de uma dimensão, podemos ver um grupo lutando para emergir com métodos de resolução de problema, antes que o problema seja definido, de uma forma que tenha o mesmo significado para todos; quando este é o caso, sabemos que o trabalho de grupo é necessário e participamos nesta base. Na segunda dimensão, ouvindo, observando os tipos e a direção do intercâmbio que se realiza, sendo sensível a gestos e atitudes, é possível formar-se uma hipótese de que o grupo está ainda no estado de dependência, e pode assim continuar, a menos que o coordenador seja auxiliado a ver o que está fazendo, ou que sejam desenvolvidos métodos que permitam aos membros contribuírem para a solu-

ção do problema. Novamente, o educador tem uma hipótese, cuja exatidão pode experimentar em termos do que acontece quando sugere novas medidas.

O fato de muitos conselhos de saúde morrerem; do moral do pessoal ficar cada vez mais baixo; de haver mudanças no pessoal em alguns departamentos e não em outros; dos empreendimentos cooperativos entre divisões ou entre agências não frutificarem, podem, mais do que se pensa, ser o resultado de nosso pouco caso pela dimensão emocional do pessoal e pelo trabalho da comissão, do que falta de planejamento lógico. É desnecessário acrescentar que, quando trabalhamos com pessoas de padrões ou níveis culturais na comunidade, socialmente bem distanciados de outras que possuem valores e atitudes diferentes, encontramos em uma terra-de-ninguém, até que as diferenças de valores e a compreensão de sentimentos sobre elas, sejam alcançados por todo o grupo. Talvez a hipótese concernente as duas dimensões de grupos de trabalhos, seja o apoio de nossas simples máximas como: "Va deyagar. tenha paciência. não faça modificações até que o grupo esteja pronto para mudar".

Um segundo princípio de educação para saúde é o seguinte: "A percepção daqueles que serão ensinados fornece detalhes importantes a serem usados no planejamento do programa."

Em um livro recente de Simmons e Wolff, "Ciência Social na Medicina", desenvolve-se a tese de que o diagnóstico, tratamento e reabilitação, na enfermidade, devem levar em consideração os inúmeros meios pelos quais o doente percebe as situações e tensões que sua sociedade e cultura lhe impõem. O cuidado médico torna-se, assim, mais do que o tratamento de uma enfermidade: significa tratamento de uma en-

fermidade em um indivíduo que possui um organismo de reação, em um mundo dinâmico. Repetidamente o autor salienta que não é uma determinada situação ou crise que produz sintomas no doente; é a sua percepção da situação e as ameaças que esta percepção lhe trazem.

Saunders em (4) "Diferenças Culturais e Cuidado Médico", ao contrastar as percepções dos americanos de língua espanhola, e das dos anglo-americanos quanto aos conceitos "tempo", "mudança", "aceitação", "rejeição", "organizações oficiais" etc., torna evidente o fato de que o planejamento de programas de qualqueres espécie é um fracasso, se o conhecimento e apreensão das diferenças existentes em percepção, não forem tomados em consideração.

Os estudos feitos por Spicer (5) e Paul (6), o trabalho de Foster (7) e Kelly (8), todos nos dão prova direta de que o planejamento feito para outros povos, em vez de elaborado juntamente com eles, é um grande desperdício de esforço profissional.

Não é difícil ver estas diferenças em percepção e o que acontece quando as negligenciamos, sobretudo se duas culturas muito diferentes são juxtapostas. É bem outra coisa reconhecer e aceitar a existência de diferenças em percepção de povos com os quais trabalhamos todos os dias. Por exemplo: não há, provavelmente, duas pessoas aqui neste auditório, que possuam percepções idênticas sobre o que estamos tentando fazer esta manhã. Entretanto, a tendência de cada um de nós será pensar que as outras pessoas veem a situação exatamente de nosso modo. Cada um dos presentes possui significados diferentes para as palavras que estamos usando; atitudes diferentes quanto ao valor ou falta dos conceitos. Somente quando partilharmos e explorarmos nossas diferentes percepções,

será possível uma discussão que faça sentido.

Assim, presentemente, em educação para saúde, há uma grande necessidade dos estudos sobre a maneira porque as pessoas percebem, bem como o modo pelo qual nos percebemos. Precisamos, também, dezenas de estudos significativos sobre percepção, até que tenhamos detalhes que são melhores do que palpites, para nos orientarem sobre os programas que estamos tentando em enfermidades crônicas, prevenção de acidentes, cuidado aos anôiaos, educação pre-natal e fluorização.

O estudo mais antigo de Schwachhammer: (9) "Escolha e Mudança de Médicos", e o estudo de Kops sobre Regionville, indicam a riqueza que possuiremos quando conhecermos quais os valores, temores, falsas concepções, e reações dos diferentes grupos dentro de nossa estrutura social. Somente quando possuímos tal conhecimento, é que poderemos fazer uso de sistemas que não sejam empíricos, a fim de desenvolver comissões entre as agências, definir funções de Conselhos de Agências Sociais, auxiliar os membros da Junta e o pessoal das agências voluntárias a ver seus objetivos com os mesmos olhos, a melhorar o trabalho educacional com doentes e pessoal em hospitais, dar vida nova aos cursos de serviços de alimentação, argumentando em favor da flexibilidade de sistemas e processos do departamento de saúde pública e, realmente, atender as necessidades das comunidades a que servimos.

Nesse ínterim, devido à falta dos dados para pesquisas, tratamos de leve o problema. Obtemos idéias cruas sobre as percepções de grupos vizinhos, com a criação de climas permissivos nos quais as pessoas tenham liberdade de expressar seus desejos e sentimentos. O tipo de treinamento e a supervisão de auxiliares de

educação para saúde, no Peru, prestados por Mary Jo Kraft e Cato Lube, prepararam esses auxiliares para obterem muitas percepções sobre as necessidades, valores e práticas de saúde nas aldeias, que o trabalhador profissional de saúde muitas vezes não toma em consideração. É a luz de percepções usadas como dados para o planejamento de programas que nos interpretamos as teorias de Biddle (11) sobre o treinamento de líderes da comunidade; o trabalho de Wales (12) em Porto Rico; os empreendimentos de comunidade em todo o mundo, da Sociedade de Serviço aos Amigos, e a ênfase dada ao desenvolvimento da comunidade que faz parte do programa de longo alcance na Índia. Para nós, todos esses esforços partem do princípio de que as percepções dos povos a serem "mudados" são básicas ao planejamento. Até agora, a maioria de nossos sistemas tem sido em caráter essencial.

Um sistema mais válido, e de que sempre dispomos, e o de empregar um cientista sobre comportamento para obter estes dados sobre percepção. Vamos dar um exemplo para ilustrar o que queremos dizer. Um departamento de saúde de um distrito da Califórnia, encarregou-se de um programa educacional para um grupo de norte-americanos de língua espanhola que ali vivia. A incidência de tuberculose, de mortalidade infantil e materna, as ocorrências de delinqüência juvenil eram maiores nessa Área. Durante vários anos o departamento de saúde havia trabalhado no problema. Foi concedido mais tempo médico às escolas e aos serviços de clínica na zona. Uma enfermeira e um sanitarista, ambos de língua espanhola, foram designados. Os resultados não eram nada animadores.

Sob o patrocínio conjunto do Bureau de Educação de Saúde do Departamento de Saúde do

Estado e da Escola de Saúde Pública, uns poucos mil dólares foram conseguidos para um projeto de pesquisa, sob a direção de um antropologista cultural. Dentro de seis meses, os resultados trouxeram à tona fatos até então desconhecidos sobre o grupo. Ficou demonstrado que existiam facções entre o grupo; figuras poderosas foram descobertas; muitos subgrupos autônomos desconhecidos foram postos a luz; atitudes quanto a práticas de saúde e cuidado médico foram descritas; meios para obtenção de informações foram encontrados; alguns de seus assuntos de valores foram descobertos. Agora é possível ao pessoal do departamento de saúde iniciar um programa de treinamento em serviço para o departamento, calcular como cada pessoa, de sua própria maneira, necessitaria adaptar seu trabalho, ou mudar seus métodos de ensino para adaptar-se aos resultados.

Uma ilustração final sobre a importância das "percepções mantidas para o planejamento de programas", encontra-se no problema que ora nos defrontamos, na Carolina do Norte e na Califórnia, onde estamos começando nossos programas de treinamento em educação para saúde nas zonas dos índios. Como podemos verificar pelos volumosos estudos antropológicos, precisamos ter as seguintes compreensões: de que modo, através da barreira da diferença de idiomas, podemos aprender as percepções sobre as práticas de saúde, conforme as veem os índios? Como controlar o desejo de levar aos índios Navaajo o que nós sabemos que é bom para eles, até que aprendamos o que os Navaajos acham que é bom para eles?

É este segundo princípio que temos em mente, quando dizemos: "Comece onde se acham os povos".

Durante os últimos dois anos, causamos-nos um pouco de nossos próprios conceitos e dos de outros que salientam de forma separada os vários fatores condcentes à realização da "mudança". Olhamos a "motivação", de muitos ângulos, a natureza psicológica da participação, a construção de novas estruturas de referência, por meio de técnicas de discussão-decisão. Mas quando estes fatores são tratados isoladamente, a relação entre eles não é vista. Tem sido uma experiência desagradável trabalhar com estudantes que passaram horas em um laboratório, sobre problemas nos quais a experiência participatória tem sido emocionante e produtiva, apenas para que um estudante pergunte: "Agora, quando vamos aprender algo sobre a motivação"?

Desta forma, por meio da insatisfação com este tipo de análise psicológica aos poucos, sobre aprendizagem ou a mudança, e a inadequabilidade deste sistema para os praticantes de educação para saúde, chegamos a um princípio muito simples que há muitos meses vimos experimentando conscientemente. Este é o seguinte: "O processo de planejamento em si é um método educacional que tem suas potencialidades para salientar os fatores psicológicos principais que trazem a mudança". Este é o nosso terceiro princípio.

Se for um princípio válido, poderão então servir como critério a ser usado por alguns trabalhadores de educação para saúde, para responder a pergunta: "A que atividades devo dedicar a maior parte de meu tempo"?

Olhem, por um momento, o processo de planejamento. É chamado a desempenhar um papel nas situações de resolução de problemas. Assim, o princípio de trabalho nas duas dimensões em planejamento, o princípio que se relaciona com

assegurar a compreensão das percepções mantidas acha-se presente. Igualmente inerente ao processo de planejamento, acha-se também uma constelação de fatores psicológicos, cada qual tendo sido experimentado quanto a sua eficácia nos processos de aprendizagem. Dizemos que deve haver uma motivação. Se acreditamos com Allport (13) que a motivação para a atividade surge no esforço do organismo para reduzir tensões de uma ou de outra espécie, esta definição de motivação desempenhará um papel no processo de planejamento? cremos que sim. Acreditamos que o planejamento é um processo de redução de tensão, e, como tal, serve como uma situação motivadora, seja no planejamento da produção de um folheto, ou no planejamento de um instituto de prematuridade de extensão terriorial de todo o estado.

Foi interessante notar, durante o ano passado, este fenômeno da redução de tensão nas comissões de trabalho, compostas de estudantes formados. Existe grande variabilidade entre estudantes, quanto a sua tolerância da "incerteza" presente nos processos democráticos de variabilidade portanto, em suas percepções quanto ao tempo necessário para trabalhar, por meio de tensões interpessoais, que são parte do planejamento. Sejam quais forem, entretanto, os requisitos de personalidade que os estudantes trazem para as reuniões de planejamento, a tensão interna a ser resolvida é a de produzir um plano que atenda seu critério de sucesso, declarado ou não declarado. Este relacionamento de tensão, quando está terminada a tarefa de planejamento, parece ser comparável a satisfação de um bom jantar após grande fome.

Cada situação de planejamento também parece oferecer possibilidades para induzir "mudanças"

ças", encontradas nos estudos clássicos de Kurt Lewin e seus estudantes.

Pois aqui, em sessões de planejamento, tanto pequenos como grandes grupos tornam-se envolvidos e incluídos em objetivos de grupo. Os membros desenvolvem objetivos e métodos próprios. Tornam-se uma pequena unidade temporária na sociedade, com uma estrutura de referência peculiar a eles próprios. Tornam-se "iguais" podem, sem receio, escutar, experimentar, aceitar novas idéias e atitudes. Estabelecem sua própria proporção de "mudança". Desenvolvem percepções comuns relacionadas com a tarefa que tem em mãos.

O princípio de que o processo de planejamento é um método educacional principal acha-se amplamente difundido; e o tempo designado para o estágio de planejamento no desenvolvimento de programa, torna-se cada vez maior a proporção que compreendemos seus valores educacionais. Helen Martikainen e seu pessoal levaram cerca de dois anos para desenvolver, dentro de quatro ministérios de saúde, a idéia básica e as obrigações que levariam ao Seminário em Campo, sobre Educação de Saúde, em Chitre, Panamá, em 1954.

No Seminário de Chitre, composto de alguns proeminentes educadores de saúde de quatro países, os únicos métodos de ensino que usamos para nosso próprio desenvolvimento foram os de planejamento e avaliação. Nosso trabalho educacional com o pessoal do departamento de saúde, com administradores de escolas, e com os cinco grupos da aldeia, foi feito conscientemente, usando os processos de planejamento como meio de "mudança".

Em nosso preparo de trabalhadores de comunidade e de auxiliares de Educação para Saúde

dos Navajo é nossa esperança que o planejamento e a avaliação sejam os métodos principais de ensino empregados, nos quais os participantes planejarão sua própria orientação, seus métodos de conseguir informações técnicas, seus objetivos e processos em seu trabalho nos lares dos Navajo, com as comissões tribais e o pessoal de distrito dos Serviços de Saúde.

É evidente, entretanto, que este princípio não é aceito por todos os profissionais de saúde. Esta não aceitação é principalmente verificada nos tipos de cursos e currículos no campo da saúde, que se tornaram estereotipados. Temos em mente os cursos de extensão e os cursos de verão sobre educação para saúde, para professores; os cursos pré-natais e de cuidado infantil, para mães; os cursos de alimentação para trabalhadores de serviço; os programas com as Associações de Pais e Professores, e outras agências. Ficamos tão fascinados em conseguir um público empolgado que ouvira nossas idéias sobre o que ele deve saber, que esquecemos inteiramente as respostas à nossa pergunta: "Como aprendem os indivíduos; como mudam?" Esquecemos as sábias palavras de Deering (15): "Não desistimos facilmente de algo que ajudamos a planejar."

Nosso quarto princípio relaciona-se com a organização de comunidade. Pode ser enunciado do mais ou menos assim:

Reunir indivíduos para trabalhar em preblemas (muitas vezes chamado de Organização da Comunidade) é um processo complexo que envolve: (1) análise da validade dos objetivos para os grupos; (2) relação dos objetivos com os vários níveis e tipos de estrutura de poder

D. M. ²³⁰
 7-30-47
 Wawilide
 de expediente
 gc

na comunidade, e (3), conceitos de liderança mantidos pelos trabalhadores profissionais.

Não existe, provavelmente, ninguém aqui, a quem não tenha sido perguntado uma vez ou outra, sobre a validade dos grupos formais e não formais da comunidade, cujos objetivos evidentes se relacionam com alguma fase dos serviços e práticas de saúde. Participamos todos de comissões de saúde do Conselho de Bem-Estar Social; de conselhos de saúde vizinhos; de comissões de saúde escolar; de comissões de educação para saúde de agências voluntárias de saúde. Talvez tenhamos servido de instrumentos para auxiliar a criação de um comitê de saúde de um ou outro tipo. Muitas vezes, estas experiências fracassaram. Reuniões e almoços mensais com um grupo; emocionantes reuniões semanais com outro, que se transformaram em sessões cada vez menos emocionantes até que finalmente se tornam uma "caceteação" presenciais; conselhos sobre saúde escolar que começaram com tão excelentes objetivos e se deterioraram em sessões de "programa". Todas estas atividades e tão pouca coisa aconteceram!

A culpa foi nossa como profissionais de saúde. Nossos colegas tiveram igual culpa. Ignoramos ou tivemos a existência da comunidade de 40 criadores de decisão, da comunidade de Floyd Hunter (16). Entretanto, em nossos conselhos, compostos, em grande parte, de trabalhadores profissionais, nossos corações se partiram em pedaços dos problemas cuja solução estava em nossas mãos. Encolhemo-nos na segurança de nossas convicções comuns e deixamos de pensar sobre os muitos métodos nos quais estes quatroenta homens e mulheres poderiam envolver-se no processo de "mudanças". Existem, entretanto,

outros níveis e tipos de poder em uma comunidade, que se relacionam aos outros problemas. Certamente e a estrutura de poder em uma comunidade de que pode decidir se uma nova fábrica será introduzida ou não, a estrutura de poder é quando terá as decisões finais quanto a um programa multifásico de seleções a ser iniciado; se de verá ser votada a fluoretação ou se as mães de vem, por suas próprias convicções, decidirem-se a um exame pre-natal antes do quarto mês de gravidez. Quem são os zeladores, os criadores de decisão, nestas situações? A liderança deverá ser firmemente mantida pelo oficial de saúde, pelo educador de saúde, ou pelo secretário-executivo, ou pelo pessoal do Conselho de Saúde, para cada um dos tipos de assuntos de saúde? Além disso, de que forma os conceitos de liderança mantidos por estes profissionais afetam os grupos com os quais estão associados? Então o termo organização de comunidade é engador e pode ser prejudicial ao desenvolvimento de muitos tipos diferentes de grupos de trabalho necessários na comunidade? As respostas a todas estas perguntas serão encontradas apenas após uma análise séria do significado deste princípio quanto a sua aplicação a uma determinada comunidade a um tempo determinado.

Hydrik (17) em seu trabalho em Java, no princípio da década de 1920, foi um dos primeiros profissionais de saúde a tornar prática a aplicação do quinto princípio, a saber: "A distância social entre o educador e o grupo enginado é um fator de significação na educação." Este princípio foi incorporado ao Plano de União de Cincinnati, em 1919, e nas primeiras demonstrações de educação de saúde, na cidade de Nova York. Nos últimos anos, entretanto, parece ter menos importância para nós. Não temos dúvida quanto a sua solidez psicológica, em



bora existam certas situações especiais nas quais deveria ser experimentado.

Os inúmeros estudos sobre estratificação social intrigaram-nos como praticante de educação para saúde. Perguntamos a nós mesmos: O que representam para nós estes resultados sobre a estrutura de classe, mobilidade social e estado social? Por si, pouco significam, mas quando, aceitando os dados, pomos em uso as dinâmicas da psicologia de aprendizagem pelos indivíduos, e a dinâmica da interação de grupos, novas perspectivas se abrem. Os dados descritivos tornam-se, súbitamente, dados a serem usados em planejamento de programa.

Como se torna mais simples explicar os fracos resultados das campanhas de saúde, e o desperdício na distribuição de propaganda e também compreender a rejeição por parte de uma comunidade ou uma tribo de medidas de saúde que elas mesmas disseram que desejavam! A luz esclarece a verdadeira natureza das barreiras que muitas vezes são levantadas na comunidade, estado e nação, por grupos temerosos quanto à mobilidade social. Certamente, nenhum país tem mais problemas de comunicação, devido a distância social, do que nós, formados como somos, de povos de todo o mundo, cada um destes povos possuindo sua própria ciga-se e estados hierárquicos.

Na nossa opinião, acham-se sem resposta, até agora, perguntas como estas: "Para que tipos de problemas é a sanção ou aprovação por pessoas do estado, uma necessidade?" "Em quais dos nossos modelos e subcultura é o estado importante quanto a sanções para "mudanças"?" "Como poderemos preparar líderes selecionados de uma classe social definida, sem criar distân-

cia social entre o líder recentemente treinado e o grupo de onde ele provém"? Necessitaremos respostas específicas a estas perguntas, antes de ir muito longe na seleção e treinamento de Auxiliares de Educação para Saúde dos Índios Navajo.

Precisamos, entretanto, fazer perguntas semelhantes em trabalho mais perto. Precisamos, em agências oficiais e voluntárias de saúde, encontrar, treinar e empregar "agentes de mudança" que estejam mais perto das compreensões e dos padrões de valor dos grupos que precisam de auxílio. Ao criar e manter nosso próprio estado profissional, será possível que tenhamos esquecido a razão pela qual estamos no campo da saúde?

A incorporação de voluntários na escola e nos programas de clínica, é uma de nossas poucas concessões ao princípio da distância social. Entretanto, novamente aqui os objetivos quanto ao uso dos voluntários, sua seleção, treinamento e as espécies de trabalho que lhes são designadas, criam um quadro confuso. Quando vemos, em uma de nossas grandes cidades, o uso de membros da Liga Júnior em clínicas, em um dia trite desprivilegiado, ficamos em dúvida se a educação do membro da Liga Júnior, ou a espera da "mudança" nas mães que assistem as conferências, eram o objetivo total. A distância social entre o profissional e o cliente, neste caso, parece ser um tanto exagerada.

O trabalho de educação em comunidade em Porto Rico, no Japão e na Índia, parece estar tentando reduzir a distância social entre o profissional e a comunidade, como parte de um esforço planejado para efetuar a "mudança".

Entretanto, aqueles entre nós, que viram o filme da Fundação Ford, "Vida na Aldeia" de-

37

vem ter pensado, como nós, que o fator da distância social é ainda uma tremenda barreira. A seleção feita por Hydrick dos visitantes de Saúde no Peru, com quem conversamos, parecia estar muito mais perto, socialmente, do povo com quem trabalhavam.

O último princípio é um que parece nunca falhar, se for usado inteligentemente, com o completo conhecimento dos outros princípios que apresentamos. É um princípio ao qual voltamos quando tudo mais deixar de conseguir a "mudança". É o seguinte: "A avaliação dos programas e métodos educacionais, pelo pessoal, fornece uma estrutura de apoio para introduzir mudanças em conteúdo e Métodos."

Falamos sobre a avaliação da educação para a saúde ad infinitum. Nenhum planejamento de programa esta completo sem, pelo menos, mencionarmos sua importância. Suspeitamos que nós, praticantes, estamos fazendo ainda melhor do que antigamente, parando em vários passos de nossos programas, para perguntar: "De que forma nos saímos?" A avaliação, entretanto, como uma realidade prática na administração de saúde não é fácil. O pessoal é um grupo de trabalho; há serviços a serem prestados. O conceito de avaliação é alheio a muitos membros legais da Junta, e ao público em geral. Uma percepção do pessoal profissional, expressa frequentemente por cidadãos, é que o profissional é treinado e conhece o seu trabalho. A compreensão que o trabalho pode ser feito melhor, somente surge quando um incidente ou uma crise revelam lacunas.

Entretanto, para combater práticas teimosas de quarto de século e de meio século, que são ineficientes, desperdiça-se dinheiro e tempo profissional; para auxiliar os administradores a perceber a educação para saúde como algo

mais do que informações a dar em situações difíceis como estas - a experiência partilhada em avaliar o programa educacional da agência, - poderá ser o único meio pelo qual as pessoas do estado (administradores, supervisores e membros da Junta), poderão tornar-se receptivas aos dados de que precisam, para compreenderem como mudam os povos.

Neste esforço conjugado, os educadores sanitários precisam trazer ao pessoal, os melhores recursos da comunidade e do estado, em educação para saúde, ou em campo aliado. Para que a avaliação seja eficaz, não se deve demorar em estatísticas de listas de endereços, folhetos distribuídos com o público, filmes e conferências. [Relacionar-se-ão com as mudanças em conhecimento, atitudes e comportamento, que se realizarem devido a estes auxílios educacionais.] Talvez, se não existirem fundos adicionais disponíveis, uma pequena parte da cidade possa ser investigada pelo pessoal do departamento de saúde, e por voluntários treinados para que se verifique se algum dos objetivos do programa educacional (educação de segurança, prevenção da obesidade, controle do câncer), foi alcançado. Desta forma, o pessoal adquiere suas próprias impressões sobre os "fatos da vida", sobre o processo de aprendizagem e torna-se o primeiro a desejar mudanças nos métodos.

Um funcionário de saúde, em um dos escritos distritais da zona dos Navajo, muito inteligentemente, fez sua própria avaliação pessoal sobre os métodos educacionais que seu pessoal estava utilizando. "E engraçado", disse ele: "Temos exibido filmes, feito conferências sobre saúde, todas as noites, durante os últimos seis meses; mas não creio que possa calizar uma única coisa diferente devido a este nosso trabalho. Os índios olham e ouvem... mas não sei se realmente olham e ouvem. Deve

haver outros meios de fazer a educação." Quando o seu pessoal estiver apto a juntar-se a ele em uma avaliação simples como esta, outros meios surgirão.

Outro uso eficaz dos meios simples de avaliação foi feito pelo pessoal do departamento de saúde perto de nossa escola. A pedido do pessoal de educação para saúde, cada diretor de divisão fez uma lista das tarefas mais importantes para as quais a divisão desejava auxílio da divisão educacional. A discussão desta vasta série de serviços tornou-se o assunto principal dos serviços tornou-se o assunto principal dos serviços em reuniões semanais de pessoal, durante dois meses. Foram desenvolvidos critérios a fim de escolher os serviços aos quais o pessoal de educação de saúde deveria dar prioridade. Por meio destas reuniões de pessoal, não somente foi criado um programa realístico de educação para saúde para um grande departamento, como também foram lançadas as pedras fundamentais de princípios educacionais sólidos, como os que apresentamos.

Por meio de técnicas de avaliação de um ou de outro tipo, poderemos algum dia, num futuro não muito distante, por fim à uma fragmentação da aprendizagem sobre a saúde, que agora aflige muitas comunidades. Referimo-nos às três ou quatro campanhas semanais de saúde, aos dias e semanas de saúde, nos quais se espera que alguns educadores de saúde participem. O angariamento de fundos e a mudança em comportamentos são objetivos inteiramente diferentes. Muitas vezes, o mesmo método educacional é usado para ambos. Os estudos de avaliação podem esclarecer esta diferença.

Que tentamos dizer? Isto: existem muitos princípios baseados na teoria que estamos experimentando diariamente em nosso trabalho educacional. Alguns destes princípios ou hipóteses, suportam melhor os testes do que ou-

tros; por meio de trabalho adicional serão pos- sivelmente revistos. No momento presente, os seis princípios para esta apresentação são as bases para um grande trabalho criativo experi- mental. Existem outros princípios, igualmente interessantes, mas deixá-los-emos para outro dia e para outro orador.

- REFERÊNCIAS -

1. Malinowski Bronislaw, "A Scientific Theory of Culture and Other Essays." University of North Carolina Press, Chapel Hill, 1944
2. Bion, W.R., "Experience in Groups, I - VI. Human Relations, 1940-1950."
3. Simmons, L.W. and Wolff, H.G., "Social Science in Medicine", Russell Sage Foundation, New York, 1954.
4. Saunders, Lyle, "Cultural Difference and Medical Care", Russell Sage Foundation, New York, 1954.
5. Spicer, Edward H., "Hum and Problems in Technological Change" Russell Sage Foundation, New York, 1952.
6. Paul, Benjamin D., "Health Cultural and Community", Russell Sage Foundation, New York, 1955.
7. Forter, George M, "International Report: Changing Health Concepts in Latin America", Health Education Journal Vol. XI, No 2 April 1953, Central Council for Health Education Tavistock House, Tavistock Square, London, W.C. 1.
8. Kelly, Isabel, "The Bienstar Social Rural Program with Special Reference to the Pilot

9. Project in Villa Jose Cardel, Vera Cruz, Mexico. Institute of Inter-American Affairs. 1954 (Mimed)
9. Schwackhamer, Gladys, "Choice and Change in Doctors".
10. Koos, E.L., "The Health of Regionville", Columbia University Press, New York, 1954.
11. Biddle, W.W., "The Cultivation for Community Leaders" Harper and Bros., New York, 1953.
12. Connell, C.F., Male, F.G., and Withey, S.B. (Editors) Community Change: an action program in Puerto Rico. Jur. of. Soc. Issues, 1953, Vol. 9, nº 2.
13. Port, Gordon W. "Becoming", Yale University Press, New Haven, 1955.
14. Lewin K. "Field Theory in Social Science", New York, 1951.
15. Deering, Irah, "Let's Try Thinking", Antioch Press, Yellow Spring, Ohio, 1942.
16. Hunter, F., "Community Power Structure", The University of North Carolina Press, Chapel Hill, 1953.
17. Hydrick, J.L., "Intensive Rural Hygiene Work and Public Health Education of the Public Health Service of Netherlands Indies" Rockefeller Foundation, New York City.
18. Bendiz, Reinhard and Lipset, S.M., "Class Status and Power" The Free Press, Glencoe, Illinois, 1953.

LIBRARY
SUN, ILL. IN
MAY 1954

inta/.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
BIBLIOTECA