

Capa Educação e saúde no campo	02
Políticas Públicas Catálogo Nacional de Cursos Técnicos unifica nome das carreiras	08
Em Dia com a História Saúde em 1800	10
Almanaque	12
Entrevista Ester Buffa - Anos de chumbo na educação	13
Profissão Trabalhadores de nível médio cuidam da gestão do SUS	16
Comemoração Os 30 anos de Alma-Ata são comemorados com a volta da atenção básica para o centro da agenda mundial	18
Observatório dos Técnicos Pesquisa analisa Política de Educação Permanente em Saúde	20
Livros Mares nunca dantes navegados: as contas nacionais da saúde - resenha do livro 'Economia da Saúde: uma perspectiva macroeconômica 2000-2005'	22
Dicionário Trabalho	23

Dois meses depois do seu lançamento, com uma edição especial sobre os 20 anos da Constituição brasileira, você está recebendo o segundo número da Revista Poli, que se propõe a discutir e promover, no diálogo, conhecimento sobre políticas de saúde, educação e trabalho.

Elementos de todas essas políticas, com suas demandas e desafios, estão presentes na matéria de capa desta edição, que mapeia as principais iniciativas dos movimentos sociais e dos governos na defesa do direito à saúde e educação integral às populações do campo.

A seção de entrevista foi pensada como esforço de não deixar caírem no esquecimento as marcas que a ditadura militar deixou na história brasileira em diversos campos. Para isso, nesta última edição de 2008, quando completam 40 anos exatos do Ato Institucional nº 5, conversamos com a pesquisadora Ester Buffa sobre as reformas que a educação sofreu pelo Golpe Militar. Para continuar no campo das memórias, a revista lembra os 30 anos de Alma-Ata, divulgando e discutindo um relatório da Organização Mundial de Saúde que retoma a importância da Atenção Primária em Saúde. E na seção 'Em dia com a História', contamos como eram as práticas e a divisão do trabalho em saúde nos idos de 1800.

O Catálogo Nacional de Cursos Técnicos, que unifica a nomenclatura dos cursos desse segmento da educação, é tema das páginas sobre Políticas Públicas. Na seção dedicada ao Observatório de Técnicos em Saúde, uma Estação de Pesquisa da EPSJV que compõe a Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde, falamos sobre os resultados de um estudo sobre outra política, a de Educação Permanente em Saúde.

O Dicionário, desta vez, discute o conceito de trabalho, dentro e fora da sociedade capitalista. A seção de profissões apresenta os conhecimentos e 'afazeres' do técnico em gerência de saúde, mostrando que, em grande medida, são os trabalhadores de nível médio que cuidam da gestão do SUS.

Além do Almanaque e do Pra Lembrar, que trazem assuntos variados, completa este segundo número da revista a resenha do livro 'Políticas e sistema de saúde no Brasil', feita por Lígia Bahia. Boa leitura.

Ano I - Nº 2 - nov./dez. 2008

Revista POLI: saúde, educação e trabalho - jornalismo público para o fortalecimento da Educação Profissional em Saúde.
ISSN 1983-909X

Conselho Editorial

(Membros do Conselho Deliberativo da EPSJV)
André Malhão, Sergio Munck, Isabel Brasil, Gustavo Matta, Gilberto Estrela, Arlinda Moreno, Francisco Bueno, Etecia Molinaro, Maurício Monken, José Roberto Reis, Cristina Araripe, Monica Vieira, Gisele de Souza, Ialé Braga, Marcela Pronko, Jéssica de Paula, Mario Sergio Homem, Cátia Guimarães, Anamaria Corbo.

Editora

Cátia Guimarães - MTB: 2265/RJ

Repórteres e redatoras

Juliana Chagas

Raquel Torres

Maíra Mathias (estagiária)

Projeto Gráfico e Diagramação

Zé Luiz Fonseca

Marcelo Paixão

Capa

Pedro Henrique Quadros (estagiário)

Endereço

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, sala 305 - Av. Brasil, 4.365 - Manguinhos, Rio de Janeiro
CEP.: 21040-360 - Tel.: (21) 3865-9718 - Fax: (21) 2560-7484
comunicacao@epsjv.fiocruz.br | www.epsjv.fiocruz.br

Assistente de Comunicação

Sandra Pereira

Assistente de Gestão Educacional

Luciane Vicente

Estela Carvalho

Tiragem

5.000 exemplares

Periodicidade

Bimestral

Agradecimento

Agência Imagens do Povo (fotografias)

Educação e Saúde no Campo

Experiência de movimentos sociais serve como ponto de partida para a formulação de políticas públicas

Raquel Torres



Francisco Valdeon/Imagens do Povo

MST: Integração entre trabalho e educação é um dos fundamentos

A última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2007 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revela que cerca de 16% da população brasileira vive em zonas rurais. As grandes distâncias e o transporte precário dificultam o acesso dos moradores dessas regiões a dois direitos constitucionais: saúde e educação. Nessa reportagem, você vai entender de que maneira os movimentos sociais do campo e o governo federal vêm tentando solucionar esses problemas.

Desafios na educação

A PNAD mostra que, de cada 100 moradores de áreas rurais com mais de cinco anos de idade, 24 não são alfabetizados – nas cidades, esse número cai para nove. O tempo de estudo também é preocupante: enquanto na área urbana cerca de metade dos moradores estudou oito ou mais anos, 60% dos habitantes da área rural estudaram quatro anos ou menos. “Durante muito tempo, o campo foi tratado com descaso, sem a devida valorização. Os resultados que se têm hoje comprovam isso”, reconhece Armênio Schmidt, diretor de Educação para a Diversidade da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade do Ministério da Educação (Secad/MEC).

De acordo com ele, é preciso que se tenha uma atenção especial para contrar essa situação. E as saídas encontradas pelo governo têm vindo, em grande parte, da articulação com movimentos sociais do campo. “Além do Conselho dos Secretários Estaduais de Educação, da União dos Dirigentes Municipais de Educação e das Secretarias Municipais de Educação, dialogamos de forma permanente com os movimentos sociais, como o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), que tem construído, ao longo do tempo, uma educação de muita qualidade no campo”, diz, referindo-se a alguns princípios que são usados por esse movimento em seus cursos e que, hoje, fazem parte dos programas oficiais do governo.

A experiência do MST

O primeiro princípio da educação no MST diz respeito à necessidade de que os professores das escolas do campo possuam um olhar diferenciado, voltado para as especificidades desse meio. De acordo com Roseli Caldart, assessora pedagógica do Instituto Técnico de Capacitação e Pesquisa da Reforma Agrária (Iterra), do MST, é preciso que toda escola tenha “o jeito do lugar onde está”, seja ela do meio rural ou do urbano. “A escola é um dos espaços de formação dos sujeitos. Portanto, ela não pode ser um corpo estranho, algo que não tenha nada a ver com aquilo que acontece nessa comunidade”, diz.

Uma escola que atenda a assentados não pode, segundo esse raciocínio, ficar descolada de todo o processo de luta do MST. “Muitos se perguntam se a escola do MST é diferente. Talvez seja, assim como há tantas outras escolas diferentes tentando construir propostas. Nossa escola opera naquela dialética entre incluir-se no sistema educacional que está constituído, porque é um direito, e ao mesmo tempo excluir-se, contestando essa própria lógica, porque muitos elementos não são favoráveis às pessoas que estão ali, à classe trabalhadora”, analisa Roseli, afirmando que a luta pela educação é um dos marcos do MST. “Não é tão usual que os movimentos sociais camponeses tenham um trabalho específico nesse sentido. Até onde eu sei, isso não é comum na própria América Latina, embora haja alguns movimentos que trabalham com comunidades e acabam se preocupando com isso. O Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB) é um exemplo: são pessoas que têm suas terras alagadas, são reassentadas, precisam reconstruir uma comunidade e ter esco-

las. O MAB se tornou um movimento parceiro nas nossas reflexões sobre a educação”, explica.

O segundo ‘mandamento’ é a tentativa de não separar o trabalho manual do intelectual. “Sempre buscamos trabalhar exatamente na lógica inversa a isso. A idéia é que é preciso desenvolver as diferentes dimensões da formação humana: não adianta montar um curso técnico sem o Ensino Médio, porque é preciso dar ao aluno conhecimentos gerais para que ele entenda como funciona a sociedade. Muitas vezes, sem isso, ele sequer sabe onde se encaixa o seu trabalho. No caso do MST, acredito que a realidade nos ajude um pouco porque os trabalhadores detêm os seus meios de produção e as decisões sobre o processo de trabalho, o que facilita a formação. Mas o processo de alienação nas cidades é tão forte que, ainda que se detenham os meios de produção, pode-se estar num processo muito grande de alienação, embora, em tese, existam condições para superar isso. É preciso potencializar uma formação que supere essa alienação”, defende Roseli.

Ela explica que, no Iterra, os cursos técnicos sempre foram feitos de forma integrada ao Ensino Médio. “Se desejamos formar trabalhadores capazes de questionar a ordem social vigente e de propor novas relações, precisamos oferecer uma formação mais ampla. Essa é a razão por que sempre trabalhamos com o ensino integrado. Em alguns momentos a legislação impunha restrições. Mas, mesmo nessa época, encontrávamos maneiras para combinar ensino técnico e básico: os alunos tinham duas matrículas, uma para o curso técnico e outra para o Ensino Médio mas, na prática, já trabalhávamos de forma integrada”, conta.

Por fim, o MST aprendeu que não é nada simples formar turmas com um número suficiente de alunos, de modo que a realização dos cursos se torne economicamente viável: por um lado, manter uma escola ou centro formador que atenda a poucos estudantes é muito oneroso; por outro, a precariedade das estradas e dos transportes e as grandes distâncias que separam as propriedades no campo inviabilizam a construção de uma escola maior, pois os alunos não teriam como chegar até ela todos os dias. A solução encontrada pelo Movimento para dar conta disso é trabalhar em regime de alternância, dividindo os cursos em ‘tempo escola’ e ‘tempo comunidade’.

O ‘tempo escola’ é realizado, em geral, duas vezes por ano, e pode durar até 60 ou 70 dias. Nesse período, os alunos ficam na escola ou universidade em

que o curso está sendo realizado (ou ainda alojados em algum local próximo) para terem aulas diárias. Já no ‘tempo comunidade’, esses alunos retornam ao lugar onde moram e, além de seguirem sua rotina no trabalho, desenvolvem algumas atividades específicas estipuladas pelos professores. Alternando esses períodos, é possível formar os alunos sem que eles tenham que fazer grandes deslocamentos todos os dias e sem que precisem deixar de trabalhar nas suas terras.

Para Roseli, o ‘tempo escola’ traz ainda um outro benefício: “Quando os alunos ficam um período na escola, intensivamente morando ali, isso exige que prestemos maior atenção a eles. É bem diferente de quando um estudante vai à aula, fica algumas horas e depois volta para casa. Quando as coisas se dão dessa maneira, a escola pode até se dar ao direito de não saber o que acontece com seus alunos fora dali. Já no nosso caso não fazemos isso, porque eles estão ali conosco e constituem quase uma outra família”, observa.

Políticas públicas: o início

A importância de lutar pelo acesso à escola pública sempre foi, segundo Roseli, uma preocupação do MST. “Isso existe desde o princípio do movimento: o MST entendia que aquelas famílias tinham direito a que seus filhos e elas próprias tivessem acesso à educação e que, por conta da negação ao direito à terra, também lhes estava sendo negado o direito à educação”, explica ela. Do diálogo entre o MST e o governo federal surgiu, no final da década de 90, o Programa Nacional de Educação na Reforma Agrária, do Ministério do Desenvolvimento Agrário (Pronera/MDA). “O pontapé inicial para a elaboração desse programa aconteceu em 1997. Foi quando se realizou o I Encontro Nacional de Educadores da Reforma Agrária (I Enera), organizado pelo MST e com o apoio de instituições como o Fundo das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco). O encontro reuniu professores de escolas de assentamentos de todo o país. E foi aí que se começou a pensar na necessidade de elaborar um projeto de programa nacional voltado especificamente para os assentamentos”, conta Clarice Aparecida dos Santos, coordenadora-geral de Educação do Campo e Cidadania do Pronera.

Após o Encontro, um grupo de trabalho ficou responsável pela redação de um projeto para ser entregue ao governo federal. Depois dessa etapa, já em abril do ano seguinte o Pronera foi

instituído, vinculado ao Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incrá). “Nessa época, havia uma grande mobilização nacional em favor da Reforma Agrária, em boa parte devido ao massacre de Eldorado dos Carajás, em 1996. Além disso, havia o apoio da Unicef e da Unesco. Acredito que esses fatores fizeram com que o governo aceitasse a proposta e criasse o Programa tão rapidamente”, diz Clarice. Ela explica que, inicialmente, a intenção era conseguir avanços em relação à escolaridade nos assentamentos, principalmente na alfabetização. “Com o tempo, a demanda por níveis mais altos de escolaridade começou a crescer e passaram a ser realizados cursos técnicos integrados ao nível médio e superiores”, explica.

Os cursos financiados pelo Pronera são feitos em parceria com instituições de ensino públicas ou comunitárias, responsáveis pela certificação dos alunos. “Nossa exigência básica é que as instituições tenham parceria com algum movimento social – a todos os projetos deve ser anexada uma carta com a aprovação do movimento parceiro”, diz Clarice. Ela explica que os próprios movimentos procuram as instituições apresentando sua demanda por determinado curso. “As instituições apresentam seus projetos ao Pronera e uma comissão pedagógica nacional, composta por professores de várias instituições de ensino e também por representantes de movimentos sociais, é responsável por aprovar ou não os projetos. Depois da aprovação, os convênios são finalmente firmados”, conta.

De acordo com Clarice, os cursos técnicos mais demandados são os de técnico em agropecuária, técnico em agroecologia, técnico em enfermagem e técnico em saúde comunitária, além do magistério. No nível superior, o Pronera oferece cursos nas áreas de pedagogia, direito, ciências sociais, agronomia, medicina veterinária e licenciaturas, entre outros. O processo seletivo para cursos de nível médio e superior é feito de acordo com as normas da instituição realizadora. “A única condição para fazer a inscrição é que o candidato apresente um comprovante, emitido pelo Incra, de que é assentado ou tem familiares assentados. A exceção é a Educação de Jovens e Adultos (EJA): nesse caso não há seleção e, em geral, todos os assentados que desejam estudar podem fazer o curso. Além disso, como o índice de analfabetismo entre os acampados é muito alto, eles também podem participar da EJA nas modalidades de alfabetização e ensino fundamental”, observa.



Alunos da Escola Florestan Fernandes, do MST, em São Paulo

Os currículos, segundo Clarice, são adaptados à realidade do campo. “Nossos cursos têm, normalmente, uma carga horária 50% maior que a dos cursos convencionais. Isso para podermos incluir disciplinas que dêem conta das especificidades das áreas rurais”, diz.

Além dos assentamentos

Depois de criar o Pronera, o governo passou a elaborar projetos que se estendessem a todas as áreas rurais: em 2003, foi instituído o Grupo Permanente de Trabalho de Educação no Campo, com o objetivo de discutir a formulação de uma Política Nacional de Educação no Campo articulada pelo MEC. Hoje, dois programas já estão se consolidando: O Programa de Apoio à Formação Superior em Licenciatura em Educação no Campo (ProCampo) e o ProJovem Campo.

O ProCampo tem como objetivo qualificar professores especificamente para atuarem em escolas das áreas rurais. De acordo com Armênio Schmidt, o grande desafio do MEC tem sido garantir a formação adequada desses profissionais: o Censo escolar de 2006 revelou que, naquele ano, mais de 40% dos professores que atuavam nos anos finais do ensino fundamental, na zona rural, não possuíam formação em nível superior. No ensino médio, esse número era de 12,8%.

Segundo Armênio, mais do que fazer com que esses profissionais tenham acesso a um curso universitário, é importante garantir que essa formação dê conta das especificidades da zona rural. “Trabalhar a educação no campo é diferente de trabalhá-la na cidade. Não é melhor nem pior, mas diferente, e as diferenças devem ser respeitadas. Além

de tratar de conteúdos universais, que também são debatidos nas cidades, é preciso que se entenda a realidade do campo e que se respeite sua organização. É necessário tratar de forma adequada as demandas e isso se faz, por exemplo, trabalhando a interpretação de textos que falem sobre o cotidiano do campo. Por isso, além de escolas em número suficiente, é preciso que haja professores qualificados”, afirma.

Atualmente, quatro universidades estão realizando projetos-piloto do ProCampo: a Universidade de Brasília e as Federais de Minas Gerais, Bahia e Sergipe. “Esperamos que, a partir do ano que vem, mais 26 universidades e um Centro Federal de Educação Tecnológica (Cefet) ofereçam o curso de Licenciatura”, prevê Armênio. De acordo com ele, o curso pretende atender principalmente a professores que já trabalham em escolas do campo e ainda não possuem formação superior. O processo seletivo é feito de acordo com as normas das universidades – em geral, o vestibular – e é aberto. “Mas cada instituição tem autonomia para adotar critérios que priorizem a entrada daqueles que já atuam como professores. Esse é o nosso público preferencial”, explica.

Assim como os cursos realizados pelo Pronera, a Licenciatura em Educação no Campo deve ser trabalhada em regime de alternância. “Para não prejudicar o trabalho que esses profissionais já realizam, os ‘tempos escola’, que duram em média 45 dias, são feitos durante as férias. Já durante o ano letivo, os professores das universidades vão periodicamente ao campo, às escolas em que os alunos de Licenciatura trabalham, para fazer um acompanhamento. Os estudantes também têm um conjunto de

trabalhos e pesquisas a realizar durante esse tempo”, diz Armênio, observando que os planos de curso são desenvolvidos pelas próprias universidades e aprovados pelo MEC.

Enquanto o ProCampo busca formar professores, o ProJovem Campo surgiu em 2005 com o objetivo de aumentar a escolarização de agricultores que tenham entre 18 e 29 anos. De acordo com Armênio, as etapas do ensino básico em que há maior necessidade de investimentos são o Ensino Médio e os últimos anos do Ensino Fundamental. Ele afirma que uma das maneiras encontradas para atender a essa demanda, especialmente no caso de jovens e adultos, é a construção de escolas que ofereçam a educação básica integrada ao ensino técnico, a exemplo do que ocorre no Pronera. “Com isso, atingimos dois grandes objetivos de uma só vez: a elevação da escolaridade e a qualificação técnica”, explica.

Os professores dos cursos vinculados ao programa recebem também uma formação específica através de cursos de especialização desenvolvidos em universidades públicas parceiras. “Essa formação faz com que o ProJovem Campo não seja um EJA comum, mas um EJA com conhecimentos diferenciados – a formação dos professores e os currículos são fatores que vêm garantindo essa particularidade”, diz.

Profissionais para a saúde

Se a falta de profissionais qualificados para atuarem nas escolas do campo é um problema, na saúde essa também é uma questão preocupante. “É verdade que há muitas semelhanças entre o atendimento prestado na área urbana e aquele que se espera desenvolver na área rural: deve haver preocupação com doenças como hipertensão e diabetes, assim como atenção especial a gestantes, crianças e idosos. Essas são questões que independem do local onde se mora. Mas certos riscos a que as populações do campo se expõem diferem bastante daqueles enfrentados nas áreas urbanas. Exemplos disso são problemas causados por animais peçonhentos e pelo uso de agrotóxicos – são riscos além daqueles comuns ao envelhecimento e desenvolvimento natural das pessoas. Como garantir profissionais qualificados para atender a essas populações?”, indaga Antônio Alves, secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (Segep/MS).

Para Gislei Siqueira, membro do Coletivo Nacional de Saúde do MST, o ideal seria que os profissionais de saúde

que atuam no campo morassem no seu local de trabalho, justamente por entenderem melhor essas especificidades. “Isso favoreceria a reflexão. Mas, no momento, precisamos de profissionais qualificados, que morem ou não no campo. Essa é nossa urgência”, avalia.

Ela conta que, atualmente, é difícil que trabalhadores da zona rural consigam se tornar médicos no Brasil. “Os níveis de escolaridade no campo ainda são muito baixos e o vestibular para Medicina é sempre o mais concorrido em toda universidade. Já formamos alguns camponeses através da Escola Latino-Americana, em Cuba, mas eles ainda não têm permissão para atuarem no Brasil”, diz.

Mas, de acordo com ela, o próprio MST já qualifica os assentados a partir da realização de cursos técnicos, financiados, em grande parte, pelo Pronera. “Já temos os cursos de Técnico em Saúde Comunitária e Técnico em Enfermagem. Este ano, começamos um projeto-piloto de Especialização Técnica em Saúde Ambiental, em parceria com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz)”, diz Gislei, explicando que os cursos em saúde são recentes e há poucas turmas já formadas. “Esse processo começou há cerca de três anos. Temos alguns ex-alunos já trabalhando formalmente, enquanto outros trabalham informalmente para atender às demandas da comunidade, mesmo sem vínculo direto com o sistema público”, diz.

Gislei observa que, assim como nos demais cursos técnicos realizados no MST, é fundamental que haja uma integração com a educação básica. “Essa é uma condição indispensável: para elevar a formação técnica, precisamos elevar também a escolarização. Existem poucas escolas de ensino médio no campo e precisamos avançar também nesse sentido”, afirma.

Enquanto o MST aposta na realização de cursos técnicos específicos para a saúde no campo, Antônio Alves acredita que esse assunto deve ser incluído no currículo dos cursos de graduação e pós-graduação. De acordo com ele, os profissionais de nível médio devem adquirir esse olhar especializado não durante os cursos, mas sim enquanto as equipes de saúde para as zonas rurais estiverem sendo preparadas. “Quando esses técnicos forem destinados a fazer esse tipo de atendimento, será preciso aprofundar a formação. Nesse caso, iremos trabalhar na preparação da equipe para o pronto-atendimento e para uma atenção diferenciada.”, afirma, completando que

a formação de recursos humanos é um dos pontos principais da Política Nacional de Saúde Integral para os Povos do Campo e da Floresta, que o Ministério da Saúde pretende implantar.

Construindo uma Política Nacional

Em 2005, o Ministério da Saúde criou o Grupo da Terra, que tinha como objetivo discutir as diretrizes de uma política nacional que desse conta das populações rurais. “Quando começamos a discutir essa Política, tivemos a preocupação de nos voltarmos não apenas para aquilo que chamamos comumente ‘campo’ – as regiões que se dedicam à agricultura e à pecuária – mas de avançar nessa concepção. Hoje, entende-se que um projeto dessa dimensão não pode se limitar somente aos camponeses. Os militantes sociais desses espaços levantaram a necessidade de que outros grupos populacionais também devam ser atendidos, como os povos da floresta. Nessa categoria estão englobados os seringueiros, os quilombolas, os catadores de castanha, alguns indígenas e os ribeirinhos”, diz Antônio Alves.

Por conta disso, o Grupo da Terra foi formado por representantes do governo e de diversos movimentos sociais como o MST, a Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Quilombolas (Conaq) e o Conselho Nacional de Seringueiros, além da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag). A idéia é também englobar municípios pequenos em que a população trabalha no campo. “O objetivo é alcançar cortadores de cana, bóias-frias, trabalhadores sazonais e quaisquer outros que trabalhem na terra, mesmo que não morem no campo”, diz Gislei, que participou do Grupo da Terra. “As lutas pontuais de cada um desses movimentos são diferentes. No entanto, dentro do Grupo, conseguimos encontrar uma mediação e construir idéias sólidas, pois nossos objetivos finais são muito próximos. Trata-se de um exercício político interessante”, completa.

As demandas

“Na verdade, o que falta nas zonas rurais é o que falta também nas cidades: gostaríamos que a rede de serviços no campo fosse um espaço de produção de saúde conectado aos desejos e às necessidades da população que está ali. Que não fosse um mero ‘balcão’ de problemas e soluções, mas sim um espaço de vida”, diz Gislei. Por isso, um dos aspectos priorizados pela Política

Nacional de Saúde Integral para os Povos do Campo e da Floresta é a interseccionalidade. “Muitas vezes, mesmo tendo assegurado uma consulta na área urbana, as pessoas não têm como comparecer porque o sistema de transporte da área rural para a cidade é precário e não existe uma periodicidade garantida. Assim, essas pessoas acabam perdendo a consulta. Essa é uma preocupação que a saúde não pode deixar de ter, embora a solução não esteja diretamente no setor saúde”, exemplifica Antônio Alves.

De acordo com Gislei, o MST sempre discutiu a necessidade de uma política de saúde específica para as áreas de Reforma Agrária. “Isso porque temos uma condição de vulnerabilidade das famílias no momento em que estão nos acampamentos. São famílias itinerantes que, quando assentadas, levam muito tempo até que possam entrar nas contas do município para a atenção básica – isso só acontece quando o IBGE realiza uma nova contagem”, diz. Ela explica que algumas políticas setoriais já haviam sido criadas antes da instituição do Grupo da Terra: “Já se havia conseguido que os municípios que disponibilizassem equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos assentamentos recebessem um incentivo financeiro a mais para manter a Estratégia. Mas era preciso fazer uma coisa mais coordenada e forte”, conta.

A situação dos assentados é, segundo Gislei, muito precária: “Nos assentamentos não há saneamento básico e o atendimento em saúde é insuficiente. Não existe uma rede estruturada nem sequer postos de saúde. É preciso que haja essa rede de serviços diferenciada no campo e isso não significa apenas receber a visita de médicos ou dentistas. Se um médico vai ao assentamento e diz que uma criança precisa fazer três nebulizações por dia, como cumprir a recomendação se muitas vezes não há acesso de transporte público a essas áreas? É impossível”, argumenta.

Ela também conta que, devido a essa dificuldade, algumas doenças são tratadas pelos próprios camponeses. “As populações do campo são, a um só tempo, mais vulneráveis e também mais protegidas. Isso porque existe uma vivência coletiva que ajuda a resolver muitos problemas de saúde. Em geral, as pessoas procuram resolvê-los através de sabedorias tradicionais que já estão presentes na comunidade, como massagens e fitoterapia. Já doenças mais graves não podem ser tratadas pelos próprios camponeses e acabam levando à morte”, diz.

Para Antônio Alves, a falta de acesso aos serviços de saúde é um dos pro-

blemas mais graves enfrentados pelas populações do campo. “Embora haja experiências positivas em alguns municípios, de forma geral o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não chega nessas áreas e, quando chega, normalmente é apenas a atenção básica”, reconhece. “O acesso universal está previsto na Constituição. E isso significa que as pessoas precisam ter a possibilidade de conseguir os serviços de que necessitam. No entanto, nas zonas rurais, os serviços não vão até as pessoas: elas que têm que ir a eles.”, explica.

Gislei acredita que, para contornar essas dificuldades, uma das propostas é construir uma rede de serviços que chegue até a população rural. Ela afirma que, mesmo que não seja economicamente viável manter unidades hospitalares ou postos de saúde fora dos municípios, é possível oferecer alguns serviços nas zonas mais afastadas e mesmo nos assentamentos. “Alguns procedimentos simples podem ser realizados. É possível, por exemplo, marcar um dia para fazer a coleta de sangue de um grupo de pessoas e levar as amostras para a unidade-referência mais próxima. Seguindo a mesma lógica, também se pode coletar material para o exame preventivo ginecológico das camponesas. E nada impede que exista uma unidade básica de saúde no campo, com profissionais que saibam aplicar injeções, fazer curativos, imobilização e nebulização, além de dar orientações básicas sobre medicamentos. Esse tipo de atendimento é uma alternativa possível para as áreas rurais e evita que os moradores precisem fazer peregrinações até a cidade”, aponta.

Da elaboração à prática

Das reuniões do Grupo da Terra resultou um documento preliminar, debatido e aprovado no colegiado político do Ministério da Saúde. Em seguida, o documento foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde. O passo seguinte é a pactuação na Comissão Intergestores Tripartite. “Mas ainda é preciso que seja feito um ‘plano operativo’, em que se explicitem as metas, os indicadores, as formas de avaliação da política e as responsabilidades diretas dos entes federativos”, diz Antônio Alves.

De acordo com ele, esse plano é fundamental para direcionar o funcionamento da Política. “No documento elaborado, dizemos que é importante esta-

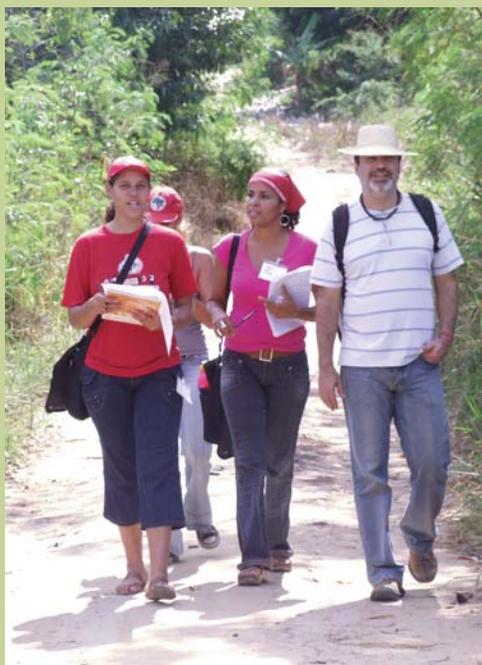
belecer instrumentos indicadores para acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações, e isso está previsto como uma responsabilidade da gestão estadual. Dizemos que é preciso ampliar a oferta de consultas e exames. Dizemos que é preciso incentivar a permanência de equipes de saúde na família no campo. Mas o que significa tudo isso? É preciso estabelecer os instrumentos necessários e dizer exatamente de que forma isso vai acontecer”, diz Antônio.

Ele explica que é importante explicitar que ações cabem ao município, ao estado e ao governo federal. “O SUS não é feito por um, mas por muitos. Em geral, o município é o grande executor, porque toda a área rural pertence ao município. Ao estado deve caber o papel de fornecer apoio técnico e financeiro e de organizar serviços necessários para atender a mais de um município. Já a União deve ser o grande financiador, já que metade dos recursos financeiros do SUS vêm dos cofres da União. Essas são as linhas gerais. O plano de ação vai dizer exatamente qual será a responsabilidade de cada um desses entes”, afirma.

O caminho até a implantação oficial das ações é longo: “O plano operativo será elaborado pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde, com representantes das Secretarias de Atenção à Saúde (SAS), de Vigilância em Saúde (SVS), de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) e da própria Segep, entre outras. Depois de formulado, o plano será submetido ao Grupo da Terra, ao Conselho Nacional de Saúde, aos gestores e, finalmente, à Tripartite”, explica Antônio Alves.

Para Gislei, a Política já um grande avanço no sentido de melhorar as condições no campo, mesmo enquanto está só no papel. “Sabemos que a existência formal de uma Política, por si só, não vai garantir o atendimento e o acesso ao sistema. Mas acredito que seu grande benefício é trazer visibilidade a populações que, hoje, são invisíveis ao poder público. A formulação de uma política nacional é o primeiro passo para sensibilizar os gestores”, opina, completando: “O próprio SUS já está com 20 anos e ainda não conseguimos concretizá-lo por inteiro. Espero que, para que essa Política se consolide, não precisemos esperar mais tanto tempo. Mas sabemos que é um processo lento e que é a luta da sociedade que dá o ritmo da construção”. ●

EPSJV e MST têm parceria em curso de Saúde Ambiental para a População do Campo



José Paulo Silva orienta alunos do MST

gia para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde da população do campo'. "Já havíamos realizado uma pesquisa para identificar as demandas de saúde dessas populações. No ano passado, nos reunimos com os dirigentes do Coletivo Nacional de Saúde do MST para firmar uma parceria e montar um curso de vigilância ambiental", conta Maurício Monken, coordenador do curso junto com José Paulo da Silva e Gladys Miyashiro.

O curso está sendo realizado no Centro de Formação Maria Olinda (um centro do próprio MST localizado em São Mateus/ES) e é dividido em quatro unidades: 'Conhecendo o lugar da produção social da saúde da população do campo', 'Analisando a saúde ambiental da população do campo', 'Analisando os problemas de saúde ambiental da população do campo' e 'Intervindo sobre problemas de saúde ambiental da população do campo'. Cada etapa tem duração de três semanas e, entre uma e outra unidade, existe um 'tempo comunidade'. "Nesse período, os estudantes devem fazer trabalhos de pesquisa sobre o assentamento em que vivem e os espaços adjacentes: eles fazem mapas artesanais dessas áreas, com um levantamento de características da população e de informações diversas sobre saúde e sobre o terreno. Isso é feito por meio de entrevistas com os próprios assentados e com os gerentes dos postos de saúde mais próximos. Além disso, eles resenham livros pré-determinados, preparando-se para a próxima unidade do curso", conta Maurício.

De acordo com ele, o MST possui um currículo mínimo que a EPSJV incorporou ao programa do curso. "Há áreas de conhecimento que são consideradas fundamentais pelo movimento, como filosofia e economia política. Nesse curso, especificamente, uma questão importante foi a introdução da agroecologia, que diz respeito a uma produção saudável, sem o uso de agrotóxicos", diz.

Segundo Maurício, outra questão importante é que a vigilância em saúde vê o planejamento estratégico como base do processo de trabalho. "O planejamento fazia parte, portanto, da nossa proposta de curso, e o MST acabou também considerando que essa é uma questão fundamental para fazer com que o assentado tenha capacidade de planejar suas ações. Assim, o planejamento aparece em todas as unidades do curso, costurando as informações que eles adquirem", explica.

Ao todo, participam 40 alunos oriundos de assentamentos e acampamentos dos estados do Pará, Maranhão, Ceará, Pernambuco, Sergipe, Bahia, Espírito

Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Goiás. De acordo com Maurício, esses estudantes foram indicados pelos coletivos estaduais de saúde do movimento. "Eles não são trabalhadores da saúde, mas sim agricultores ligados ao Movimento. O que pretendemos com esse curso é reforçar a atuação deles no assentamento: com os conteúdos que aprendem, eles vão poder melhorar as condições de vida nos lugares onde moram, no que diz respeito ao saneamento e à produção agroecológica. Além disso, vão melhorar sua capacidade técnica de diálogo com os setores dos governos municipais e estaduais, o que vai reforçar e tornar mais efetiva sua luta política", diz Maurício.

Além de subsídios para a elaboração do curso, a pesquisa realizada pela Escola rendeu outro produto: um curta-metragem chamado 'Assentamento 19 de setembro', dirigido por Zeca Buarque Ferreira, também pesquisador da EPSJV. O vídeo mostra as condições de vida e saúde do assentamento de Guaíba, em Porto Alegre. "É importante porque a imagem que se constrói do MST é a pior possível: eles são, geralmente, vistos como invasores violentos. Assistindo ao vídeo, percebe-se que eles são pessoas comuns – com uma realidade diferente da nossa, sem dúvida, mas, definitivamente, esse não é o MST que costumamos ver na televisão", analisa Maurício.

O vídeo está disponível no site da EPSJV, (www.epsjv.fiocruz.br), no link 'Material Educativo'.

Esse curso é apenas um dos resultados da parceria entre a EPSJV e o MST, que se sustenta, sobretudo, pela defesa da educação integral. "Tanto o MST quanto a EPSJV trabalham na perspectiva da formação técnica integral e da iniciação científica no Ensino Médio e no técnico. Nossos projetos institucionais se assemelham também na construção coletiva do processo educativo, na preocupação com a formação docente e no entendimento de que essas questões não são apartadas da crítica ao capital e da possibilidade de se construir um outro projeto de sociedade", explica Isabel Brasil, vice-diretora de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da EPSJV.

Juliana Chagas

No início de 2007, quando o Ministério da Educação (MEC) decidiu elaborar o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos, havia, no Brasil, 2.773 nomes de cursos profissionalizantes. Um ano e meio depois – o catálogo foi lançado dia 16 de julho de 2008 – e após ampla discussão com especialistas em educação profissional e consulta pública, concluiu-se que 185 denominações são suficientes. Isso porque existiam muitos nomes para determinar um mesmo curso. “Uma única carreira chegou a ter cerca de 70 nomes diferentes. A elaboração de uma nomenclatura nacional facilita a comparação dos currículos dos cursos pelo MEC, a mobilidade do aluno e permite que as empresas e os órgãos públicos no momento de um concurso saibam qual é o perfil daquele profissional. Também queremos que o catálogo sirva como guia de carreiras para os alunos que buscam o Ensino Médio Profissional”, explica Andréa Barros Andrade, diretora de regulação e supervisão da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (Setec/MEC) e coordenadora geral do Catálogo.

Especialistas se reúnem para decidir novos nomes

Depois de mapear o número de cursos técnicos cadastrados em todo o país, o MEC dividiu o Catálogo em 12 eixos: ambiente, saúde e segurança; apoio educacional; controle e processos industriais; gestão e negócios; hospitalidade e lazer; informação e comunicação; infra-estrutura; militar; produção alimentícia; produção cultural e design; produção industrial; e recursos naturais.

Na etapa seguinte, foram convidados especialistas para decidir o melhor nome para cada curso. “Identificamos os atores que nacionalmente poderiam ser os pareceristas de cada eixo. Para essa escolha, buscamos convergir o conhecimento técnico, a experiência na prática da profissão e na coordenação do curso. Procuramos pessoas com visão regional e nacional. Ao todo, foram identificados 300 profissionais”, esclarece Andréa. Além disso, os representantes dos Conselhos Nacional e Estadual de Educação também acompanharam o trabalho.

O grupo de especialistas se reuniu durante o ano de 2007 em diferentes estados brasileiros. “Convocamos todos os pareceristas para todas as reuniões. Como muitos cursos têm interface com mais de uma área, foi preciso que eles discutissem e decidissem o melhor nome juntos. Às vezes, dois ou três eixos sentavam juntos para chegar a um consenso”, diz a coordenadora dos trabalhos. Caso houvesse impasse, a decisão era tomada no âmbito ministerial. O resultado, segundo Andréa, foi muito satisfatório: “Colocamos o Catálogo em consulta pública de novembro de 2007 a março de 2008 e tivemos muito poucas alterações”, diz ela.

Além da unificação dos nomes, o Catálogo traz também a carga horária mínima de cada curso, um resumo da habilitação técnica, as possibilidades de temas que devem ser abordados na formação, os locais de atuação do profissional e a infra-estrutura recomendada para a escola que quiser oferecer a carreira de nível médio. “Isso é apenas um resumo. A formação vai muito além do que está escrito aqui. Pinçamos algumas características dos cursos apenas para que o aluno tenha uma idéia do que se trata e possa identificar o que deseja fazer”, afirma Andréa.

Mudanças nos cursos da saúde

Segundo o professor Marcos Antonio Pereira Marques, coordenador do curso Técnico em Análises Clínicas da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) e um dos especialistas convocados, as primeiras análises eram feitas em relação aos currículos. “Nas reuniões, nós agrupávamos os currículos semelhantes. Depois, discutíamos o melhor nome para o curso. Análises Clínicas foi escolhido por

ser a denominação mais antiga”, diz ele, lembrando que essa carreira, além do nome acordado para ser usado nacionalmente, já foi conhecida também como Patologia Clínica, Análises Médicas e Biodiagnóstico em Saúde.

O Catálogo, que determinou 28 habilitações técnicas para o eixo Ambiente, Saúde e Segurança, ratificou como técnico, por exemplo, o curso de Agente Comunitário de Saúde, que, apesar das diretrizes curriculares elaboradas pelos Ministérios da Saúde e da Educação determinando que o nível de escolaridade do ACS deva ser o médio, ainda é oferecido por poucas escolas no país. A maioria das instituições de ensino oferece apenas o primeiro módulo do curso, com aproximadamente 400 horas.

Outros cursos não sofreram alterações ou tiveram mudanças muito pequenas na nomenclatura, como o Técnico em Enfermagem – que poderia ser encontrado nas escolas com o nome de Técnico de ou na Enfermagem –, Técnico em Farmácia, Técnico em Higiene Dental (THD), Técnico em Imobilizações Ortopédicas, Técnico em Nutrição e Dietética, Técnico em Radiologia, Técnico em Segurança do Trabalho, Técnico em Vigilância em Saúde e Técnico em Registros e Informações em Saúde.

Mas nem todos os nomes escolhidos agradaram a todos os especialistas. Muitos provocaram longas discussões, como conta Marcos Antonio: “Na minha área, defendi que o melhor seria termos duas denominações: Análises Clínicas, para o curso com o currículo tradicional, e Biodiagnóstico em Saúde, para aqueles que, além das disciplinas oferecidas na primeira habilitação, ainda acrescentem outras, ampliando o campo de atuação do aluno”, conta Marcos. Segundo ele, a diferença é que o curso de Biodiagnóstico prepara o estudante para trabalhar na pesquisa e na produção de medicamentos e vacinas, além dos laboratórios de exames.

Técnicos unifica nome das carreiras

nível médio depois de ficar cinco meses em consulta pública

Outra mudança que recebeu críticas foi o nome escolhido para o Técnico em Gerência de Saúde, que tinha como outra opção a denominação de Gestão em Serviços de Saúde. “No campo da gestão, há um grande número de profissionais de nível superior, principalmente nas unidades de maior complexidade. Nós não achamos que, pelo fato de trabalharmos com profissionais de nível médio, deveríamos ter uma outra nomenclatura. Mas o MEC fez essa distinção”, explica Gilberto Estrela, parecerista da EPSJV nessa área. Para André Malhão, diretor da Escola Politécnica, a diferença de nível médio para superior deveria ser feita apenas com os nomes ‘técnico’ e ‘tecnólogo’, que indicam os ‘níveis’: “A justificativa dada para que o curso técnico fosse chamado de gerência e não de gestão, como o superior, foi o fato de o primeiro ser mais executivo. Penso que houve um equívoco e um preconceito nessa escolha. O que define se é nível médio ou não é o nome que antecede. Ou seja: graduação, licenciatura, técnico em alguma coisa. Como é feito, por exemplo, com técnico em administração. A graduação leva o mesmo nome. No caso discutido, gestão seria melhor porque é uma área de conhecimento”, opina.

Mais um questionamento que apareceu durante as discussões foi a ratificação de cursos que deveriam ser **especializações e não habilitações técnicas**. “Foi aprovado e consta do Catálogo o curso Técnico em Citopatologia, que existe em algumas escolas do Brasil, mas que, na nossa opinião, faz mais sentido como especialização. Isso porque para o profissional dar o diagnóstico de câncer, é preciso que ele tenha um embasamento muito grande em outras disciplinas. O ideal é que, primeiro, ele faça o Técnico em Análises Clínicas ou BIODIAGNÓSTICO e, depois, a especialidade”, explica Marcos. Para André Malhão, essa discussão é uma das vitórias do Catálogo: “Daqui para frente, poderemos discutir outros cursos que foram denominados nesse primeiro momento como técnicos, mas que talvez sejam, na verdade, especializações. Esse é o caso de outros cursos da saúde, como Citotecnia e Hemoterapia. São habilitações que precisam de muito tempo de prática, mas isso, por si só, não justifica que sejam cursos técnicos. E esse é um debate interessante de ser feito nos próximos anos. A área de laboratório é cada vez mais importante, pois com o aumento da expectativa de vida, o conhecimento novo impacta não só a assistência, mas também o apoio ao diagnóstico”, diz.

Além disso, como o Catálogo se propôs a colocar uma descrição do curso baseada no currículo, algumas habilitações que não sofreram alteração de nome receberam sugestões de especialistas para mudança no perfil profissional. Esse foi o caso do Técnico em Radiologia. “O nome foi consolidado sem problema. A modificação foi na descrição das atividades desse profissional. Conseguimos aprovar um perfil que delimita bem a atuação do técnico, que antes se confundia com a do tecnólogo.

Habilitação e Especialização Técnica

Um curso técnico pode ser integrado, concomitante ou subsequente ao Ensino Médio. No primeiro caso, o aluno tem matrícula única. No segundo, ele faz o curso técnico ao mesmo tempo em que o médio, mas tem duas matrículas, podendo inclusive estudar em diferentes escolas. A última modalidade é realizada pelos estudantes que já concluíram o Ensino Médio e fazem a habilitação profissional posteriormente. Cada área profissional tem uma carga horária mínima, determinada pela Resolução CNE/CEB nº 04/99. No caso da saúde, os cursos de educação profissional devem ter, no mínimo, 1.200 horas. As especializações técnicas buscam aprofundar conhecimentos das habilitações profissionalizantes e devem ser realizadas após o Ensino Médio Profissionalizante.

Acordamos que o profissional de nível médio fará apenas a radiografia tradicional e auxiliará nas tomografias e demais atividades da área”, conta Flávio Augusto Soares, chefe do Departamento Acadêmico de Saúde e Serviços do Centro Federal de Educação Tecnológica de Santa Catarina (Cefet-SC), um dos pareceristas do Catálogo.

Oportunidade para mudar

As instituições de ensino que quiserem sugerir alterações de nomenclatura poderão, anualmente, nos meses de agosto e setembro, encaminhar ao MEC suas propostas, com as devidas justificativas técnicas. Este ano, isso já foi colocado em prática. “O formulário para as propostas ficou no site do MEC e, os que desejaram sugerir alterações, enviaram seus pareceres pelo correio para o ministério. Para o ano que vem, pretendemos que isso tudo seja feito online”, informa a diretora da Setec. “Vamos tentar nos associar a outras escolas e sugerir a volta do curso Técnico em BIODIAGNÓSTICO no próximo ano. Essa revisão anual é fundamental”, adianta o professor Marcos Antonio.

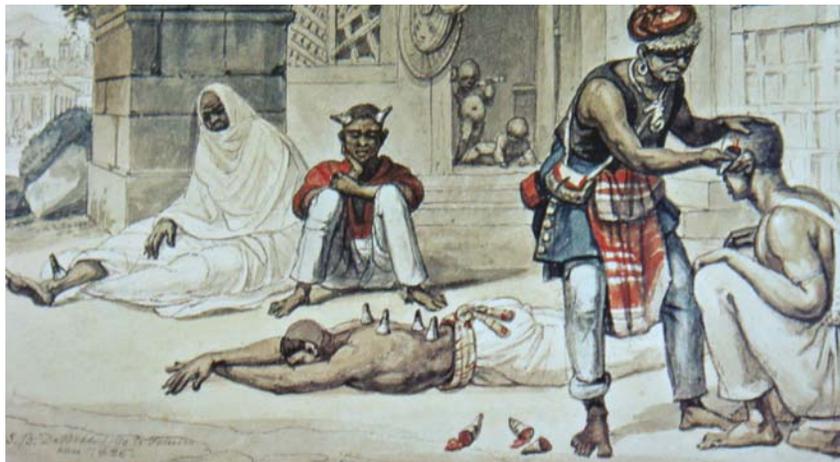
Para acompanhar a implementação dos novos nomes, assim como as propostas de alterações, o MEC irá criar a Comissão Nacional de Acompanhamento do Catálogo que, segundo Andréa, deverá ser lançada até o início do próximo ano. “Ela será responsável por ver quais são as lacunas do Catálogo e analisar as sugestões enviadas. Além disso, queremos que esse grupo ajude na elaboração de outras políticas públicas para a educação”, afirma a diretora da Setec.

Para André Malhão, essa iniciativa do Ministério da Educação é fundamental. “O caráter nacional é muito importante na medida que agora temos mais clareza de quais são as habilitações técnicas de nível médio. Isso é um ganho. Abre-se a possibilidade do debate, que deve prosseguir”, diz. ●

Saúde em 1800

Mesmo sem formação oficial, terapeutas não-acadêmicos se inseriam nas práticas médicas da época e tinham grande prestígio junto à população

Raquel Torres



Gravura de Jean Baptiste Debret, de 1826, mostra a prática da sangria

Debret, Jean Baptiste. 'Cirurgião negro colocando ventosa'. Acervo do Museu Chácara do Céu

Um homem com problemas nas vistas se dirige a uma loja de barbeiro. Com a navalha, o profissional faz um pequeno corte no canto da testa do enfermo, até que saia um pouco de sangue. O barbeiro toma então uma ventosa – um pequeno cone feito de chifre, vazado nas duas extremidades – e coloca sua base sobre a região que está sangrando. Com a boca, suga a outra extremidade para que seja retirado todo o ar e, por fim, cobre o orifício com argila. Repete o mesmo processo no outro canto da testa e deixa as duas ventosas fazerem efeito: devido ao vácuo formado dentro delas, o sangue do paciente começa a sair. Com alguns mililitros de sangue a menos, o homem paga ao barbeiro e deixa a loja, aliviado.

Essa era uma cena comum alguns séculos atrás, quando a sangria era uma das atividades mais importantes para as ciências médicas. Naquele tempo, os tratamentos se baseavam em uma teoria que vinha desde a Grécia Antiga: a dos humores. De acordo com ela, o corpo humano era composto por quatro humores (ou líquidos): o sangue, a fleuma (secreções mucosas), a bile amarela (secretada pelo fígado) e a bile negra (secretada pelo baço). Acreditava-se que era preciso haver um equilíbrio entre esses líquidos. Então, se havia excesso de fluidos em uma parte do corpo, apareciam sintomas como tosse e vômito, o que significava que a natureza estava tentando expulsar esses humores e restabelecer a harmonia. “A sangria era uma das maneiras de acelerar a retomada do equilíbrio, daí sua importância”, explica Tânia Salgado Pimenta, historiadora e pesquisadora da Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz).

Por isso, esse era um método muito utilizado para curar as mais variadas moléstias: reumatismos, catarros, doenças nos olhos, asma, febres e dores de dente eram tratadas por meio da aplicação de ventosas ou sanguessugas. Muitas vezes, a sangria era praticada por barbeiros – que cortavam cabelo e barba e ainda eram músicos e consertavam meias. Além das lojas, havia também barbeiros ambulantes, que atendiam nas praças e ruas movimentadas.

A Fisicatura-mor

Mas os tratamentos médicos não podiam ser realizados por qualquer pessoa. No Brasil, entre 1808 e 1828, todas as atividades médicas – ou ‘artes de curar’, como se dizia – eram regulamentadas por uma instituição chamada Fisicatura-mor, órgão responsável por conceder autorizações e licenças para a atuação dos terapeutas. Assim, tanto os curandeiros como os terapeutas acadêmicos – médicos e cirurgiões – e práticos – sangradores ou barbeiros, boticários e parteiras – precisavam ter autorização para atuarem. “E a Fisicatura-mor delimitava bem o que cada categoria podia fazer: a utilização de ervas medicinais nativas para curar doenças leves, por exemplo, era função do curandeiro; a parteira, por sua vez, só podia realizar partos; já as escarificações e a aplicação de ventosas e sanguessugas ficavam a cargo dos barbeiros e sangradores”, diz Tânia.

Essas regras, no entanto, não eram seguidas à risca pelos terapeutas, que, mesmo com a existência da Fisicatura-mor, atuavam de maneira mais ampla. “Quando trabalhavam sob as vistas dos fiscalizadores, eles exerciam apenas as atividades para as

quais possuíam autorização. Mas, quando estavam em áreas mais afastadas, com menos médicos e menos fiscalização, realizavam outros papéis. Era comum que sangradores e parteiras atuassem como curandeiros, administrando ervas e fazendo diagnósticos”, conta a pesquisadora.

A formação

Médicos e cirurgiões só eram autorizados se tivessem feito cursos formais, no Brasil ou na Europa. Os práticos precisavam fazer uma prova para conseguirem autorização na Fiscatura-mor e, embora não houvesse cursos para essas especialidades, era necessária uma comprovação de que o ‘candidato’ havia passado por algum aprendizado. “Para ser considerado apto a fazer a prova, era preciso ter um atestado assinado por algum mestre que já exercesse a atividade afirmando que o candidato havia aprendido as técnicas”, explica Tânia.

Embora esses terapeutas não tivessem formação especializada e nenhum grau de escolaridade fosse exigido, é possível pensar uma analogia entre as suas ações e o trabalho dos técnicos em saúde hoje: mesmo sem o chamado saber acadêmico, eles exerciam atividades essenciais para os tratamentos e estavam de acordo com a ciência daquele tempo.

Mas Tânia conta que, apesar da importância dessas práticas, elas eram consideradas ‘menores’. A sangria, por exemplo, era estigmatizada por ser uma atividade manual em que se lidava diretamente com sangue. A lógica que hierarquizava as categorias médicas era, aliás, bastante centrada na divisão entre trabalho manual e intelectual. Nesse sentido, os médicos ocupavam uma posição de grande prestígio. Em seguida vinham os cirurgiões, que, apesar de realizarem atividades manuais, tinham um conhecimento técnico mais amplo que o de sangradores e parteiras. “É curioso observar que os cirurgiões também precisavam saber sangrar: para conseguirem autorização, era necessário que eles fizessem uma prova de capacidade para sangrador. Mas eles raramente exerciam essa atividade, justamente por conta do preconceito que a envolvia. Na prática, o cirurgião apenas recomendava o tratamento ao paciente e indicava o sangrador”, afirma.

Com menor prestígio estavam os terapeutas práticos e, por fim, os curan-

deiros, desvalorizados por trabalharem com conhecimentos populares em relação a medicamentos, ao contrário dos boticários. “As atividades ‘menores’ eram, em geral, realizadas por escravos, ex-escravos e mulheres”, comenta a pesquisadora.

Diferentes motivações

Apesar de toda a concepção teórica por trás das práticas terapêuticas, nem sempre esses conceitos eram levados em consideração pelos práticos. Isso porque a utilização da sangria e de ervas medicinais estava longe de ser uma exclusividade da medicina tradicional.

Segundo Tânia, essas ações eram muito comuns tanto na medicina europeia quanto nas tradições africanas e indígenas, ainda que ocorressem por diferentes razões. Por isso, embora alguns práticos se aproximassem mais dos cirurgiões e médicos, atentos aos conhecimentos acadêmicos, isso não era uma regra. “Essas práticas devem ter se espalhado pelo Brasil logo que os colonos europeus se instalaram, mas o uso de sangria e ervas medicinais é muito mais antigo. Aqui, certas comunidades indígenas já faziam algo similar à sangria para retirar espíritos malignos. Na África, essa atividade era realizada há muito tempo, com a mesma finalidade. E a própria cultura popular europeia, de forma geral, associava doenças à dimensão espiritual. Na verdade, indígenas, europeus e africanos agiam de forma parecida, mas com motivações diferentes. Como muitos práticos eram africanos, era comum que eles fizessem suas atividades pensando a doença em relação a questões espirituais”, observa Tânia.

O monopólio legal dos médicos

Enquanto funcionou a Fiscatura-mor, os terapeutas práticos eram reconhecidos como categorias legítimas, muito embora seu trabalho não fosse valorizado como o de médicos e cirurgiões. No entanto, o fim da década de 1820 e o início dos anos 1830 trouxeram algumas novidades.

Quando a Fiscatura-mor foi extinta, em 1828, o governo começou a redefinir o que seriam práticas terapêuticas legítimas e a fiscalização e autorização das atividades ficou por conta das Câmaras Municipais. “Nessa época,

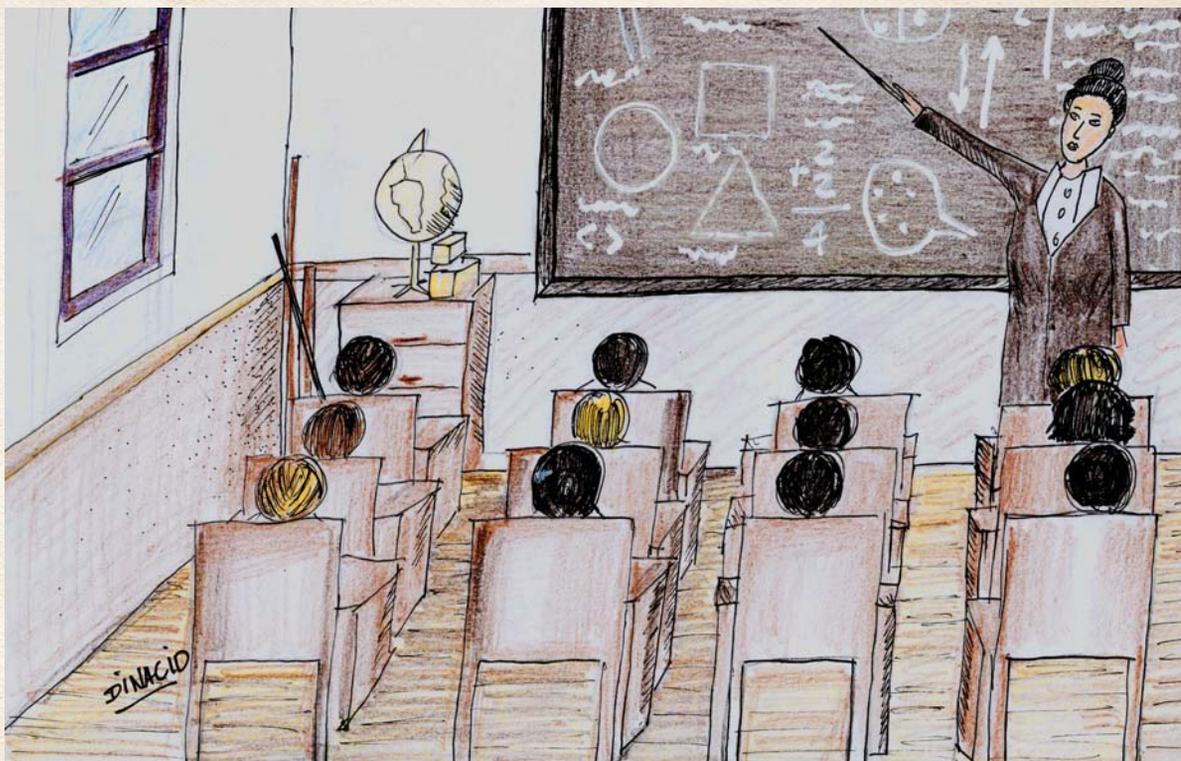
curandeiros e sangradores foram desautorizados. Mas a proibição não conseguia reprimir, de fato, a atuação desses terapeutas, que continuaram realizando suas atividades, com grande apoio da população”, diz Tânia.

Em 1832, as Academias Médico-Cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia foram transformadas em Faculdades de Medicina. Os cirurgiões passaram a ser enquadrados na categoria de médico e uma preocupação maior com a formação passou a existir. O problema é que não era simples ingressar nas faculdades: entre as exigências, estavam a apresentação de um atestado de bons costumes emitido pelo Juiz de Paz da freguesia e o conhecimento de latim e inglês ou francês. Além disso, a taxa de matrícula era cara para os padrões da época.

De acordo com Tânia, a criação das faculdades no Brasil marcou o início do monopólio legal das artes de curar por parte dos médicos. Além do curso médico-cirúrgico, de seis anos, as faculdades passaram a oferecer um curso de farmácia e um de partos. Assim, essas instituições ficaram responsáveis por certificar médicos, farmacêuticos e parteiras.

A lei estabelecia ainda que não seriam mais concedidas licenças para sangrador. “Eles passaram a ser considerados ‘africanos boçais sem formação adequada’. Depois que as faculdades começaram a se estruturar, a receber mais alunos e atuar de formas mais diretas nos hospitais da Santa Casa da Misericórdia, surgiram regras para que os próprios alunos passassem a ser responsáveis pela sangria. É claro que continuava sendo uma atividade menor, que não seria exercida pelos médicos, mas ela passou a ser considerada importante demais para ser praticada por pessoas sem nenhuma formação acadêmica”, conta.

Mas, apesar das novas leis, a atuação dos práticos não se esgotou: mesmo após a desautorização oficial de sangradores e curandeiros e da desqualificação das parteiras, ainda foram concedidas licenças a alguns deles. “Como nos tempos da Fiscatura-mor, em alguns casos eles ainda eram aceitos onde não houvesse médicos e cirurgiões suficientes. A verdade é que os terapeutas não-acadêmicos continuaram a praticar suas atividades, inclusive anunciando seus serviços nos jornais”, diz Tânia. ●



Dinacio

Em 1879, o decreto nº 7.247 mudou o currículo do ensino primário, sem esquecer a formação das futuras 'donas de casa': elas aprendiam corte e costura. Ao lado, a lista de matérias dadas para as crianças do Império.

- instrução moral
- instrução religiosa
- leitura
- escripta
- noções de cousas
- noções essenciais de grammatica
- princípios elementares de arithmetica
- systema legal de pesos e medidas
- noções de historia e geographia do Brazil
- elementos de desenho linear
- rudimentos de musica, com exercicio de solfejo e canto
- gymnastica
- costura simples (para as meninas)

Moral e Bons Costumes

Em 3 de outubro de 1832 foi referendada pelo ministro do Império, Nicolau Pereira de Campos Vergueiro, uma lei para reorganizar o ensino da saúde na Corte. Decidiu-se que o curso médico-cirúrgico passaria a ser de seis anos (antes eram apenas quatro), que haveria um curso de farmácia de três anos e um de formação de parteiras. Mas, para que o aluno fosse aceito nos cursos, era preciso atender aos seguintes pré-requisitos: ter 16 anos completos, saber latim e inglês ou francês, filosofia racional e moral, aritmética e geometria, além de apresentar um Atestado de Bons Costumes, emitido pelo juiz da paz da freguesia.

PRA LEMBRAR

21 / novembro

Foi criado, em 1968, o Conselho Superior de Censura.

26/ novembro

Com o tema 'Efetivar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: proteger e promover a saúde construindo cidadania', foi realizada, entre os dias 26 e 30 de novembro de 2001, em Brasília, a I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária.

13 / dezembro

Em 68, entrou em vigor o Ato Institucional nº 5 (AI-5), que suprimiu as liberdades democráticas no Brasil. Com o AI-5, o Congresso Nacional foi colocado em recesso e vários parlamentares tiveram seus mandatos cassados.

ESTER BUFFA

Anos de chumbo na educação

Juliana Chagas

Ano de 1968: revolução política e cultural mundial. No Brasil, ficou conhecido como o início dos Anos de Chumbo, época do endurecimento da repressão da ditadura militar, com o aumento de prisões e torturas. Um dos marcos desse momento é o Ato Institucional nº 5 (AI-5), de 13 de dezembro, que determinou o fechamento do Congresso Nacional, suspendeu o *habeas corpus* para crimes políticos e intensificou a censura, dentre outras ações. Antes disso, as mudanças que estavam por vir já haviam sido anunciadas no campo educacional. No final de novembro, os militares promulgaram a lei nº 5.540, da Reforma Universitária. O ensino profissional foi modificado em 1971, com a lei nº 5.692, que instituiu o segundo grau técnico obrigatório.

Para falar sobre as mudanças na política educacional durante o regime militar, convidamos Ester Buffa, doutora em Ciências da Educação pela Université René Descartes – Paris V, Sorbonne, professora da Universidade Federal de São Carlos e autora do livro 'A educação negada: introdução ao estudo da educação brasileira contemporânea', junto com Paolo Nosella. Para a publicação, Ester entrevistou pessoas que participaram da concepção de educação da ditadura pós-64 e nomes da educação, como Paulo Freire e Joel Martins. Nesta entrevista, Ester analisa as políticas educacionais instituídas pelos militares, citando as principais mudanças e suas consequências e explica como foi feita a elaboração do livro.



Cesar Spadella/UfCar

Havia um movimento dos educadores nos anos 50/60 que foi reprimido pela ditadura militar. Que mudanças os professores propunham para o sistema educacional brasileiro? Alguma coisa foi implementada antes de 1964?

Uma das reivindicações dos professores era a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da educação nacional. A Constituição Federal de 1946 já falava que ela deveria ser elaborada. Mas o primeiro projeto só foi apresentado em 1948. E sua aprovação é de 1961. Ela foi fruto de muitos compromissos e conciliações das diferentes forças que lutavam pela educação no Brasil. Por isso, a Lei, que deveria falar da escolarização como um todo, deixava de fora a pré-escola, por exemplo.

O que mudou depois do Golpe de 1964 na educação brasileira?

Com o início do regime ditatorial, os militares não revogaram a lei da educação nacional, mas foram mudando a LDB progressivamente, por meio de

outras leis. A primeira modificação aconteceu em 1968, ano da Reforma Universitária, que era uma coisa pela qual os estudantes reclamavam desde o início dos anos 60. Os universitários queriam mais verbas e mais vagas para as instituições de ensino superior. Então, em novembro de 68, os militares promulgaram a Lei nº 5.540, que é considerada a lei da modernização da universidade brasileira. Uma modernização entre aspas. De fato, ela acabou com a cátedra, instituiu os departamentos e um novo tipo de vestibular, classificatório. Mas também tentou desarticular politicamente os estudantes, já que mudou o modelo anterior, em que uma turma frequentava as mesmas disciplinas até o fim do curso, sempre junta.

Além disso, não acabou com o principal problema apontado pelos jovens: os excedentes. Explico: uma pessoa fazia o vestibular para uma determinada escola de uma universidade pública; a de medicina, por exemplo. Digamos que naquela escola houvesse 50 vagas para o curso. E que, quando saiu o resultado, um aluno conseguiu a média pra passar, mas ficou em 70º lugar. Então, ele era considerado um excedente. Passou na prova, mas não entrou na universidade por falta de vaga. Por causa disso, os estudantes faziam muito barulho. Exigiam mais verbas e mais vagas.

Então, veio a Reforma Universitária, mas ela não resolveu esse problema. Apenas acabou com a figura do excedente e não com o excedente propriamente dito. Uma vez que o vestibular passou a ser classificatório, se uma determinada escola tem 50 vagas, são

chamados os 50 primeiros. Os outros sequer ficam sabendo se foram aprovados, que nota tiraram. Houve uma mudança muito grande, mas não era na direção que os estudantes queriam. Como era um momento de grande repressão, a coisa teve que ser engolida.

Qual é a relação entre a lei da Reforma Universitária e o Ato Institucional nº 5 (AI-5)?

Segundo alguns estudiosos, a lei da Reforma Universitária teria a função de aplacar os ânimos dos estudantes, que estavam bastante exaltados. Porque, apesar da repressão militar, os alunos protestavam. Então, essa era mais uma forma de tentar silenciá-los.

Muitas pessoas falam da relação próxima dos militares brasileiros com os Estados Unidos. Os norte-americanos influenciaram a política educacional do Brasil? Como?

Durante a ditadura, houve os famosos acordos entre a USAID (Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento) e o MEC para melhorar a educação brasileira. Eram contratos mais ou menos pontuais, que previam aporte financeiro. O governo brasileiro também se cercou de consultores norte-americanos. Um deles, o Rudolph Atcon, veio ao Brasil e visitou algumas universidades. Fez isso também em outros países da América Latina, como o Chile. E, depois disso, ele fez um relatório.

Houve dois documentos básicos que subsidiaram a elaboração da lei da Reforma Universitária: os relatórios Meira Mattos e Atcon. Os dois citavam as constantes manifestações dos estudantes, falavam que a universidade brasileira era muito retrógrada e propunham uma modernização. O Atcon também tem outra publicação, menos conhecida, o 'Manual sobre o planejamento integral do campus universitário', que influenciou a nova organização dos prédios das nossas uni-

versidades. Na sua concepção, a universidade deve, por exemplo, colocar seus serviços nas extremidades para evitar que gente de fora circule pelos prédios. Então, se existir um hospital universitário, ele tem que estar logo na entrada do campus. Outra regra, seguida nos Estados Unidos, é afastar a universidade da influência 'perniciosa' das cidades. Então, as instituições de ensino superior ficam no campo mesmo ou na periferia da cidade, simulando uma espacialidade rural.

Os militares decidiram adotar esse modelo norte-americano e começaram a construir o campus das universidades, normalmente fora da cidade. Antes da ditadura, os prédios ficavam na cidade mesmo. A Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), por exemplo, tinha prédios na Praia Vermelha e no Centro. E o que governo ditatorial fez? Construiu a Cidade Universitária na Ilha do Fundão, para onde foram transferidos a maioria dos cursos. A intenção era abafar a movimentação estudantil.

E o que mudou nos currículos?

A modificação mais significativa no currículo foi a instituição dos créditos. Ou seja: antes um aluno que cursasse história, por exemplo, fazia todas as disciplinas com a mesma turma. Depois da lei nº 5.540, as disciplinas do curso de história, continuando no mesmo exemplo, passaram a receber matrícula de estudantes de qualquer curso da área de humanas, misturando estudantes de diferentes cursos e períodos. Isso esfacelou a unidade das turmas.

Em relação ao ensino profissional, em 1971, o governo promulgou a lei nº 5.692, que fixou diretrizes para o 1º e 2º graus (hoje Ensino Fundamental e Médio). Na prática, quais foram as modificações feitas nos cursos técnicos?

Antes da lei nº 5.692, havia o 2º grau clássico, voltado para aqueles que fariam um curso universitário da área das humanidades, e científico, para as carreiras de exatas. Mas o que começou a acontecer é que a pessoa fazia o clássico ou científico e não ia para o ensino superior. Ia trabalhar como secretária, por exemplo. E não tinha sido preparada para exercer essa profissão. Então, essa questão de dar uma terminalidade para o 2º grau – discutida desde o Império – estava posta novamente.

Os cursos técnicos, por sua vez, existiam, mas eram paralelos ao 2º grau, ou seja, não se cruzavam nunca com o secundário. Isso acontecia desde o governo Vargas, quando Gustavo Capanema era Ministro da Educação e Saúde. Por exemplo: se você entrasse numa escola profissional e fizesse quatro anos, que corresponderiam ao 2º grau clássico ou científico, e depois quisesse ir para a universidade, não poderia, teria que fazer tudo de novo. E os industriais criticavam isso, dizendo que era escolar demais, que não preparava para o trabalho. Queriam que, em pouco tempo, as pessoas pudessem trabalhar com as máquinas. Mas a escola, sobretudo a pública, não tinha as máquinas mais modernas (o Senai nasce como uma proposta dos industriais de formar trabalhadores especializados em pouco tempo). Por isso, quando a lei 5.692 foi para o Congresso, os deputados acharam maravilhoso. Era a oportunidade de formar técnicos de nível médio, que supostamente a sociedade estava precisando. Digo 'supostamente' porque não havia nenhum estudo que comprovasse isso.

Então, o que os militares fizeram? Garantiram, em lei, uma terminalidade real para o Ensino Médio, integrando o ensino profissional a ele, obrigatoriamente. Existiam dois objetivos nisso: o primeiro se refere ao fato de o

país estar se desenvolvendo e, por isso, precisar de mais técnicos. Em segundo lugar, a lei nº 5.692 teve o que o professor Luiz Antônio Cunha, da Escola de Educação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), chama de “função contentora da lei”. Quer dizer: os militares acreditavam – mesmo que isso não fosse verbalizado – que se os alunos do Ensino Médio, que estava sem dúvida alguma recebendo mais alunos do que antes, fossem preparados para uma profissão, muitos deixariam espontaneamente de procurar o ensino superior. E aqueles, que mesmo assim, se aventurassem, iriam se deparar com um vestibular classificatório.

Só que a lei não pegou. O governo não destinou recursos suficientes. As escolas particulares até tinham recursos, mas não tinham interesse em oferecer o curso. E as escolas públicas não tinham recursos pra montar escolas profissionais de verdade. Então, as escolas escolhiam os cursos técnicos que iriam dar e, claro, quando era uma escola acostumada a preparar para o vestibular, oferecia, por exemplo, o técnico em análises clínicas e dava aulas de biologia para o aluno passar no vestibular da área da saúde. Assim, em 1982, foi promulgada a lei nº 7.044, que desobriga que o ensino profissional seja junto com o médio, ficando a cargo da instituição de ensino fazê-lo ou não.

Com a lei nº 5.692, duas disciplinas se tornam obrigatórias: educação moral e cívica e educação física. Isso ‘pegou’?

Sim. Não só no 1º e 2º graus, como na universidade também. Os militares achavam que no Brasil todo mundo era muito relaxado com o civismo. Então, a obrigatoriedade de uma disciplina como Educação Moral e Cívica era um meio de formar as pessoas para defender o seu país e obedecer às leis; de tornar o cidadão menos questionador

e mais obediente. Isso continuou valendo mesmo depois da lei nº 7.044. No ensino superior, essa disciplina normalmente era dada por professores convidados. E ela acabou indo de encontro ao que os próprios militares queriam porque tinha docente que aproveitava esse espaço justamente para fazer a crítica ao regime.

Outro ponto colocado na lei nº 5.692 é a relação entre desenvolvimento e educação. Em que ela é baseada?

Na época da ditadura, essa relação fica muito clara. Os militares adotaram a Teoria do Capital Humano, que dizia que educação não é gasto, é investimento no desenvolvimento do país.

Outro programa educacional do governo militar foi o Mobral (Movimento Brasileiro de Alfabetização), implementado pelo então ministro da Educação, Jarbas Passarinho. De que forma esse projeto contribuía para a manutenção do status quo da ditadura?

Os militares acabaram com todo o movimento da educação de adultos do início dos anos 60, liderado por Paulo Freire, que tentava alfabetizar os adultos e, ao mesmo tempo, despertar sua consciência política. Esse método de alfabetização foi substituído pelo Mobral, que é uma técnica desidratada. Trabalhava-se com palavras geradoras, como Paulo Freire propunha, mas eram palavras que não davam margem a discussões muito elucidativas. Não tinha nada a ver com aqueles movimentos mais contestatórios, que alfabetizavam discutindo a política do país. E foi um fracasso.

Por que, em geral, no mundo inteiro, o ensino primário dura quatro ou cinco anos? Porque é o período necessário para que o aluno incorpore a leitura, a escrita, o cálculo e aprenda de uma

forma definitiva. O problema de campanhas de alfabetização, por melhores que sejam, é que as pessoas até aprendem, mas esquecem. O aluno que não é inserido num círculo alfabetizado em pouco tempo esquece. E o Mobral foi apenas uma campanha. Não deu continuidade à educação.

Você é autora, junto com Paulo Nosella, do livro ‘A educação negada: introdução ao estudo da educação brasileira contemporânea’. Nele, vocês entrevistaram nomes importantes da educação, como Paulo Freire, e pessoas que participaram da elaboração de políticas educacionais, inclusive durante a ditadura militar, como Jarbas Passarinho. Como foi a escolha dos personagens?

Queríamos, na época, começo dos anos 90, falar sobre a educação brasileira com aqueles que tinham vivido as diversas mudanças, seja como professor, seja como político. Buscávamos a história oral, as memórias, mais do que as correntes pedagógicas, que já tínhamos nos livros. Procuramos, então, pessoas que quisessem contar o que viveram e como enxergavam a educação. Também era importante entrevistar pessoas com concepções de sociedade e educação diferentes para não termos um único discurso.

O livro é resultado de uma pesquisa financiada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). As entrevistas foram bem longas, mas no livro há apenas trechos delas. Conversamos com o Paulo Freire, por exemplo, durante mais de quatro horas. O mesmo ocorreu quando falamos com o Passarinho. Lembro que esta última entrevista foi muito boa, principalmente porque ele não estava com nenhum cargo político e pôde falar de forma mais solta. ●

Maira Mathias

Imagine que uma unidade de saúde seja como um castelo de cartas. A última carta desse castelo é o atendimento, que será chamado de atividade-fim. As cartas que estão na base representam a infra-estrutura da unidade, ou seja, para que se possa construir um castelo sólido não há como abrir mão de uma estrutura predial adequada. Afinal, rachaduras e infiltrações não rimam com bom atendimento. Na medida em que avançamos, encontramos cartas que tanto dependem de sustentação quanto sustentam. Essas são as atividades-meio de um serviço, que em uma unidade correspondem aos setores administrativos: recursos humanos, compras, financeiro, almoxarifado, entre outros. Embora muitas vezes passe despercebido pelos usuários, o bom orquestramento dessas ações é indispensável para garantir o sucesso das atividades-fim. Nesta edição, vamos conhecer melhor o trabalho de um dos profissionais cuja função é garantir a resolutividade desses processos: o técnico em gerência de saúde.

Segundo o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (ver pág. 8), o técnico em gerência de saúde tem como atribuições o planejamento, controle e avaliação da implementação de políticas públicas de saúde. Para isso é necessário que ele conheça bem as especificidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e esteja a par de todas as atividades que constituem a gestão em saúde. De acordo com Gilberto Estrela, coordenador do Laboratório de Educação Profissional em Gestão em Saúde (Labgestão) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), o objetivo dessa formação é contribuir para que esse profissional

alie competências administrativas a uma dimensão política. “Um bom técnico é aquele que, além de conhecer muito bem a sua função, também é capaz de entender a dinâmica de todas as atividades desenvolvidas na sua unidade”, afirma, exemplificando: “Se ele trabalha no setor de compras, deve saber quando fazer uma licitação ou não, controlar o que está em falta, otimizar os recursos. Mas nunca deve se restringir a isso. Empoderar-se do processo significa construir um perfil de profissional que seja crítico, reflexivo e tenha a capacidade de contribuir nos processos políticos da tomada de decisão”, completa.

A guinada da gestão

Essa perspectiva política da gestão, no entanto, não esteve sempre em voga. Gilberto conta que, em sua gênese, a concepção de gestão nada tinha a ver com emancipação. “No mundo do trabalho, a partir da década de 50, surgiu um campo de conhecimento denominado administração científica, voltado, principalmente, para a indústria. Ford, Taylor e Fayol introduziram a idéia de gerência. Para eles, o ideal era criar condições para que houvesse mais produtividade. Como eles planejavam fazer isso? Com o gerenciamento das ações, dos serviços, dos processos de trabalho”, informa. Segundo ele, o panorama começou a mudar a partir dos anos 80. “Nesse momento, o campo da gestão passou a agregar não só uma concepção técnica, mas também um caráter político. O SUS foi pensado assim”, diz.

Gilberto lembra que, no campo da saúde, as mudanças acompanharam as bases sobre as quais o SUS foi

construído. “A década de 80 foi um marco estratégico para as mudanças que ocorrem na organização do siste-

Frederick Taylor

Autor de “Os princípios da administração científica”, de 1911, o engenheiro norte-americano inovou ao propor estratégias que aumentavam a produtividade das indústrias, a partir da intensificação da divisão do trabalho. Se para você soa absurdo que a tarefa de um trabalhador seja apertar um único parafuso durante oito horas por dia, Taylor via nisso um processo produtivo racionalizado – e mais lucrativo. É do seu nome que deriva a expressão ‘taylorismo’.

Henry Ford

O industrial norte-americano conseguiu superar Taylor ao organizar a produção de sua empresa, a Ford Motor Company, em uma linha de montagem. A imagem não é desconhecida: uma enorme esteira, em torno da qual os trabalhadores ficam posicionados esperando os produtos chegarem, para rapidamente, desempenharem sua tarefa. A idéia era controlar todos os movimentos do trabalhador, para que nenhum gesto fosse não produtivo. Seu nome deu origem à expressão ‘fordismo’.

Henri Fayol

Terceiro pilar da administração científica, o engenheiro de minas francês propunha uma estrutura organizacional que gerasse a máxima eficiência. Para isso receitava que houvesse um controle absoluto, inclusive do afeto dos funcionários, que deveriam ser mantidos satisfeitos para não gerarem desordem, e, conseqüentemente, prejuízo.

Os técnicos cuidam da gestão do SUS

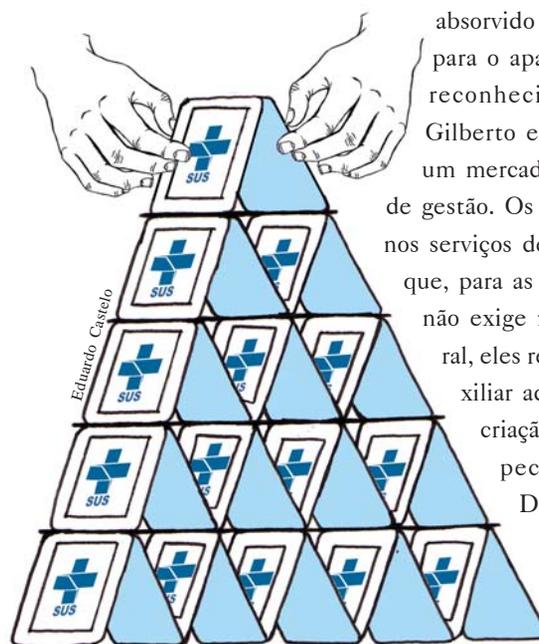
Planejamento, controle e avaliação das políticas públicas

ma de saúde público brasileiro. O SUS já surgiu com uma concepção ampliada de gestão em saúde, em contraposição ao modelo anterior, hospitalocêntrico. Com o SUS, outras estratégias foram criadas, como a atenção básica”, avalia o coordenador, que ressalta a importância de ligar esse contexto com as competências exigidas de um técnico em gestão hoje. Pedro Areas, técnico em gestão formado pela EPSJV e atual assessor de planejamento da direção do Hospital Geral de Bonsucesso (HGB), no Rio de Janeiro, concorda: “Hoje, a partir da organização da atenção por níveis de complexidade, o trabalho do técnico envolve planejar e organizar sistemas de referência e contra-referência”, afirma.

Funciona assim: vamos supor que um paciente atendido pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) reclame de falta de ar, cansaço e tenha desmaios esporádicos. O procedimento da equipe deve ser encaminhá-lo para uma unidade de média complexidade, uma clínica, por exemplo, para que ele faça mais exames que facilitem o diagnóstico. A transição de um nível de atenção para outro seguinte é chamado sistema de referência. Se os resultados indicarem um quadro que possa ser controlado sem precisar referenciá-lo para uma unidade de alta complexidade, a clínica o contra-referencia de volta para a ESF, onde será mantida uma estratégia de vigilância. E é o técnico de gerência quem vai orquestrar essas idas e vindas, conectando-as.

Os desafios do técnico

“O maior desafio do trabalhador da gestão no SUS é fazer o Sistema Único funcionar”. A frase de Gilberto Estrela ilustra bem as contradições específicas da área. Formado pelo SUS, o técnico em gerência ainda é pouco



absorvido por ele. A resposta unânime para o aparente paradoxo é a falta de reconhecimento desse profissional. Gilberto explica: “Na verdade, não há um mercado constituído para o técnico de gestão. Os trabalhadores são absorvidos nos serviços de saúde através de concurso, que, para as atividades de administração, não exige formação específica. Em geral, eles recebem a denominação de auxiliar administrativo. O ideal seria a criação de um plano de carreira especial para o técnico”. Bruna Duque, recém-contratada pelo HGB para a área de planejamento e ex-aluna da EPSJV, conta que quando começou a estagiar, em 2007, eram poucos os colegas que sabiam exatamente as atribuições de um técnico em gerência. “A maioria das pessoas nunca tinha se deparado com esse tipo de trabalhador e tinha dificuldade de entender o ganho que ele trazia para a unidade de saúde”, lembra.

Uma das razões que explicam esse fenômeno é o fato de a própria formação não ser tão disseminada quanto deveria. Isa Chrisóstomo, coordenadora do curso do Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manuel da Costa (CEFOPE/RN), uma das três Escolas Técnicas do SUS que oferecem o curso, explica a importância de uma política de formação mais abrangente para os trabalhadores da gestão: “O trabalhador sem formação aprende a fazer observando os outros. Ele não vê o todo, pois só conhece a atividade que pratica. Esse isolamento o leva a não saber o porquê da sua função, no que ela resulta e qual a sua importância no processo. Não é raro um trabalhador da área de gestão se sentir marginalizado. Nosso curso procura mostrar que sem as atividades-meio seria impossível haver atendimento de qualidade, pois todas as partes do processo são importantes para a eficiência da assistência”, destaca.

Um fator apontado pelos entrevistados como sendo decisivo para a categoria é a falta de uma política pública mais consistente. Para Isa, a melhoria do Sistema Único passa necessariamente pela educação: “Sabemos que só a formação não vai resolver o problema, mas ela já melhora muito. Nós temos visto uma melhoria, principalmente na tomada de consciência do trabalhador, que passa a ter uma outra visão ao conhecer todo o processo de trabalho. Até o relacionamento dele com a instituição muda. Então, não podemos pensar que investir nas atividades finalísticas é o único caminho. Prestar atenção também na gestão é uma opção nada desprezível de fazer um SUS melhor”.

30 anos de Alma-Ata são comemorados com a volta

Relatório Mundial de Saúde 2008 critica modelo hospitalocêntrico

Juliana Chagas

Em 1978, ministros de saúde dos países membros da Organização Mundial de Saúde (OMS) se reuniram em Alma-Ata, no Cazaquistão, entre os dias 6 e 12 de setembro. O motivo era a Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, que marcou uma grande mudança mundial em relação à definição do conceito de saúde. Ela passou a ser entendida como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”. Com esse significado amplo, veio a preocupação em estruturar bem o primeiro nível de assistência, que integraria um sistema de saúde universal. A intenção era que, até o ano 2000, a saúde fosse igual para todos. Mas, apesar das orientações da OMS, a mudança política e a predominância dos governos neoliberais nos anos 80 não permitiram que as iniquidades fossem superadas. Ao contrário. Elas se aprofundaram com o crescimento da assistência privada. “A Atenção Primária era vista como mais um programa de saúde, que daria assistência deficiente a pessoas pobres”, diz o relatório. Três décadas depois, a OMS comemora os 30 anos de Alma-Ata chamando a atenção do mundo novamente para a importância da atenção básica. Foi esse o tema do relatório anual de 2008, intitulado ‘Atenção Primária: agora mais do que nunca’. Por que esse apelo ainda vale? “Porque os sistemas de saúde têm que responder melhor e com maior rapidez aos problemas do mundo em transformação. E a Atenção Primária pode enfrentar esses desafios”, diz o documento.

Segundo Eugênio Vilaça, consultor da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, a urgência colocada pela OMS é pertinente por causa das mudanças epidemiológicas e demográficas dos últimos 30 anos. “Na época de Alma-Ata, vivíamos uma Guerra Fria e a globalização ainda não era uma realidade. Os maiores problemas, em relação à situação sanitária, eram as doenças infecciosas. Hoje,

são o envelhecimento, a urbanização e as doenças crônicas. Isso exige uma nova atenção primária, que seja o centro da assistência à saúde”, defende.

A nova situação sanitária

Segundo o relatório, a atenção primária que se começou a fazer após Alma-Ata era focalizada. Havia uma preocupação com o combate de um número reduzido de doenças – principalmente infecciosas –, a saúde materno-infantil e a melhoria do abastecimento de água e saneamento. Por isso, de acordo com a OMS, é preciso acabar com as três principais tendências que derivam desse modelo: a centralidade em uma oferta restrita à atenção curativa especializada; a fragmentação dos serviços; e a não intervenção dos governos, que abre espaço para a assistência comercial.

Se a saúde ainda não é para todos, como queriam os participantes de Alma-Ata, pelo menos é possível comemorar algumas melhoras nesses 30 anos. Hoje, por exemplo, a mortalidade infantil mundial caiu de 16,2 milhões, em 1978, para 9,5 milhões, em 2006. “Têm sido registrados avanços notáveis também no acesso à água, saneamento e atenção pré-natal. Isso mostra que é possível ter progresso”, diz o texto. Segundo o documento, é necessário levar em conta, ainda, o aumento dos investimentos em saúde – de 35% entre 2000 e 2005 – e os novos conhecimentos científicos.

Mas esses avanços aconteceram de maneira desigual no mundo e novos problemas têm avançado rapidamente. “O envelhecimento e as consequências da má gestão dos processos de urbanização e globalização aceleram a propagação das doenças transmitidas em nível mundial e aumentam os casos de transtornos crônicos”. De acordo com o relatório, os sistemas de saúde precisam ter uma gestão integrada e integral. “Existe também uma assistência de caráter comercial, os limites entre público e privado não estão

claros e as negociações da prestação dos serviços estão cada vez mais despolitizadas. Ao invés de reforçar sua capacidade de resposta e prever novos desafios, os sistemas sanitários parecem estar à deriva, trabalhando com prioridades de curto prazo, de maneira fragmentada”, avalia a OMS.

No caso do Brasil, como lembra Eugênio, o gasto da saúde aumentou um pouco em relação ao que se tinha há 30 anos, mais ainda é insuficiente. “Para enfrentar as doenças crônicas, que correspondem a 66% da carga de patologias – a das transmissíveis é de 10% – é preciso gastar mais recursos na atenção primária. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) não está dando conta do envelhecimento da população e das condições sanitárias atuais. Isso porque a ESF que praticamos hoje tem subfinanciamento, equipes centradas no cuidado de médicos e enfermeiros, precarização dos contratos e uma lista de medicamentos restrita. Não é possível dar conta do novo contexto sanitário dessa forma”, diz.

Para ele, é necessário que o primeiro nível de assistência cumpra três funções: “Resolva de 90 a 95% dos problemas de saúde mais comuns; ordene toda a rede, ou seja, coordene o fluxo de pessoas, produtos e informações; e se responsabilize pela saúde da população”, explica. E completa: “O documento da OMS nos ajuda na medida que explicita que a atenção primária não é barata. Aumentar os investimentos maiores no primeiro nível de assistência significa, porém, economizar recursos nos outros níveis. Um real empregado na atenção primária vale muito mais do que um real investido num centro de saúde”.

Mas, para Eugênio, ter pouco recurso não é o único problema para que a atenção básica se torne uma prioridade no Brasil. “Penso que aqui, como em muitos países, os governantes estão deixando a atenção primária um pouco de lado. E fazendo propostas mirabolantes, como as Unidades de Pronto Atendimento

da atenção básica para o centro da agenda mundial

ntrico e propõe mudanças para superar condições sanitárias

to (UPAs), por exemplo, que não dão conta da situação. Promovem, sim, resultados políticos em curto prazo. Mas determinarão conseqüências econômicas e sanitárias desastrosas no futuro”, critica.

Atenção Primária: uma solução?

Para a OMS, a resposta à pergunta acima é positiva. “É uma demanda da população mundial a melhoria da equidade sanitária e o fim da exclusão, que os serviços sejam centrados nas necessidades dos indivíduos, que haja segurança sanitária em suas comunidades e que elas possam participar das decisões sobre as questões que afetam a sua saúde. Essas expectativas coincidem com os valores em que se baseou Alma-Ata e explicam a atual exigência da reformulação dos sistemas a partir da atenção primária”. Isso significa, por exemplo, ter equipes multidisciplinares cuidando de um determinado grupo, colaborando com os serviços sociais e coordenando as ações dos hospitais, dos especialistas e das organizações comunitárias.

Para que isso aconteça, o estudo propõe realizar uma mudança estrutural baseada em quatro pontos principais: garantia de sistemas de saúde que contribuam para a equidade sanitária, a justiça social e o fim da exclusão, em prol da cobertura universal; organização dos serviços pela atenção primária, isto é, em torno das necessidades e expectativas das pessoas; elaboração de novas políticas públicas; e fim da falta de controle do Estado, dando lugar a uma liderança capaz de enfrentar a complexidade dos problemas de saúde. O mais importante, porém, é a universalização dos serviços. “Esse é o objetivo prioritário, como há 30 anos”, diz a OMS.

Segundo Eugênio, quando a atenção primária recebe um “choque de qualidade”, a melhora nas condições de saúde é evidente. “Aqui em Minas, por exemplo, o município de Janaúba, que tem 70

mil habitantes, melhorou sua assistência primária e conseguiu reduzir a mortalidade infantil de 30 para 4 óbitos por mil crianças. Curitiba também tem ótimos resultados na ESF. Isso mostra que se mais dinheiro do SUS fosse investido na atenção primária, a situação melhoraria excepcionalmente”, avalia.

O relatório também cita como um bom exemplo de atenção primária a ESF: “Em muitos países desenvolvidos, o Programa de Atenção Primária dos anos 80 e 90 foi capaz de contribuir para um aprimoramento nos serviços prestados. Mais recentemente, os países em desenvolvimento, como o Chile e sua *Atención Primaria de Salud*, o Brasil e seu Saúde da Família, e a Tailândia com a cobertura universal têm tido resultados encorajadores: melhora dos indicadores combinada com aumento da satisfação dos cidadãos”. Em todos os casos, o sucesso dos programas de atenção primária se dá, principalmente, porque a cobertura nesses países é universal. Para Gustavo Matta, coordenador do Laboratório de Educação Profissional em Saúde (Laborat) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), o exemplo do Chile citado pela OMS deve ser visto com cautela: “O Chile realizou uma grande privatização do seu sistema de saúde nos anos 80. Eles têm uma parte pública que trabalha ações essenciais, incluindo o programa de atenção primária, e outra parte é a compra de serviço privado pelo público. É preciso ter cuidado para não achar que só a atenção primária deve ser universal”, alerta ele.

Complementando a resposta ao questionamento do entretítulo, a OMS lembra que a solução apenas começa na atenção primária. “A atenção primária pode contribuir em grande medida para melhorar a saúde das comunidades, mas não basta para garantir a equidade sanitária. É preciso que os governos adotem uma série de políticas públicas para enfrentar os desafios da área da saúde. Será

necessário reinvestir em uma liderança pública”, responde o relatório anual.

Para mudar o sistema

Universalizar o sistema de saúde e mudar as demais políticas públicas, porém, não é fácil. “Nos países com gastos elevados com a saúde, caso de quase todos os países desenvolvidos, há ampla margem financeira para acelerar a mudança do enfoque da atenção terciária para a primária, regular o sistema de maneira saudável, e reduzir a exclusão a partir de uma assistência universal. O desafio é muito maior para os dois bilhões de pessoas que vivem nos países da África e Ásia oriental, onde o setor saúde cresce lentamente, e para os 500 milhões que moram em Estados frágeis. E esses lugares têm a necessidade, mais que nenhum outro, de começar a mudança na atenção primária imediatamente”, avalia a OMS.

Além disso, para que a cobertura seja universal é preciso que a sociedade entre em um consenso. “Isso raramente é uma questão de fácil acordo social. De fato, mesmo nos países onde a assistência para todos é um projeto de Estado, a associação dos médicos e alguns especialistas em economia, por exemplo, sempre atacaram essa idéia. A saúde universal é conseguida, geralmente, através da luta dos movimentos sociais e não de uma vontade política espontânea”. Mas, segundo o documento, atualmente há um consenso mundial de que oferecer uma cobertura de saúde universal faz parte do pacote de obrigações que legitima um governo. “É uma conquista política que molda a modernização da sociedade”.

Segundo o texto, o mundo passa por um momento propício para esse tipo de reforma. “A saúde mundial é objetivo de atenção sem precedentes, destacando-se o aumento dos pedidos por uma atenção integral e universal. Há sinais claros e positivos do desejo de colaborar para o estabelecimento de sistemas sustentáveis para a saúde, em lugar dos enfoques parciais e fragmentados”. ●

Cátia Guimarães e Maira Mathias

Cerca de 40% dos projetos aprovados pelo Ministério da Saúde a partir da pactuação nos Pólos de Educação Permanente em Saúde do Brasil inteiro atendiam às áreas de Atenção Básica e Saúde da Família. Sessenta e seis por cento das ações executadas eram cursos e outros 24% foram eventos educativos, como oficinas, seminários, dinâmicas, fóruns de discussão e vídeos-debates. Oito por cento significaram investimento em estrutura e aquisição de equipamentos das instituições envolvidas. A maior parte das ações foi executada por instituições públicas, mas também houve uma grande participação das fundações de apoio, em geral, dando suporte ao trabalho das universidades. Essas são algumas das informações levantadas pela pesquisa 'Análise da Política de Educação Permanente em Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde', desenvolvida pela Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV).

A pesquisa, que teve duração de dois anos, analisou 238 ações a partir do mapeamento dos 165 pareceres aprovados pelo Ministério da Saúde, entre junho de 2004 e junho de 2005.

Educação permanente e educação continuada

O estudo recupera a origem do conceito de educação permanente e seus marcos. Lembra, por exemplo, que a primeira menção à educação permanente foi feita pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), representação regional da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1984, exatamente buscando se distinguir da idéia de educação continuada, que, segundo a Organização, marcava a formação de trabalhadores até aquele momento. "Mas o salto realmente se deu quando a Educação Permanente em Saúde (EPS) passou a se referir ao sistema como um todo", afirma Carlos Maurício, um dos integrantes da pesquisa, que ainda contou com a participação de Anna Violeta Ribeiro, Monica Vieira e Valéria

Carvalho. Ele explica que essa mudança começou em 2003, quando foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS).

A contextualização que a pesquisa faz, no entanto, vai além. Mostra, por exemplo, que a noção de educação continuada foi muitas vezes acompanhada do incentivo à formação em serviço, a partir de cursos de curta duração — um movimento que ajuda a esvaziar a importância da escola. A idéia de Educação Permanente em Saúde teria, a princípio, outra lógica. Distinguiu-se, sobretudo, por colocar o trabalho no centro do processo educativo e buscar soluções de forma coletiva, e não em pacotes fechados de treinamento.

De acordo com a pesquisa, no entanto, essas diferenças não foram tão perceptíveis na prática da Política. "A educação permanente, ao colocar muita ênfase nas práticas construídas nos processos de trabalho e ressaltar a negatividade do viés tecnicista das organizações de ensino, pode engendrar uma visão distorcida e privilegiar a aprendizagem em serviço ou a potencialidade da sociedade civil em detrimento da educação formal. Nesse sentido, o problema a equacionar não diz respeito somente a uma questão metodológica em que os problemas dos serviços viriam à tona, mas sim a detectar e aprofundar conteúdos que permitem uma melhor compre-

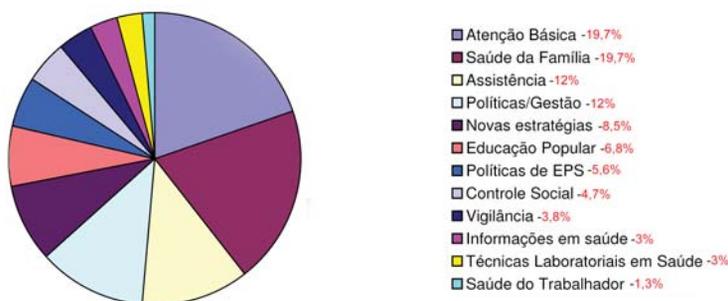
ensão da saúde atualmente", diz o relatório.

E Monica Vieira, coordenadora da pesquisa, completa: "Cerca de 70% dos projetos aprovados não contemplavam a mudança proposta pela Política. A maioria se referia a ações pontuais: justamente o que ela propunha evitar".

O estudo ressalta ainda que essas diferenças conceituais entre educação continuada e permanente referem-se ao contexto da saúde porque, no campo da educação, esses conceitos não são tão exatos assim: algumas vezes aparecem como sinônimos e, em outras, têm sentidos contrários ao que a saúde estabeleceu, ou seja, educação permanente é vista como voltada para o mercado de trabalho e educação continuada como formação integral.

A pesquisa chama atenção para o fato de que a noção de educação permanente propõe mudanças que dependem de mais do que essa política, sozinha, pode viabilizar. "Uma das possibilidades que a educação permanente traz é construir no interior dos serviços laços mais efetivos de luta para a melhoria do sistema de saúde. No entanto, a luta não pode ficar restrita a uma melhor conformação ao trabalho, e sim deve romper com os mecanismos de exploração que circunscrevem o trabalho e a vida", diz o relatório. E continua: "Nesse sentido, destaca-se que algumas ações de educação

Distribuição percentual de ações de Educação Permanente em Saúde segundo área. Brasil, 2006.



Fonte: Análise da Política de Educação Permanente em Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde (MS/Opas)

Educação Permanente em Saúde

de faz levantamento dos projetos pactuados nos pólos

permanente podem favorecer uma ruptura com o modelo hegemônico, no entanto, se ficarem circunscritos às ações no trabalho, podem ser caracterizadas mais por um mecanismo de ‘apassivamento’ dos conflitos do que pela capacidade de transformação”.

Público e privado

Outra constatação do estudo é que a prática frustrou a expectativa declarada da Política de romper com a lógica “da compra de produtos e pagamentos por procedimentos educacionais”. Isso porque a maior parte das ações de EPS foram executadas por fundações de apoio que, criadas com o argumento de desburocratizar as instituições públicas, captam recursos de forma independente e, geralmente, cobram pelos serviços prestados. Para Monica, a questão a ser analisada é até que ponto a pactuação nos pólos permitia um maior controle social sobre as propostas das fundações.

Desafios

Nas considerações finais, o relatório do estudo destaca oito pontos que os pesquisadores consideram importantes como resultado da análise. Um deles diz que os projetos pactuados nos pólos — considerando-se a amostragem da pesquisa — têm, de modo geral, uma frágil orientação conceitual. Utilizam, por exemplo, expressões como ‘humanização, acolhimento e vínculo’, sem definições mais precisas de referenciais. “As propostas práticas denunciam a pulverização e fragmentação das ações de Educação Permanente em Saúde em um mesmo projeto”, conclui o texto. Monica exemplifica: “Não se pode deixar de levar em consideração a precarização do trabalho e do estudo atuais. Os espaços formativos e os serviços de saúde, em geral, não oferecem boas condições. A quantidade de trabalhadores com vínculo precário é alarmante”, pondera. “Como um trabalhador vai mudar seu processo de trabalho, humanizar seu atendimento dentro do Sistema Único se o próprio SUS não o humaniza?”, completa a pesquisadora.

Outro tópico sugere que a política poderia ter criado um componente específico de fortalecimento das instituições, condicionando a ‘aprovação’ dos projetos a uma infra-estrutura mínima que as capacitasse a realizá-los.

Levando em conta o referencial teórico da pesquisa, que identifica a desigualdade de interesses, recursos e poder como um obstáculo à estratégia da busca do consenso, o relatório chama atenção ainda para os riscos de sustentação da política. “A SGTES abriu um espaço importante para se repensarem as questões de recursos humanos, ao pautar na agenda a problemática do trabalho e da educação. Entretanto, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, ao não atentar para os determinantes socio-políticos que se expressam nessa relação, corre o risco de não se sustentar, levando a um refluxo do processo de construção do campo trabalho e educação na saúde”, diz o texto. Esse trecho em especial reitera o reconhecimento, que atravessou todas as fases da pesquisa, do caráter inovador e radical da proposta, que se opunha ao ideário neoliberal. “Nesse contexto de disputa, conforma-se a política de Educação Permanente em Saúde, que busca retomar o sentido ético-político da Reforma Sanitária. No entanto, por tratar-se de uma política ainda em construção, inserida numa conjuntura desfavorável à ampliação dos direitos sociais, seus rumos ainda estão por definir-se”, diz o relatório.

Mudanças

Em 2007, foi editada uma nova portaria, a nº 1996, que reformulava alguns instrumentos da Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS). Foram criadas, por exemplo, as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), constituídas por representantes da gestão do SUS e da educação, entidades profissionais, instituições de ensino e movimentos sociais.

O trâmite dos projetos também mudou. Antes, a partir do debate gerado nos pólos, os projetos vencedores eram encaminhados a um Conselho Gestor

Estadual (CGE), com direção das Secretarias Estaduais de Saúde. Essa era a última instância deliberativa capaz de decidir quais projetos seriam iriam para o MS e quais teriam que esperar. A nova Portaria vincula a condução da Política aos Colegiados de Gestão Regional, compostos por gestores municipais e estaduais. São esses Colegiados que constroem o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde e o submetem à Comissão Intergestores Bipartite para homologação.

Uma outra diferença entre os dois momentos diz respeito ao financiamento: atualmente, os recursos para as ações de Educação Permanente em Saúde são definidos no **Pacto de Gestão do SUS**.

A pesquisa desenvolvida pelo Observatório dos Técnicos, no entanto, não estudou essa nova fase. São necessários agora outros estudos, que ajudem a compreender os rumos que, afinal, essa Política tomou.

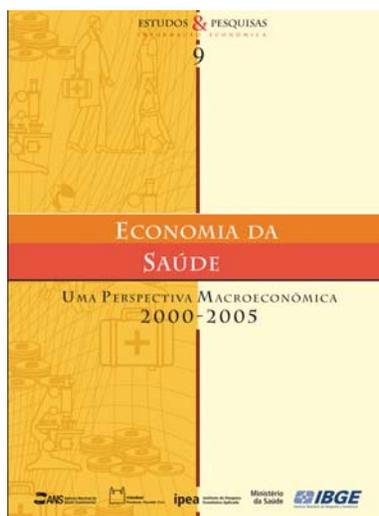
Conheça a pesquisa

A pesquisa realizada pela Estação Observatório da EPSJV foi financiada com recursos do Ministério da Saúde e da Opas. O relatório, na íntegra, pode ser acessado no link ‘projetos’ do site: www.observatorio.epsjv.fiocruz.br.

Pacto de Gestão do SUS

É um dos três pilares que estruturam o Pacto pela Saúde, política firmada em 2006 para promover inovações na gestão, que ainda engloba o Pacto pela Defesa do SUS e o Pacto pela Vida. Uma das principais mudanças previstas no Pacto de Gestão diz respeito ao financiamento das ações de saúde. A transferência fundo a fundo de recursos federais para estados e municípios passa a ser estruturada em cinco blocos: atenção à saúde, média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS - nesse último, estão alocados recursos para várias políticas, dentre elas a PNEPS.

Mares nunca dantes navegados: as contas nacionais da Saúde



Com o livro ‘Economia da Saúde: uma perspectiva macroeconômica 2000-2005’, o IBGE reafirma seu papel na geração de informações para orientar e aprimorar as políticas públicas. O inventariamento de informações sobre a oferta (produção) e demanda (uso) de bens e serviços de saúde, antecipando as futuras contas satélites à análise setorial. Passaremos a dispor de estimativas precisas sobre as dimensões econômicas da saúde bem como das inter-relações de seus agregados setoriais.

Mas certamente encontraremos algumas dificuldades iniciais para manejar e, sobretudo, apropriar com a devida profundidade o conjunto das informações contidas na publicação. Nós, que trabalhamos com e na

saúde, temos pouca familiaridade com a lógica e operacionalização dos sistemas de contas nacionais, embora saibamos que constituem indispensável elemento de análise macroeconômica.

Em termos gerais, a análise dos grandes agregados financeiros, expressa como oferta e demanda, inspira-se no conceito abstrato de equilíbrio geral da economia, conferindo-lhe conteúdo empírico. A noção de que a economia pode ser traduzida como um sistema integrado de fluxos e transferências de um setor a outro e como circulação de bens e produtos processados e consumidos fundamenta a construção de um quadro que permite detectar as conseqüências que uma mudança num setor traz para os outros setores e para o conjunto.

As contas nacionais obedecem a uma padronização internacional estabelecida pela ONU e inventariam o PIB, impostos sobre produtos, valor adicionado a preços básicos, consumo pessoal, consumo do governo, formação bruta de capital fixo, variação de estoques, exportações e importações de bens e serviços. O Sistema de Contas Nacionais permite não somente analisar, de forma integrada, a participação por atividade e instituições da geração, apropriação, distribuição e uso da renda nacional e da acumulação de ativos não-financeiros, como também evidencia as dimensões de cada economia nacional com as dos demais países.

O processo de construção das contas de saúde requer a definição da abrangência e seleção das atividades de saúde, passa pela consulta a fontes de informações gerais e específicas, pela elaboração de parâmetros para estimar volume e preços de determinadas atividades e implica ainda a assunção de pressupostos *ad hoc* para a classificação institucional (pública ou privada) do consumo. Essa seqüência de categorizações e, em especial, suas regras de constituição, acrescidas ao pouco domínio sobre a origem e qualidade de várias das fontes de informações das contas nacionais da saúde, dificultam a compreensão imediata da metodologia e dos resultados agregados segundo produção e consumo das atividades de saúde.

A primeira leitura, dadas as agruras para concatenar os resultados apresentados com os critérios de elaboração das trajetórias que subsidiaram as estimativas dos produtos e usos das atividades de saúde, e ainda com uma reflexão sobre limites das fontes que originaram as informações, pode ser muito árdua; em certa medida desestimulante. Mas, em função da relevância das contas da saúde, essa impressão preliminar deve ser superada pelo reexame dos passos de construção das estatísticas, pelo debate coletivo e, evidentemente, pelo compromisso com a divulgação sistemática e aprimoramento das informações e análise dos resultados.

Em relação à produção, destacam-se: a importância das atividades mercantis, incluindo os bens e serviços, por referência àquelas designadas como saúde pública (apenas 32,3% do total); e os diferentes pesos dos salários e contribuições sociais na composição do valor adicionado bruto nas distintas atividades de saúde (31,4% na fabricação de produtos farmacêuticos, 91,4% na saúde pública e 38,7% nos estabelecimentos ambulatoriais mercantis).

No que se refere ao consumo final, que inclui produtos nacionais e importados, o Sistema Nacional de Contas o atribui às famílias. Porém, o consumo pode ser financiado pelo governo, pelas empresas empregadoras e diretamente pelas famílias. O Brasil não dispõe ainda de fontes de informações sobre as despesas das empresas empregadoras. Nesta publicação, a opção pela dicotomização das despesas em públicas (governamentais) e privadas (das

famílias), que redundou na reduzida proporção dos gastos governamentais com saúde (3,2% do PIB) e na relativamente elevada participação das despesas das famílias (4,9%), foi tomada pela grande imprensa como sinal inequívoco de uma generalizada precariedade da proteção pública aos problemas de saúde. Embora tal interpretação não seja exatamente incorreta, as informações da Pesquisa de Orçamentos Familiares, mais adequadas para dimensionar tal fenômeno, relativizam a importância dos gastos diretos no total dos gastos privados com saúde.

A análise de outras dimensões das atividades de saúde, como emprego e renda, explicita os valores médios mais elevados do rendimento auferido nas atividades mercantis (especialmente fabricação de produtos farmacêuticos, atividades de atendimento hospitalar privado e assistência médica suplementar) por referência àquelas provenientes da saúde pública. Os dados sobre o tipo de inserção no mercado de trabalho (formal, sem carteira, autônomo) indicam que cerca de 24% dos postos de trabalho de serviços ambulatoriais privados e 16% dos postos das atividades de saúde pública correspondem a vínculos precários (sem carteira).

Todas essas variáveis contábeis, ao lado das informações sobre importação e exportação, impostos e cálculo de excedentes, conformam a matriz das contas econômicas integradas da saúde, um resumo de operações e saldos da produção (que inclui geração de renda) e consumo de atividades de saúde. Trata-se de uma síntese extremamente útil à análise da dinâmica setorial e ao delimitamento de tendências.

Uma vez reconhecida a relevância e a importância da publicação, resta desejar-lhe vida longa. E, desde logo, assinalar que a natureza e a complexidade da produção das contas satélites da saúde recomendam a observância de um preceito bastante óbvio, no entanto essencial ao aprimoramento contínuo das estimativas da oferta e demanda das atividades de saúde – a ampliação da participação efetiva dos potenciais usuários das informações, como a Anvisa, outras instituições executivas e de ensino e pesquisa, no redesenho e crítica da publicação.

Ligia Bahia

Médica sanitária, doutora em Saúde Pública pela Fiocruz, professora-adjunta da Faculdade de Medicina e do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Nesc/UFRJ). ●

TRABALHO

O trabalho educa. E não só a apertar parafuso ou aplicar injeção. Na idéia de trabalho como ‘princípio educativo’, que faz esse conceito ser tão importante para o campo da educação profissional, o trabalho ajuda a formar para a liberdade e a transformação da vida e das condições sociais. “Considerar o trabalho como princípio educativo equivale dizer que o ser humano é produtor de sua realidade e, por isto, se apropria dela e pode transformá-la. Equivale dizer, ainda, que nós somos sujeitos de nossa história e de nossa realidade”, explica Marise Ramos, professora-pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) e da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), no artigo ‘Concepções do Ensino Médio Integrado’.

Diferentemente do que possa parecer, esta não é uma matéria sobre ‘conhecimento prático’ ou metodologias de como ‘aprender fazendo’. Ao contrário: como princípio educativo, o trabalho (e a formação para ele) precisa perder qualquer sentido utilitário. Mas como essa inversão é possível? Afinal, não é por prazer que a maioria das pessoas passa horas por dia sobre o arado, dentro das fábricas ou pelas ruas, escritórios e outros espaços. Como uma relação desse tipo pode não ser utilitarista? Gaudêncio Frigotto, professor da Universidade Federal Fluminense e da UERJ, nos ajuda a entender: “O trabalho não se reduz à ‘atividade laborativa ou emprego’, mas à produção de todas as dimensões da vida humana”, explica no verbete ‘Trabalho’ do Dicionário de Educação Profissional em Saúde. Isso significa que, como conceito

mais amplo, trabalho não é sinônimo de trabalho assalariado, desenvolvido em troca de um pagamento. E nos remete à sua definição ontológica: como **relação e ação do homem sobre a natureza**. Visto dessa forma, o trabalho aparece como ação consciente, que diferencia o ser humano dos outros animais, ressaltando sua capacidade de modificar a realidade em que vive, em vez de se adaptar a ela. Transformar em vez de se adaptar: não é exatamente essa a função da educação? “O trabalho como princípio educativo, então, não é, primeiro e sobretudo, uma técnica didática ou metodológica no processo de aprendizagem, mas um princípio ético-político”, explica Gaudêncio, no texto.

Trabalho no capitalismo

A venda da força de trabalho em troca de pagamento é, então, apenas uma das formas do trabalho, num contexto social específico. Executamos hoje, diariamente, o formato que o sistema capitalista de produção criou para o trabalho. Períodos históricos anteriores tiveram outros, como o trabalho escravo.

O que há de mais marcante no trabalho inventado pelo capitalismo é o que o filósofo Karl Marx identificou, no século XIX, como produção de ‘mais-valia’. “Mais-valia é uma forma específica de extração de sobretrabalho e, diferentemente das formas precedentes, ela vem oculta sob a forma salário, na produção de mercadorias”, explica Virgínia Fontes, pesquisadora da Universidade Federal Fluminense (UFF) e da EPSJV. A lógica é a seguinte: quando você compra um carro, por exemplo, sabe que está pagando

“Antes, o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporeidade, braços, pernas, cabeça e mãos, a fim de se apropriar da matéria natural numa forma útil à própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza”

Karl Marx – O Capital

do um valor mais alto do que o custo de produção daquele bem. É dessa diferença entre valor de venda e preço de produção, além da exploração do trabalho, que sai o ‘lucro’ das empresas no sistema capitalista. Com o trabalho, o processo é exatamente o mesmo: o trabalhador vende sua força de trabalho em troca de um salário. Ele deveria trabalhar, então, o tempo suficiente para ‘devolver’ ao empresário o valor exato do seu pagamento, na forma de produção de mercadorias ou serviços. Mas essa conta nunca se equilibra, nem tampouco fecha a favor do trabalhador. “A mais-valia é a diferença entre (...) o valor produzido pelo trabalhador que é apropriado pelo capitalista sem que um equivalente seja dado em troca. Não há, aqui, uma troca injusta, mas

o capitalista se apropria dos resultados do trabalho excedente não-pago”, explica o verbete ‘mais-valia’ do Dicionário do Pensamento Marxista. E completa, mais adiante, dizendo que é possível dividir a jornada de trabalho em duas partes: “trabalho necessário (no tempo a ele dedicado, o trabalhador produz um equivalente do que recebe como salário) e trabalho excedente (no tempo a ele dedicado, o trabalhador está produzindo apenas para o capitalista)”. Esse trabalho, que alguém vende e alguém compra, gerando ‘lucro’, é sinônimo de mercadoria.

Diferente daquele sentido de trabalho do início deste texto, aqui não se age sobre a natureza para criar seus próprios meios de sobrevivência. Trabalho, nesse sentido, está mais relacionado à exploração e à adequação do que à transformação. “Porque os trabalhadores não têm outro acesso aos meios de produção e precisam vender algo para que possam viver, são forçados a vender sua força de trabalho e não podem fazer uso dessa sua propriedade criadora de valor em benefício próprio”, explica o Dicionário marxista. Esse processo institui “o que Marx chamou de dupla liberdade do trabalhador: a liberdade de vender sua força de trabalho ou a liberdade de morrer de fome”, como diz o mesmo texto.

E o que tudo isso tem a ver com a educação? **“É fundamental socializar, desde a infância, o princípio de que a tarefa de prover a subsistência e outras esferas da vida pelo trabalho é comum a todos os seres humanos, evitando-se, dessa forma, criar indivíduos, grupos ou classes**

sociais que naturalizam a exploração do trabalho de outros”, explica Gaudêncio, no verbete.

Variações?

Isso não significa que não haja variações nesse esquema. Por um lado, há processos, como os de agricultura familiar resultante de políticas de Reforma Agrária, nos quais o trabalhador é dono dos meios de produção — nesse caso, a terra. Por outro, há pequenas distinções relacionadas à relação público-privado e à existência de diferentes setores na economia capitalista.

Existe produção de mais-valia, por exemplo, no setor público? Segundo Virgínia Fontes, em princípio, não, porque ele não produz mercadorias. “Pode, entretanto, extrair sobretrabalho (explorar), mas sob outra forma, complementar à forma mercantil salarial”, diz. E no setor de serviços? “‘Serviços’ designa a troca de renda (dinheiro consumido em valor de uso) por uma atividade. Se uma atividade (‘serviço’) se converte em forma de extração de mais-valor pela produção de uma certa mercadoria (por exemplo, aulas), trata-se de extração de mais-valia equivalente à forma fabril”, explica Virgínia. Mas alerta: “Essas são definições muito amplas e que precisam ser avaliadas nas circunstâncias sociais dadas, e não simplesmente aplicadas de maneira mecânica, pois referem-se sempre tanto ao conjunto das relações sociais quanto às relações específicas que tratamos”.

De acordo com essa distinção, o trabalho que cada um de nós realiza diariamente pode ser considerado produtivo ou improdutivo. “O trabalho produtivo é contratado pelo capital no processo de produção com o objetivo de criar mais-valia. Como tal, o trabalho produtivo diz respeito apenas às relações sob as quais os trabalhadores são organizados, e não à

natureza do produto”, explica o Dicionário do pensamento marxista. Nessa ‘classificação’, onde se localizam, então, os profissionais de saúde e educação? “Cantores de ópera, professores e pintores de parede, tanto quanto mecânicos de automóveis ou mineiros, podem ser empregados pelos capitalistas tendo em vista o lucro. É isso que determina se são trabalhadores produtivos ou improdutivo”, exemplifica o Dicionário.

Mas será que toda essa discussão ainda faz sentido em tempos como esses, em que o desemprego estrutural insiste em anunciar o fim do trabalho? De tão atual, a discussão sobre a centralidade da categoria ‘trabalho’ ainda está em aberto. Recuperando o conceito original de trabalho, Gaudêncio, no artigo do Dicionário de Educação Profissional, diz: “As teses sobre o fim do trabalho e uma vida dedicada ao ócio não têm o menor fundamento. É a mesma coisa que afirmar que a vida humana desapareceu da face da Terra ou que todos os seres humanos se metamorfosearam em anjos e já não precisam mais mover-se e buscar seus meios de vida. Outra coisa é o desaparecimento de formas históricas de como o trabalho se efetiva nos diferentes modos sociais de produção da existência humana”. ●

Saiba Mais

Dicionário de Educação Profissional em Saúde – editado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, em 2006.

Dicionário do Pensamento Marxista. Editado por Tom Bottomore.

Estado, Sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS, da EPSJV e Editora Fiocruz. Artigo: ‘Trabalho e sujeito revolucionário: a classe operária’, de Sergio Lessa.