

Editorial

Nesta edição da Revista RET-SUS, a matéria de capa fala sobre o Programa Saúde da Escola (PSE), que deverá ser lançado em junho deste ano. Trata-se de uma iniciativa dos Ministérios da Educação e da Saúde para levar promover a saúde dentro das escolas. Participarão desse programa, a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) e os professores da rede básica de ensino. Na reportagem, Jaqueline Moll, diretora de educação integral, direitos humanos e cidadania da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade (Secad), do Ministério da Educação (MEC), e Claunara Schilling, diretora-substituta do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), explicam como foi o trabalho interministerial, que começou em abril de 2007, e apontam as principais diretrizes do PSE. A reportagem também conta como os estados do Rio de Janeiro e de Fortaleza já trabalham com a saúde escolar.

Na seção Especial, que até outubro contará a história dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Constituição Federal Brasileira, a ex-deputada constituinte Rita Camata (PMDB-ES), hoje ainda deputada federal, conta como foram as discussões do que foi chamado por Ulysses Guimarães, presidente da Assembléia Nacional Constituinte, de "Constituição Cidadã". O jurista Dalmo Dallari, membro do Conselho de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, e Renato Lessa, professor de Teoria Política do Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ), explicam como foi a participação popular na elaboração do texto.

Na entrevista do mês, Dermeval Saviani, doutor em filosofia da educação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e autor de vários livros, fala sobre um possível Sistema Nacional de Educação, conta como foi o contexto de aprovação do texto da nova Lei de Diretrizes e Bases e diz por que pensa que vale a pena uma formação politécnica num sistema capitalista.

O Espaço do Aluno é sobre o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) do Centro Estadual de Educação Profissional em Saúde Monsenhor José Luiz Cortez (CEEPS/PI), que se esforçam para controlar a hipertensão da comunidade de São Joaquim.

Nas últimas páginas, para recortar, o ABC da Saúde e da Educação que, nesta edição, explica o conceito de integralidade. Falam sobre o assunto Roseni Pinheiro, coordenadora do Laboratório de Pesquisa de Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis /IMS/UERJ), e Ruben Mattos, coordenador adjunto do Lappis. Eles dão exemplos práticos de como a integralidade está presente nos serviços de saúde. Além disso, Marise Ramos, doutora em Educação e coordenadora da pós-graduação em educação profissional em saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), explica como o conceito pode ser aplicado ao ensino profissional.

E, como sempre, na seção Aconteceu nas ETSUS, a divulgação das atividades de todas as Escolas Técnicas do SUS.

Boa leitura a todos.

Renata Reis

Secretaria Técnica da Rede de Escolas Técnicas do SUS

cartas



Conheci a Revista RET-SUS através de um amigo. Achei a Revista sensacional e quero recebê-la sempre para manter-me atualizado sobre os principais acontecimentos na área da saúde.

Derivaldo Oliveira

Itaberaba - BA

Conheci o site há pouco tempo e gostei muito. Gostaria muito de receber a Revista.

Léia Damaceno

São Paulo - SP

Este trabalho de distribuição gratuita da Revista para todo o país é ótimo! Informa e incentiva a cultura no país. Seria bom que comunidades carentes tivessem acesso à Revista em estabelecimentos comerciais de suas cidades, já que não têm acesso à Internet. Parabéns pela iniciativa!

Jaqueline Pacheco

Rio Claro - SP

Sou agente comunitário de saúde e, na primeira vez que tive o prazer de ler a Revista RET-SUS, fiquei surpreso com os temas abordados e com as informações precisas que ela contém. Hoje me considero um leitor "fanático" desta Revista que nos ajuda a crescer no nosso dia-a-dia.

Givaldo Rodrigues da Silva

Itaberaba - BA

Sou professora e gosto de estar informada a respeito do andamento da saúde de nosso país. Tornei-me uma leitora desta Revista sem dificuldade.

Margarte Bispo de Deus

Itaberaba - BA

‘Hoje, não vejo sentido em falar

Dermeval Saviani é doutor em filosofia da educação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Autor dos livros ‘Escola e Democracia’ e ‘Política e Educação no Brasil’, entre outros, é o coordenador geral do Grupo de Estudos e Pesquisas ‘História, Sociedade e Educação no Brasil’ e membro do Comitê de Educação do CNPq. Nesta entrevista, Saviani defende a criação de um Sistema Nacional de Educação, explica como a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) foi formulada e fala sobre a formação politécnica.

O sr. diz que projeto original da LDB, que não foi o ‘vencedor’, era socialista. O que caracteriza um projeto socialista de educação?

O projeto inicial da LDB se baseou em um texto que eu havia elaborado e que procurava refletir o estado dos debates naquele momento. A inspiração daquela proposta era de uma educação articulada com as necessidades da população e a transformação da sociedade. É isso que justifica a referência ao discurso socialista. Um dos elementos que mais caracterizou esse pensamento foi a introdução da politécnica nos debates da organização do Ensino Médio, mesmo sabendo que a inclusão desse conceito no texto da LDB seria muito difícil, seja porque propõe de algum modo a superação da ordem capitalista, seja pela própria correlação de forças, que não era favorável. Mas pensar nessa perspectiva era pertinente, já que o socialismo é uma concepção que circula na sociedade moderna desde o século XIX.

O que é uma formação politécnica?

Há um debate sobre isso. A noção de politécnica que a sociedade burguesa desenvolveu e assumiu é a de educação tecnológica. Por outra perspectiva, trata-se de uma educação que supera as condições atuais. A expressão ‘politécnica’ aparece quando se pensa

em formar homens plenamente desenvolvidos. O que está em jogo é a união entre a formação intelectual e atividade prática. Entre a capacidade de pensar e agir, transformando. A idéia de politécnica passou para a história como uma proposta pedagógica articulada com o movimento socialista, o movimento operário. Virou posição de uma educação burguesa, que absorveu a noção de tecnologia, mas não propriamente de formação politécnica, que permitiria dar aos trabalhadores o nível máximo de noção teórica e intelectual. A proposta dos governos era sempre dualista, envolvia uma formação prática limitada para os trabalhadores e uma formação intelectual desenvolvida para os donos dos meios de produção.

É possível uma formação politécnica no mundo capitalista?

A politécnica é uma proposta de resistência ao capitalismo. Ela se formula no âmbito do próprio sistema capitalista, enquanto resiste à expansão da concepção burguesa de educação. É uma proposta contestadora que acena com uma nova forma de organizar a sociedade. A educação politécnica só pode ser enfrentada plenamente com a mudança das relações de produção. Mas, como a nova ordem não é construída mecanicamente depois de

se remover a anterior, a politécnica não pode esperar a transformação da sociedade para ser formulada. Deve acontecer já, porque é uma forma de organizar aqueles que só têm a perder com a atual situação.

O que quer dizer Sistema Nacional de Educação?

O Sistema Nacional de Educação é uma expressão que se generalizou a partir da segunda metade do século XIX, quando os principais países organizaram a instrução pública em termos nacionais. Então, a palavra sistema entrou no campo educacional e passou a ser utilizada com muita frequência, mas com um sentido não muito preciso. Sistema passou a ser entendido como um conjunto de escolas. Apareceram as expressões mais variadas, como sistema público de ensino, sistema particular de ensino, sistema federal, sistema estadual, sistema municipal, etc. No entanto, essas nomenclaturas são imprecisas: ao mesmo tempo em que dão a idéia de articulação, fragmentam, porque criam uma multiplicidade de sistemas desarticulados. O conceito mais apropriado é o de sistema educacional.

Indo um pouco mais a fundo no próprio sentido da palavra, percebemos que um sistema tem normas próprias de funcionamento: define e baixa nor-

em revisão da LDB'

mas que são válidas para todos. Nesse sentido, o sistema só pode ser público, porque só o poder público tem a prerrogativa de estabelecer normas que têm valor legal e se impõem a todos. Falar em sistema particular de educação é uma contradição.

Como funcionaria um Sistema Nacional?

Com normas comuns ditadas pela União, que deveriam ser traduzidas pelos estados e municípios. Isso permitiria uma sistemática em que todos os entes federativos fossem responsáveis solidariamente pela educação do país como um todo. Teríamos um modelo comum para atingir uma formação intelectual mais homogênea. O Brasil introduziu essa figura do regime de colaboração, que poderia ser um caminho para tentar contornar as especificidades e ao mesmo tempo manter autonomia dos municípios mais integrados num todo comum. A idéia é boa. É claro que aí estão implicados problemas mais gerais da política econômica do país, como a própria Reforma Tributária. Se você tem um sistema tributário em que a parte melhor fica como União, é claro que ela deveria ter as responsabilidades básicas de educação. Porque nesse sentido, de um Sistema Nacional, o governo central teria mais recursos para investir no país como um todo.

O que acontece hoje é que estamos caminhando para uma Reforma Tributária que descentraliza os recursos e, portanto, possibilita que a maior parte da arrecadação fique nos estados. Se isso acontecer, não haverá força nem para cumprir aqueles objetivos constitucionais de corrigir distorções e compensar desigualdades na educação. Porque teremos estados ricos com sistema de ensino mais sólido e estados

pobres com um ensino pobre.

Quem deveria ser responsável pela educação profissional?

Esse é um problema que poderia ser atribuído à ausência do Sistema Nacional de Educação, que a nova LDB não resolveu. Estava no projeto original, esteve no substitutivo, mas teve que ser retirado do projeto aprovado na Câmara durante a negociação. Não aceitavam a idéia de um Sistema Nacional de Educação. Substituiu-se esse nome pela nomenclatura 'Organização da Educação Nacional'. Naquele momento, a mudança de denominação não era grave para os defensores do sistema porque o conteúdo estava garantido. Mas quando foi para o Senado o nome foi mantido, apesar de as características terem se perdido. Por isso, ficamos com vários problemas.

O ensino profissional já nasce com uma ambigüidade na década de 1940, com as leis orgânicas, que estruturavam o ensino profissional como modalidade do Ensino Médio, e a instituição de serviços nacionais de aprendizagem industrial, comercial e agrícola (Sistema S), postos sob controle privado. Na medida em que a própria administração pública vai se organizando em âmbito federal, vamos ter outra ambigüidade: a formação profissional em boa parte era atribuição do Ministério do Trabalho e não da Educação. Temos um problema. Às vezes o Ensino Médio é interpretado como parte de um processo para o ensino superior e, outras vezes, é interpretado como terminal. Se chegássemos a um Sistema Nacional de Educação, articulando



todo o conjunto, a formação profissional também teria o seu lugar, inclusive com o ensino superior. Hoje é muito freqüente se falar em ensino profissional e pensar em cursos específicos para uma determinada atuação profissional, sem lembrar que o ensino superior é totalmente profissional.

A LDB completou dez anos em 2006. O sr. acha que estamos num momento propício para rever essa lei?

Dado que a LDB ficou em aberto, parte das regulamentações se fez por decretos, que poderiam ser mudados (ou revistos) pelos governos. O decreto do ensino profissional é um exemplo disso. Porém, o novo governo não encarou a revisão da LDB como um objetivo consistente e orgânico. Hoje, não vejo sentido em falar em revisão da LDB porque, politicamente, acho que não há muita viabilidade, já que o governo está tendo dificuldade no Congresso com questões mais simples, como foi o caso da CPMF e da Reforma Tributária. Uma lei de educação nacional, que é complexa, mexe com muitos interesses. Não vejo clima para colocar isso em discussão. O governo aprovou o Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), sintonizado e até adotando um movimento dos empresários paulistas. Então, fica claro que o caminho que se percorre é no sentido de adequar mais fortemente a educação à necessidade do mercado. ■

Nasce a Constituição

Democracia permite a participação

“Essa será a ‘Constituição Cidadã’, porque recuperará como cidadãos milhões de brasileiros, vítimas da pior das discriminações: a miséria”. Era assim que, em julho de 1988, o presidente da Assembléia Nacional Constituinte, Ulysses Guimarães, descrevia a nova Carta brasileira, que seria promulgada em outubro. O governo era de José Sarney, que assumiu a presidência três anos antes, após a morte de Tancredo Neves, que marcaria o fim de 21 anos de ditadura militar no Brasil.

Segundo o jurista Dalmo Dallari, membro do Conselho de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, foi nesse momento que a idéia de escrever uma nova Constituição pôde se concretizar. “Mas a vontade de fazer isso surgiu ainda durante o período de combate à ditadura”, explica. “Alguns intelectuais, especialmente advogados, levantaram a necessidade de que o país tivesse uma Constituição democrática, legítima e que garantisse os direitos das pessoas”, diz. Quando a ditadura chegou ao fim, essa necessidade se tornou uma obrigação. A transição para o regime democrático exigia que as nossas leis fossem revistas: nessa época, ainda estava em vigor a Constituição de 1967, que institucionalizava a ditadura e já não fazia sentido numa democracia.

Assim, logo no início de seu mandato, Sarney facilitou a criação de novos partidos, permitiu a legalização daqueles que estavam clandestinos e enviou ao Congresso uma proposta de emenda constitucional convocando uma Assembléia Constituinte. Para Dalmo Dallari, esse processo constituinte foi bem diferente dos anteriores, e teve a participação popular como marca. “Em termos de participação do povo, a Constituinte

de 1988 foi muito mais avançada que todas as anteriores. Quando tivemos a Constituinte de 1891, o eleitorado representava 1% da população brasileira. Em 1946, na Constituinte seguinte, o eleitorado era de 15%. Já quando tivemos a de 1988, o eleitorado representava mais de 60% do povo brasileiro. Não era apenas um percentual mais alto: tratava-se também de um eleitorado maduro, com uma consciência política que se desenvolvera intensamente nos anos de ditadura. Vários grupos – e um grande exemplo disso é o movimento sanitário – haviam se espalhado pelo Brasil discutindo e elaborando propostas. Isso significa que a Constituição de 88 não nasceu de cima para baixo. Ela nasceu do povo”, afirma.

Convocação

Os movimentos populares eram a favor de uma Constituinte exclusiva, que se reuniria apenas para escrever o novo texto, sendo dissolvida em seguida. Mas a proposta aprovada, defendida pelo governo Sarney, foi a de convocação de uma Assembléia Congressual, ou seja, os parlamentares eleitos nas eleições de 1986 foram considerados membros da Constituinte. A Assembléia foi convocada por meio da Emenda Constitucional 26 – o mesmo documento que concedia anistia a autores de crimes políticos, representantes de organizações sindicais e servidores públicos punidos.

Para orientar os debates da Constituinte, Sarney havia instituído um ano antes a Comissão Provisória de Estudos Constitucionais. A Comissão, presidida por José Afonso Arino, aceitou sugestões populares e concluiu um anteprojeto em 1986. O texto final normatizava a iniciativa popular para legislação complementar, embora não previsse a iniciativa para o novo texto da Constituição.

Estrutura

A Constituinte foi finalmente instalada em 1º de fevereiro de 1987, composta por mais de 500 parlamentares. Resultado da pressão dos movimentos, seu Regimento Interno, aprovado em março daquele ano, regulamentava a admissão e tramitação de **emendas populares**.

Segundo Renato Lessa, professor de Teoria Política do Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ), a descentralização do processo constituinte fez com que o texto final se tornasse bastante democrático “Havia muitas comissões, e isso possibilitou que cada tema fosse exaustivamente discutido e elaborado, independentemente de haver propostas de direita ou esquerda”, afirma. O professor também explica que a Constituição não é um livro fechado. “O texto foi produto do trabalho de centenas de parlamentares, além das sugestões populares. Muitos interesses diferentes foram postos em discussão e incorporados à Carta Constitucional. É natural que não seja um livro acabado: o texto está sob constante interpretação e sofre mudanças o tempo todo”, afirma.

Para Lessa, esse não é um defeito. “Na verdade, a Constituição de 88 não é apenas um conjunto de regras neutras que devem ser seguidas, não é só um pacto de procedimentos. Ela é um conjunto de valores, objetivos e obrigações do Estado. O seu papel é programático,

A Constituinte admitia o envio de sugestões de leis da sociedade, na forma de emendas populares. Elas deviam ser apresentadas com a assinatura de pelo menos 30 mil eleitores. Cada eleitor podia subscrever até três emendas, cada um tratando de um assunto diferente. Foram apresentadas 122 emendas populares, que reuniram 12 milhões de assinaturas.



ção Cidadã em 1988

ção social na elaboração do texto

ou seja, ela indica o tipo de país que queremos e serve de guia para a orientação política que ele deve assumir”, afirma.

O que diz a Constituição

Segundo Dalmo Dallari, os grandes avanços da Constituição de 88 estão no âmbito dos direitos sociais. “Ela fala de direitos coletivos, como o direito à segurança e ao Meio Ambiente. Antes só se falava em direitos individuais. A partir de 1988, foram criados muitos instrumentos de ação social, inclusive responsabilizando organizações públicas, como o Ministério Público, pela garantia e efetivação dos direitos sociais”, diz.

A Constituição ainda restabeleceu as eleições diretas com o voto secreto e aberto a todos os cidadãos com idade acima de 16 anos, qualificou o racismo, a tortura e as ações armadas contra o Estado democrático como crimes inafiançáveis, estabeleceu eleições diretas para presidente da República, governadores e prefeitos, fixou a jornada de trabalho em no máximo 44 horas semanais, instituiu o seguro-desemprego, as férias remuneradas, a licença-maternidade e a licença-paternidade e permitiu a organização sindical e o uso da greve como instrumento de negociação.

Bem-estar social

De acordo com a presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Sonia Fleury, a Constituição de 1988 é um marco na tentativa de implantar no Brasil o **Estado de bem-estar social**. Um dos méritos da

Constituição, nesse sentido, é estender a todos os cidadãos uma série de direitos sociais que antes estavam restritos à população beneficiária da previdência.

Mas a crise econômica no Brasil dos anos 90, em que o país se via afogado em dívidas internas e externas, sem conseguir se desenvolver, mudou o rumo dessas conquistas. Segundo Sonia, na época, as agências internacionais indicaram a solução: promover uma série de reformas que incluíam a adoção de uma política de privatização de empresas e a gradual retirada do Estado da economia. Assim, enquanto a Constituição defendia o Estado de bem-estar social, o país caminhava para a instauração de um Estado mínimo, em que os direitos sociais são reduzidos ao assistencialismo.

A deputada Rita Camata, que foi membro da Constituinte, também acha que a Carta de 1988 perdeu muitas das características que a levaram a ser conhecida como Constituição Cidadã. “No caso da saúde, por exemplo, o financiamento atual é incapaz de sustentar um sistema público, gratuito e universal”, diz.

De acordo com Sonia Fleury, um grande problema da Constituição é exatamente não ter definido os financiamentos de forma satisfatória. “A verdade é que a Constituição acabou ampliando os benefícios, ou seja, aumentando as despesas, sem dar condições financeiras para que isso de fato se aplicasse”, afirma. E, de acordo com ela, uma das áreas que mais sofreu com isso foi justamente a de Seguridade Social, que deve proteger o cidadão e assegurar seus

direitos relativos à previdência, assistência social e saúde. A falta de um Orçamento da Seguridade Social foi crucial para impedir que as três sub-áreas conseguissem se manter integradas. “O Orçamento da Seguridade deveria integrar os recursos de fontes distintas para redistribuí-lo entre saúde, previdência e assistência. Mas isso nunca foi implantado. Assim, cada uma dessas áreas ficou com uma fonte diferente de financiamento e nós nunca conseguimos ter uma integração. Sem a intersetorialização, é difícil afirmar que essa seja realmente uma área de Seguridade Social, que caracterizaria o nosso Estado de bem-estar”, explica.

Para Renato Lessa, no entanto, a Constituição impediu que o impacto das reformas econômicas da década de 90 fosse mais forte. “As reformas que varreram o mundo implicaram o enxugamento do Estado e a diminuição dos gastos sociais. Isso atingiu o Brasil, mas esse processo aqui só não foi mais acentuado graças à Constituição. Ela foi uma barreira ao processo de descaracterização do Estado enquanto promotor de bem-estar”, afirma. Ele acredita que, apesar dos problemas, a Constituição de 88 representou uma série de avanços que não podem ser esquecidos. “Ela é o coroamento de superação do regime autoritário e da preparação do caminho para uma sociedade mais aberta. Ela pode e vem sendo corrigida ao longo do tempo, e chega aos 20 anos sem apresentar sinais de senilidade. Nosso maior desafio é cumprir essa Constituição. Não vejo nenhuma razão para que o país não se orgulhe dela”, diz.

Um Estado de bem-estar social é aquele que garante aos seus cidadãos um determinado conjunto de bens e serviços, como educação, seguro-desemprego, renda mínima, assistência médica gratuita e auxílio financeiro para a criação dos filhos. O modelo nasceu nos Estados Unidos, nos anos 30, quando o presidente Franklin Roosevelt buscava resolver a grande crise econômica que atingia o país. “Mas foi na Europa dos anos 40 que isso se concretizou claramente, com o Plano Beveridge. Ele previa um benefício universal, que era um valor mínimo a ser assegurado pelo governo”, explica Sonia Fleury. Esse plano, elaborado na Inglaterra por Lord Beveridge, em 1941, introduzia o conceito de universalização. Esse tipo de organização política é hoje comum em alguns países europeus, especialmente os escandinavos.

Programa Saúde na Escola envolve a Parceria entre os ministérios da Saúde e

Em abril de 2007, um grupo interministerial com profissionais dos ministérios da Saúde e da Educação foi composto para elaborar o documento-base de uma nova política pública que envolveria as duas áreas. Nesse momento, começava o desenho do Programa Saúde na Escola (PSE), que envolveria professores da educação básica e os profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). No mesmo ano, o decreto nº 6.286 instituiu o Programa, que tem como objetivo levar aos estudantes da educação básica da rede pública ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.

O Programa está estruturado em cinco eixos: avaliação das condições de saúde, promoção e prevenção, monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes, monitoramento e avaliação do Programa Saúde na Escola, educação permanente e capacitação dos profissionais da educação, da saúde e de jovens para o Programa. A meta é desenvolver as ações previstas entre 2008 e 2011. Segundo Claunara Schilling, diretora-substituta do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), a perspectiva do Programa é trabalhar a escola como um local de saúde. “Queremos que as escolas trabalhem em conjunto com as equipes de Saúde da Família que estiverem próximas aos seus territórios. Os profissionais de saúde vão utilizar a escola como um grande espaço de promoção da saúde. Mas também haverá ações clínicas, que visam a atender a faixa etária dos escolares, que pouco vai aos serviços de saúde”, explica.

Para Jaqueline Moll, diretora de educação integral, direitos humanos e cidadania da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade (Secad), do Ministério da Educação (MEC), o Programa vai contribuir também para uma educação integral. “Vamos levar o profissional de saúde para dentro da escola e o aluno para a unidade de saúde. A idéia é permitir o acompanhamento do crescimento das crianças, como os filhos da classe média fazem. Para isso, haverá um diálogo entre os professores e os profissionais de saúde. Trata-se de uma mudança de paradigma em relação ao trabalho educativo da escola, que será ressignificado a partir do envolvimento de outros atores”, avalia.

PSE começa em escolas com baixo Ideb

A adesão ao Programa Saúde na Escola ficará a cargo de cada município. Mas é preciso que a Estratégia de Saúde da Família esteja implementada. Além disso, cada cidade deverá criar um grupo de trabalho intersetorial – com a participação das secretarias municipais de saúde e educação – para elaborar o projeto local e acompanhar o seu desenvolvimento.

Em 2008, o Programa vai dar prioridade aos locais com maior cobertura da ESF e com as escolas com menores Índices de Desenvolvimento de Educação Básica (Ideb), além dos 47 municípios que este ano integrarão o Programa Mais Educação (este ano, participarão as capitais, regiões metropolitanas, cidades com mais de 200 mil habitantes e 1.966 escolas com baixo Ideb). “Vamos começar por onde já existe a possibilidade de integrar a saúde e a educação, ou seja, pelos locais onde já há equipes de Saúde da Família. É a ESF que vai alavancar essa integração. E, na maioria das cidades com escolas com baixo

Ideb, há uma ESF implantada. Um exemplo é o município de Calcaia, no Ceará, que tem 18 escolas com baixo Índice de Desenvolvimento de Educação. Perto de todas elas tem uma ESF. Assim, todas as escolas desse local terão o PSE. O mesmo não acontecerá em Vitória, no Espírito Santo. Lá, das 11 escolas com baixo Ideb, apenas nove têm ESF. Então, pelo recorte deste ano, duas ficariam de fora do Saúde na Escola”, explica a diretora-substituta do DAB.

Os ministérios da saúde e da educação prevêem uma adesão gradativa dos municípios ao Programa. Segundo o documento-base, a meta é que 10% das equipes de Saúde da Família participem do Saúde na Escola em 2008; 30%, em 2009; 50%, em 2010; e 70%, em 2011. De acordo com o documento, cada equipe da ESF atenderá, em média, 960 estudantes. “Estamos trabalhando numa lógica de que se, em média, uma equipe da ESF atende 3 mil e 500 pessoas, destas, 960 são os escolares que fazem parte da população que deve ser atendida pela equipe”, afirma Claunara.

O Ideb é um novo indicador de qualidade do ensino brasileiro. Ele mede o rendimento escolar (taxa média de aprovação do estudante) a partir de dois exames que os alunos fazem ao final das 4ª e 8ª séries do Ensino Fundamental e da 3ª série do Ensino Médio: a Prova Brasil (só para os alunos do Ensino Fundamental da rede pública de ensino em área urbana) ou o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica (Saeb). O Ideb é o resultado da nota média dos alunos da escola na prova dividido pelo tempo médio de conclusão de uma série.

equipe da Estratégia Saúde da Família

da Educação está no PDE e no Mais Saúde

As equipes de Saúde da Família ficarão responsáveis pela avaliação das condições de saúde dos alunos, que deverá acontecer, pelo menos, uma vez por ano. Nesse momento, acontecerá uma avaliação clínica e psicossocial, nutricional e de saúde bucal. “Um dos trabalhos será a verificação da acuidade visual dos escolares, que poderá ser feita pelo professor e pelo agente comunitário de saúde (ACS), por exemplo, em um ou vários dias. Os fluxos de trabalho ainda não foram desenhados. Mas eles atenderão às especificidades de cada local”, afirma Claunara.

Segundo Jaqueline Moll, uma das decisões já acordadas é que cada escola terá um professor responsável pela coordenação do Programa. “Nossa idéia é trazer a saúde para perto da escola. O professor, quando perceber que um aluno precisa de atendimento clínico, saberá qual é o encaminhamento possível, já que passará a ter uma relação estreita com as equipes de Saúde da Família. Um exemplo seria o de um aluno que não enxergasse direito e, por isso, estivesse com um rendimento escolar ruim. A proximidade da escola com o Saúde da Família vai agilizar o encaminhamento desse aluno”, afirma.

Jaqueline não quer dizer com isso que os fracassos escolares são decorrência de uma possível falta de atendimento clínico ou de fatores externos que eximam a escola de sua responsabilidade pedagógica. “Não se trata de medicalizar o fracasso escolar. O Programa é, ao contrário, a possibilidade da realização de uma educação e de uma assistência integrais. Os professores e a equipe de saúde pensarão no desenvolvimento humano sem, contudo, mudar o lócus de cada um. Ou seja: não é fazer da escola um posto médico e do posto um local de

ensino. Trata-se de dar um trato educativo à abordagem que se faz do desenvolvimento de crianças e adolescentes”, explica Jaqueline.

Para Isabel Brasil, doutora em educação e vice-diretora de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), fazer saúde na escola utilizando um modelo progressista como a Estratégia Saúde da Família deve deixar o Saúde na Escola longe de uma medicalização do ensino. “Os assuntos de saúde, como a prevenção da gravidez precoce, por exemplo, que já são discutidos pelos professores em sala de aula, terão o reforço de um modelo de atenção mais avançado, que é o Saúde da Família”, diz.

Segundo Marise Ramos, doutora em educação e coordenadora da pós-graduação da EPSJV, esse programa impõe desafios tanto para os profissionais da saúde quanto para os da educação. “Quando penso nessa nova perspectiva de trabalho, me pergunto até que ponto as equipes do Saúde da Família têm a questão da saúde escolar como algo compreendido e debatido. Digo isso porque o estudante que vai receber essa atenção por parte do PSE é alguém da comunidade na qual a ESF está inserida. Existe um raio de atuação da equipe de saúde da família que compreende a escola. Por isso, é preciso considerar a saúde desse sujeito, o aluno, como algo que gera implicações em todos os espaços por onde ele transita. E a escola é um desses lugares. O desafio que está posto é pensar esse sujeito com a singularidade que é a vida escolar. É algo novo para a ESF”, reflete.

Para Isabel, é preciso aproximar professores e profissionais de saúde para se discutir como deverá ser o tra-

balho com os alunos. “Eles podem fazer oficinas para pensarem juntos como desenvolver atividades na escola que incluam seminários, filmes e palestras sobre assuntos da saúde, que envolvam os docentes e a ESF. Acredito que nessas oficinas o chamado fracasso escolar será tratado como um fator social e político e, dessa discussão, emergirão propostas para superá-lo”, opina. Segundo ela, a aproximação da ESF com a escola vai possibilitar que os profissionais de saúde desenvolvam um olhar mais detalhado para a questão do jovem. “Isso é uma construção coletiva, que será feita durante o desenvolvimento do trabalho”, afirma.

Para a promoção e prevenção, o Programa prevê o desenvolvimento de hábitos saudáveis de alimentação, realização de atividades físicas, educação sexual, e prevenção do uso de drogas. Para alcançar esses objetivos, haverá a formação de jovens, a educação permanente de profissionais da educação e da saúde, a inclusão de temas da saúde nos projetos político-pedagógico e a elaboração de material didático específico para o programa. “Temos um Caderno de Atenção Básica à Saúde Escolar, que será distribuído para todos os profissionais de saúde. Na publicação, haverá informações sobre os problemas de saúde prevalentes na faixa etária dos escolares”, conta Claunara.

As equipes do Saúde da Família e os professores da Educação Básica receberão kits que, em comum, contêm medidor de altura, fita métrica, balança portátil, infantômetro (para medir crianças deitadas), esfigmomanômetro pediátrico, estetoscópio infantil, tabela de Sneller (para triagem visual), métodos contraceptivos, macromodelo odontológico (para educa-

ção bucal), cartões (com gráficos de crescimento infantil, entre outros), DVD com tele-aulas sobre temas de saúde e educação, vídeos do Saúde na Escola, álbuns seriados e cartazes. Além disso, no Kit Saúde Escolar, distribuído para os profissionais da ESF, haverá o Caderno de Atenção Básica, o Manual de Alimentação Saudável e o Guia de Educação Permanente dos Profissionais de Saúde. Já o Kit Saúde Escolar, dos professores, terá também o Guia de Educação Permanente do Jovem Multiplicador, um Kit Promoção das Práticas Corporais e Atividades Físicas nas Escolas, com material como rede de vôleibol, bolas de futebol e jogo de gamão.

Segundo Jaqueline, esse material didático será usado como estratégia de formação dos profissionais de saúde e educação para atender às demandas do Programa. “Estamos, nesse momento, elaborando o desenho de formação dos gestores e dos profissionais que trabalharão no programa junto com a Universidade de Brasília (UnB). Também vamos chamar as escolas da rede federal que trabalham com saúde e as Escolas Técnicas do SUS (ETSUS). A idéia é construir uma grande rede de formação de educação e saúde no país, dialogando com o que já existe em educação em saúde, mas certamente propondo novas orientações. E essa rede será permanente”, anuncia ela. A educação em saúde constará também dos projetos político-pedagógicos das escolas. “Queremos que cada instituição de ensino pense as questões da saúde na perspectiva do desenvolvimento humano. É preciso discutir qual é o sentido da ação da escola no conjunto de temas que possam fazer sentido para as populações com as quais as escolas trabalham”, explica.

Segundo Marise, a incorporação da saúde nos projetos político-pedagógicos é importante, mas é preciso ter claro sob que concepção isso acontecerá. “Durante muito tempo, a saúde esteve presente na formação dos currículos do Ensino Fundamental como uma disciplina. Mas era na perspectiva do capital humano, fazendo uma relação entre a economia e a educação. A saúde e a educação eram fatores para a formação

do trabalhador. Se, do ponto de vista macropolítico, tínhamos a saúde do trabalhador, houve também a educação psicofísica do futuro trabalhador, o aprender a cuidar do seu próprio corpo, um resquício da lógica higienista. Nessa época, a saúde era uma disciplina da biologia, que ensinava maneiras preventivas de cuidar das doenças chamadas negligenciadas. O responsável por evitar essas doenças era o próprio sujeito. Não existia uma relação social, política; uma questão de território. Hoje, quando se pede para a escola incorporar no projeto político-pedagógico a preocupação com a saúde, ela tem que ser vista como um direito que precisa ser compreendido e apreendido pelos sujeitos, tanto no que se refere àquilo que ele precisa para si, quanto à sua relação com a comunidade e o território, numa dimensão mais política”, analisa.

Isabel Brasil completa lembrando que o material didático deveria ser construído também em oficinas com professores e profissionais da ESF. “Uma idéia é trabalhar por amostragem com grupos focais”, sugere.

Gestão tripartite

Apesar de o município escolher ter ou não o Programa, a gestão do programa será tripartite. Segundo o documento-base, os ministérios da Saúde e da Educação terão a responsabilidade de promover a articulação entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação e de Saúde, subsidiar o planejamento integrado das ações do programa, apoiar os gestores estaduais e municipais, estabelecer os indicadores de avaliação do Saúde na Escola – junto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Educação – e definir as prioridades e metas do programa. Já os estados têm que apoiar as ações dos municípios, estabelecer os indicadores de avaliação do Programa em parceria com os conselhos gestores e associações representativas dos secretários estaduais e municipais de saúde e educação, e indicar representantes para os grupos de trabalho intersetoriais dos municípios.

Mesmo assim, serão os municípios os grandes responsáveis pela

execução do Programa Saúde na Escola. Eles deverão criar um grupo de trabalho intersetorial para elaborar e implementar o PSE, estabelecer os territórios de responsabilidade a partir da vinculação entre as escolas e as unidades básicas de saúde, definir metas de atendimento, possibilitar a incorporação de temas de saúde nos projetos político-pedagógicos das escolas, e encaminhar o projeto para homologação da Comissão Intergestora Bipartite (CIB).

Caberá aos municípios e estados definir, conjuntamente, as escolas federais, estaduais e municipais que participarão do PSE e definir as estratégias de cooperação entre si. Além disso, será preciso pactuar o projeto local nas instâncias de deliberação de cada unidade federada.

Plano de trabalho e recursos

Depois de formado o grupo de trabalho intersetorial, haverá a elaboração do projeto local do Programa. O plano de trabalho deverá ter um diagnóstico situacional, ou seja, definir quais são os determinantes sociais, qual é o cenário epidemiológico do município e quais são as modalidades de ensino das escolas que terão o Saúde na Escola. Além disso, o projeto para o Saúde na Escola explicitará a programação das atividades, que serão incluídas no projeto político-pedagógico das escolas, e o mapeamento da rede de atenção básica e das equipes de Saúde da Família e a rede das escolas (federais, estaduais e municipais), criando os chamados “territórios de responsabilidade”. Segundo Claunara, esse espaço tem uma nova lógica. “Não é nem o território da escola, nem o do Saúde da Família, que é fechado. Trata-se de um território que pode ter mais de uma equipe da ESF, mais de uma unidade de saúde e até um outro serviço, como o Nasf (Núcleo de Atenção à Saúde da Família), que vão trabalhar em conjunto”, explica.

O plano do PSE será apresentado ao Conselho Municipal de Saúde e de Educação. Após aprovação dos conselhos, os secretários municipais de saúde e educação firmarão o Termo de

Adesão e o encaminhamento, junto com o projeto, à Comissão Intergestora Bipartite (CIB) para homologação. A CIB vai pactuar, enviar o projeto para o Ministério da Saúde, que o remeterá ao MEC. Os ministérios iniciarão, então, a cooperação técnica e de apoio aos projetos aprovados e homologados.

Quanto ao financiamento, o Ministério da Saúde prevê o Incentivo PSE, que dará a cada equipe de Saúde da Família, através de um repasse fun-

do a fundo, uma parcela a mais do valor que ela recebe mensalmente. “É como se fosse um 13º salário. Existe um incentivo mensal para o município que tem o Saúde da Família, que vai de R\$ 5.400 a R\$ 8.100. Então, os municípios que implantarem o PSE receberão, ao invés de 12 parcelas nesse valor, 13 parcelas”, explica Claunara. Segundo o documento-base do PSE, esse recurso adicional estará no bloco de financiamento da atenção

básica do Pacto pela Saúde. Além disso, ele será pago em duas parcelas – em março e setembro de cada ano. “O uso dos recursos ficará a critério de cada município. Mas os recursos devem ser aplicados em conformidade com as ações do PSE”, diz Claunara. Já o Ministério da Educação será responsável pela compra dos Kits de Educação e Saúde do PSE e pela publicação de materiais didáticos para as escolas que aderirem ao programa. ■

Educação na Escola: outras iniciativas

A idéia de promover a saúde dentro das escolas não é nova. O município do Rio de Janeiro, por exemplo, começou um trabalho nesse sentido em 2000, quando foi feito um projeto-piloto em 110 escolas da cidade. “Nesse momento, aprendemos como não queríamos fazer. Isso porque levamos para dentro das escolas uma equipe de saúde contratada, que passava cerca de dois meses em cada instituição de ensino. Percebemos que não funcionou, já que levávamos profissionais externos à escola. Paramos com isso e começamos a reforçar o trabalho tendo as unidades de saúde como referência”, conta Carlos Silva, gerente do Programa de Saúde Escolar da Assessoria de Promoção da Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Atualmente, para fazer saúde nas escolas, a Secretaria de Saúde se uniu com a de Educação e Assistência Social. “As coordenadorias de saúde de cada região se articulam com os Pólos de Educação e com a Rede de Proteção ao Educando, onde questões não-médicas são trabalhadas, evitando um encaminhamento equivocado do aluno para um centro de saúde”, explica Carlos. Além disso, as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) foram envolvidas no programa. “Nós nos articulamos com a ESF para trabalhar no âmbito do território. A escola faz parte do território do Saúde da Família. Portanto, as pessoas que estão nas instituições de ensino fazem parte das famílias cadastradas na comunidade da ESF. Por isso, a equipe do Saúde da

Família atende os alunos nas unidades de saúde e, dentro da escola, faz um trabalho de promoção e prevenção”, diz o gerente do Programa, que também realiza capacitações periódicas dos profissionais de saúde e da educação desde 2000.

Para sistematizar esse trabalho, foi elaborado, em 2007, o Plano Municipal de Saúde na Escola, que ficou em consulta pública até 31 de dezembro do ano passado e já está disponível no site www.saude.rio.gov.br/saudeescolar. Segundo Carlos, depois de desenhado o plano, a Secretaria de Saúde escolheu três regiões da cidade e fez oficinas em cada uma delas para testar a adaptação do plano. A partir de agora, o projeto será discutido com as Secretarias de Educação e Assistência Social.

Já em Fortaleza, a estruturação de um projeto articulado de saúde na escola começou no ano passado. Segundo Regiane Rezende, assessora técnica da Secretaria Municipal de Saúde, as iniciativas anteriores de integrar saúde e educação eram pontuais. “Atualmente, estamos trabalhando com o conceito ampliado de saúde. Por isso, em 2007, começamos um movimento para implementar a articulação das escolas com as unidades de saúde a partir dos territórios, identificando iniciativas de aproximação e potencialidades para o desenvolvimento sustentável diante das várias ações já desenvolvidas, porém realizadas sem conexão”, explica.

Para que uma articulação entre saúde e educação se torne a regra, de acordo com Regiane, é preciso in-

tegrar as políticas públicas das duas Secretarias.

Ela acredita que o resultado disso será a inclusão dos conceitos integrados nos instrumentos de gestão, como os projetos político-pedagógicos, os currículos, os planos municipais de saúde e de educação, e os planos plurianuais. “Tudo isso será fruto da participação de diversos atores que compõem a comunidade escolar e o sistema de saúde, envolvendo também os conselhos de saúde, os conselhos escolares e outras instâncias de participação social. Ou seja: a integração será feita desde a perspectiva política até o processo de ensino-aprendizagem, realizado nas escolas e nas próprias unidades de saúde”, sugere.

A fim de atingir essa meta, as Secretarias Municipais de Saúde e de Educação de Fortaleza estão elaborando uma portaria para a constituição de um grupo de trabalho interinstitucional. “Esse grupo deverá promover a integração entre as políticas de saúde e educação, orientar e acompanhar a formação e desenvolvimento dos grupos de trabalho interinstitucionais no âmbito regional e local, potencializar a construção de projetos coletivos, promover a gestão compartilhada, realizar processos formativos intersetoriais, e monitorar e avaliar as ações planejadas”, enumera Regiane. A Secretaria de Saúde, segundo ela, já trabalha na identificação de todos os projetos que envolvem escolas e unidades de saúde e aqueles que trabalham os temas de saúde sem qualquer articulação com as equipes do SUS.

ACS controlam a hipertensão em São Joaquim

Palestras promovidas pelos agentes ajudam a diminuir os problemas causados pela doença

Em São Joaquim (PI), a hipertensão preocupou por um longo tempo os agentes comunitários de saúde (ACS). As crises da doença eram freqüentes e o acompanhamento dos casos não era feito de maneira adequada. Para mudar a situação, seis ACS trabalharam esse tema no seu projeto de fim de curso, quando concluíram o primeiro módulo do curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde oferecido pelo Centro Estadual de Educação Profissional em Saúde Monsenhor José Luiz Cortez (CEEPS/PI).

A proposta era elaborar um plano de ação para controlar a doença e executá-lo durante cinco meses – de janeiro a maio de 2007. Hoje, quase um ano depois de terminado o cronograma oficial, o plano continua sendo posto em prática pela equipe. “Virou rotina. Vimos que dava certo, que os casos de problemas relacionados à hipertensão na comunidade diminuíram muito e percebemos o quanto era importante continuar”, conta o ACS Paulo César de Araújo, um dos envolvidos no projeto. Além dele, participaram do plano de ação os ACS Elisabeth do Nascimento, Francisca Sousa, Maria Francisca Rodrigues, Maria Lúcia Rocha e Ronaibio da Silva Cunha. O enfermeiro da equipe, Domingos de Brito, é também professor do curso e foi o orientador dos agentes durante a elaboração e execução do plano.

Um dos objetivos dos ACS era fazer o acompanhamento correto dos hipertensos. Antes de começarem o primeiro módulo do curso, os agentes não tinham as informações dos pacientes sistematizadas. “Era muito difícil ter o controle. Nós fazíamos as visitas, mas não tínhamos o registro dos medicamentos, dos exames, das

medidas”, explica a ACS Elisabeth. Agora, todas as informações a respeito dos hipertensos são anotadas. De acordo com Paulo César, esse foi um grande avanço. “Em todas as visitas, medimos a pressão arterial, verificamos se o medicamento foi tomado, se a pessoa está fazendo dieta e exercícios, e anotamos tudo em uma ficha. Isso facilita muito o acompanhamento, porque temos o histórico de todos os hipertensos a que atendemos”, afirma.

O plano previa ainda o registro de pacientes no HiperDia, um sistema do Ministério da Saúde para o cadastro de hipertensos e diabéticos que contém todos os dados médicos dos pacientes. Através desse cadastro, atualizado todos os meses, o Ministério controla a distribuição de medicamentos e mapeia essas doenças. Hoje, boa parte dos hipertensos de São Joaquim tem seus dados no HiperDia.

Os agentes também se preocupam em mostrar à comunidade a importância de se prevenir essa doença, que não tem cura. Por isso, são programadas palestras periódicas, voltadas a toda a população, no posto de saúde. “Quando o público é grande, usamos um colégio próximo para realizar os encontros”, explica Domingos.

Uma estratégia usada pelos ACS para tornar o plano mais eficaz é envolver toda a equipe de saúde nas palestras. “Todos falam, desde o agente comunitário até o médico”, diz Paulo César. De acordo com ele, isso faz com que os conselhos dados ganhem um peso muito maior. “É diferente de quando sou só eu, na casa de um hipertenso, falando direto com ele. A impressão que dá é que, quando as pessoas vêem uma equipe inteira se mobilizando para resolver um problema, elas percebem com maior clareza

a importância daquele assunto. E a gente nota que está dando certo, que as pessoas fazem questão de ir sempre às palestras”, afirma.

Nessas ocasiões, a equipe destaca a importância de não fumar e não beber, além de praticar atividades físicas e manter hábitos de alimentação saudáveis. “Falamos sempre para as pessoas evitarem o sal e a gordura e para abusarem de frutas e verduras. Nos dias de palestra, sempre levamos sucos, fazemos um lanche com muitas frutas da estação”, diz Domingos.

Ao fim das palestras, as dúvidas dos ouvintes são esclarecidas. “Nos primeiros encontros, as pessoas estavam um pouco tímidas, perguntavam pouco. Hoje, é bem diferente. Elas falam sobre suas experiências pessoais, sobre os remédios que tomam, fazem perguntas, trocam idéias. E a gente dá as orientações”, explica Paulo César.

Os agentes estão satisfeitos com os resultados observados até agora. “A mudança é impressionante. Antes, os hipertensos eram mal-informados, em geral achavam que o aumento da pressão acontecia por acaso e, quase sempre, relutavam em tomar o remédio. Por isso, os casos de internação e de acidente vascular cerebral (AVC) eram muito freqüentes. Agora, o número desses casos despencou”, afirma Elisabeth. Paulo César ressalta que o sucesso do plano foi fruto daquilo que se aprendeu durante o curso, e lamenta que os ACS da região só tenham tido acesso ao primeiro módulo. “É uma pena que a segunda parte do curso ainda não tenha começado. Esperamos que isso aconteça logo, porque quando a gente estuda e ganha mais conhecimento, consegue fazer o trabalho cada vez melhor”, conclui. ■

Ciclo de Debates na EPSJV discute temas da 1ª Conferência Nacional de Educação Básica

Palestrantes discutem a educação profissional e propõem questões para o encontro em Brasília

Para levantar questões para a 1ª Conferência Nacional de Educação Básica, realizada entre 14 e 18 de abril em Brasília, a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV-RJ) promoveu, durante todo o mês de março, um ciclo de debates sobre 'A articulação entre a educação básica e a educação profissional'.

Quem abriu o ciclo foi o professor Dermeval Saviani, da Unicamp, que falou sobre os 'Desafios da Construção de um Sistema Nacional Articulado de Educação'. Para Saviani, os obstáculos à criação desse sistema vão além dos problemas de financiamento. "As reformas educacionais se sucedem e o sistema nacional nunca é implantado. As nossas metas são sempre adiadas. Nós conseguimos chegar ao século XXI sem resolver isso, enquanto alguns dos nossos vizinhos, como a Argentina, já resolveram no início do século XIX", disse.

No segundo dia do ciclo, a palestrante foi Roseli Caldart, assessora pedagógica do Instituto de Educação Josué de Castro (Iterra), do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra (MST). Ela usou sua experiência no MST para falar sobre 'Inclusão e Diversidade na Educação Básica' e afirmou que a educação no campo passou a fazer parte da agenda do Ministério de Educação – há pouco tempo, graças a uma combinação entre pressão social e sensibilidade por parte do governo em admitir que deve tratar dessas questões.

A respeito do ensino técnico, Roseli contou que há mais de 15 anos o MST tem cursos de educação profissional. De acordo com ela, o objetivo da formação no movimento é cons-

truir alternativas. "Quando se pensa em educação profissionalizante, se pensa em formar para o mercado de trabalho, portanto assalariados. Mas no MST não precisamos disso. Precisamos formar o assentado", afirmou.

Para falar sobre o terceiro tema do ciclo, 'Construção do Regime de Colaboração entre os Sistemas de Ensino', a EPSJV convidou o professor da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG) Carlos Cury, que foi membro do Conselho Nacional de Educação até 2004. Cury citou o Sistema Único de Saúde como um exemplo para a educação. "Hoje, apesar de todas as limitações do SUS, a conquista de um sistema único, pautado na universalização, é uma meta para nós", comentou.

Mas, de acordo com ele, a história da educação no Brasil revela a quase impossibilidade da criação desse sistema. "Durante o reinado de D. Pedro I, foi proclamada uma lei de educação, que era nacional, e que supostamente considerava a escola primária como direito do cidadão. Mas a lei excluía os negros e leprosos, além dos moradores de áreas rurais, já que as escolas deveriam existir apenas nas regiões povoadas", explicou. "Durante a República, o sistema se tornou descentralizado e as tentativas de unificação sempre foram abafadas. Até em termos de pesquisa, percebemos que há pouca produção sobre um sistema único de educação", disse. Para Cury, um dos grandes problemas do sistema de educação no Brasil é que o regime de colaboração entre os entes federativos não funciona na prática. "O que existe é a competição entre os estados e municípios, princi-

palmente para conseguir recursos financeiros", comentou.

A professora da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Nilda Alves, foi a quarta convidada, e apresentou uma palestra sobre 'Formação e Valorização Profissional'. Nilda procurou explicar as razões que levam uma mesma escola a formar indivíduos tão diferentes. De acordo com ela, isso acontece porque a formação está ligada a cinco contextos: redes práticas das escolas e cursos de formação; redes de práticas políticas oficiais; redes de práticas políticas coletivas (onde se inserem os sindicatos e as manifestações populares); redes de práticas profissionais e redes de práticas culturais. "Cada um desses contextos influencia o outro, daí a existência de profissionais diferentes formados no mesmo lugar. E o professor tem que ter em mente que deve formar profissionais com autonomia e autoridade, respeitando seus valores: deve formar na diferença", defendeu a professora.

Jaqueline Moll, diretora de Educação Integral, Direitos Humanos e Cidadania da Secad/MEC, fechou o ciclo de debates com o tema 'Democratização da Gestão e Qualidade Social na Educação'. Jaqueline afirmou que o modelo tradicional de educação é conservador em relação à diversidade e está próximo do totalitarismo. De acordo com ela, esse é um fator responsável pela evasão escolar. "Agora, as escolas estão em uma encruzilhada. Ou continuam como estão, ou passam a aceitar as diferenças e permitir trocas de conhecimento entre os atores sociais", afirmou. ■

ETSUS Bahia começa dois novos cursos em parceria com a EPSJV

A Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis (ETTS-BA) começou, em março e abril, dois cursos em parceria com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz): o técnico em Registro e Informações em Saúde (CETRPIS) e o de Especialização em Informação e Saúde para o Nível Médio (CEIS). Segundo a diretora da ETTS, Maria José Camarão, os cursos são voltados aos trabalhadores dos grandes hospitais de Salvador e do interior do estado, e serão ministrados por professores de ambas as Escolas.

De acordo com Arlinda Moreno, coordenadora do Laboratório de Informações e Registros em Saúde (Lires) da EPSJV, o CEIS, que trata de organizar a circulação de informações, é um dos cursos mais tradicionais da Escola, e foi ele que despertou o interesse da ETSUS Bahia. “Nós fizemos esse curso pela primeira vez há 22 anos. A ETSUS Bahia se informou sobre isso, achou o conteúdo interessante – trata-se de organizar a circulação de informações – e nos chamou para discuti-lo e ajudar a implantá-lo”, conta.

Em novembro, Arlinda esteve em Salvador com Márcia Soares, também do Lires, e Ilma Noronha, do Ins-

tituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz). O objetivo das pesquisadoras era fazer uma visita diagnóstica às unidades hospitalares da cidade. “Foi quando percebemos que, além da demanda pelo curso de informação, havia uma necessidade de melhorar a área de registros, importante para a organização dos documentos e para o controle das ações realizadas. Então, propusemos o CETRPIS”, explica Arlinda.

Uma oficina com os docentes da ETSUS Bahia foi realizada ainda em novembro, para apresentar os cursos e fechar os programas. “Procuramos também identificar os potenciais docentes que nos ajudarão nessas duas primeiras turmas e que poderão se encarregar das próximas”, diz Arlinda. De acordo com ela, a idéia da EPSJV é deixar os cursos, no futuro, totalmente a cargo da ETSUS Bahia. “Este ano, a coordenação dos eixos temáticos ainda será feita pelos profissionais da EPSJV, mas a certificação vai ser feita em parceria. E desejamos que a autonomia seja cada vez maior”, afirma.

Na última semana de fevereiro, Arlinda voltou à Bahia, dessa vez com o vice-diretor de Desenvolvimen-

to Institucional da Fiocruz, Sergio Munck. Eles realizaram uma oficina com os gestores das unidades hospitalares para apresentar o formato final dos cursos e decidir por um esquema de liberação dos funcionários. De acordo com Maria José, a oficina foi importante para conscientizar os gestores sobre a importância da qualificação. “E foi possível discutir o esquema de liberação dos funcionários, para que eles possam assistir às aulas sem prejudicar o trabalho nos hospitais”, conta. Cada curso vai ser dado durante uma semana por mês, em horário integral, e as outras três semanas serão de dispersão. O CETRPIS tem carga horária de 280 horas, e, o CEIS, de 204 horas. Ambos os cursos têm seus programas divididos em aulas teóricas, trabalho em campo e execução do trabalho de fim de curso. Ao todo, são 60 alunos, 30 em cada turma.

A aula inaugural foi realizada no dia 24 de março, com o tema “20 anos do SUS: investimento na qualificação de trabalhadores em áreas estratégicas”. Na ocasião, a professora Carmem Fontes Teixeira, da Universidade Federal da Bahia, fez um resgate da história do SUS e enfatizou a importância da área de informações e registro.

ETSUS Amazonas forma todos os ACS de Manaus e promove feira cultural

A Escola de Formação Profissional Enfermeira Sanitarista Francisca Saavedra (AM) formou, em março, 231 alunos do primeiro módulo do curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde em Manaus. Com isso, a Escola concluiu a formação de todos os 1.440 agentes da cidade.

A solenidade de formatura ainda não tem data prevista, mas o encerramento das aulas foi marcado por uma Feira Cultural Amazônica na Escola. “Fizemos essa Feira todas as vezes que

um grupo de turmas concluiu o primeiro módulo do curso em Manaus.



Grupo de ACS na Feira Cultural

Estamos na terceira edição. É uma maneira de trazer a comunidade para junto da Escola e dos agentes”, explica a secretária acadêmica da ETSUS, Nilka Teixeira.

De acordo com ela, cada uma das oito turmas de formandos ficou responsável por abordar um tema relativo à cultura da região. Os alunos apresentaram a lenda do boto, as comidas típicas, plantas medicinais, frutos amazônicos, café regional, folclore, festa do cupuaçu e lenda do guaraná.

ETSUS Alagoas inaugura Núcleo de Estudos e Pesquisa

Um núcleo formado por profissionais e estudantes interessados em desenvolver e publicar pesquisas nas áreas de enfermagem, educação e saúde em geral: essa foi a idéia da Escola Técnica de Saúde Professora Valéria Hora (AL), ao imaginar a criação do Núcleo de Estudos e Pesquisa, que será inaugurado no fim de abril. Além dos estudos, os integrantes do núcleo ainda ficarão responsáveis pela realização de encontros, seminários e cursos para o desenvolvimento dos profissionais de saúde e da educação em saúde.

De acordo com o professor Eliezel Anjos, todos os docentes da Escola vão fazer parte do núcleo, que também está aberto aos alunos da ETSUS, alunos de graduação do estado e profissionais de nível superior que estejam desenvolvendo trabalho, pesquisa ou assistência na área de saúde. Para participar basta se identificar com o trabalho de pesquisa.

ETSUS São Paulo forma técnicos em farmácia

A Escola Técnica do Sistema Único de Saúde de São Paulo realizou, em fevereiro, a formatura de duas turmas do curso Técnico em Farmácia. Foram 23 alunos e a solenidade ocorreu na subprefeitura de São Miguel.

Entre as autoridades presentes, estavam o representante da Coordenadoria Regional de Saúde Leste, Nilton Alves de Oliveira, a coordenadora da área técnica de assistência farmacêutica da Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde (Codepps), Dirce Cruz Marques, e a representante da diretoria do Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde (Cefor), Betina Black Dalarmelino.



Técnicos em farmácia com seus diplomas

ETSUS Espírito Santo começa turmas de ACS

Em março, o Núcleo de Educação e Formação em Saúde (ES) começou 58 turmas do primeiro módulo do curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde, para formar 1.585 alunos. Em julho do ano que vem, quando essas turmas terminarem o curso, a ETSUS vai ter concluído a formação de todos os 5.041 agentes do estado.

De acordo com a diretora da Escola, Naya de Athayde, o Espírito Santo é um estado bom para se trabalhar de forma descentralizada. “Temos um número pequeno de municípios e as distâncias são muito curtas. Dessa forma, podemos fazer com que as turmas recebam pelo menos uma visita por mês das coordenadoras pedagógicas. Temos um acompanhamento muito bom, estamos sempre muito próximos das turmas descentralizadas”, explica.

Para Naya, o grande desafio da Escola agora é dar início ao segundo módulo do curso. “É uma pena, mas ainda não temos perspectiva para começar. Precisamos conquistar o lugar desse projeto no orçamento da secretaria estadual de saúde”, diz.

Secretaria oficializa ‘Prêmio Izabel dos Santos’

Uma resolução da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro institucionalizou, em dezembro de 2007, um prêmio oferecido pela Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos (ETIS/RJ) por contribuições científicas. No ano passado, cerca de 30 personalidades já haviam sido contempladas com uma medalha da Escola. Agora, a ETIS pretende fazer a entrega anualmente. “Em princípio, serão premiados trabalhos de docentes e discentes da própria Escola, mas, no futuro, podemos abrir espaço para outros”, explica a diretora da Escola, Sonia Alves. De acordo com ela, a comissão responsável por escolher os trabalhos vencedores deve ser formada por integrantes da ETSUS que possuem experiência na área de pesquisa. “Mas podemos também vir a convidar representantes de outras instituições”, completa.

A partir deste ano, a ETIS também vai premiar os melhores trabalhos na área de educação profissional apresentados nos Congressos Brasileiros de Enfermagem.

ETSUS Tocantins faz parceria com Fundacentro

A Escola Técnica de Saúde do Tocantins vai incrementar sua biblioteca: por meio de uma parceria firmada em abril, a ETSUS vai receber da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro) mais de 300 exemplares de livros, artigos, fitas de vídeo e cartilhas relacionados à segurança do trabalho, saúde e prevenção. “A Escola só tem a ganhar. O enriquecimento do nosso acervo vai servir para aumentar o conhecimento dos docentes e alunos”, afirma a diretora da ETSUS, Iolanda Rocha.

EPSJV discute Reforma Sanitária e educação politécnica em aulas inaugurais

A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) realizou, em março, duas aulas inaugurais: no dia 4, a Escola deu as boas-vindas à primeira turma do Mestrado em Educação Profissional em Saúde, aprovado pela Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) em 2007. Já no dia 14, foi a vez de receber as turmas dos cursos técnicos.

Na primeira cerimônia, o palestrante foi Gaudêncio Frigotto, professor da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e professor convidado do Programa de Pós-graduação da EPSJV. Ele falou sobre ‘Teoria e prática e o antagonismo entre a formação politécnica e as relações sociais capitalistas’. Gaudêncio fez uma crítica ao sistema educacional voltado para a lógica do capitalismo, interessado exclusivamente na formação de capital humano. O professor lembrou as críticas de Marx a esse sistema. “Marx mostra que o economicismo, que coloca a edu-

cação como capital motor do desenvolvimento e da superação das desigualdades, sem alterar as relações de poder que as produzem, é falso”, comentou.

De acordo com Gaudêncio, o curso de mestrado é um importante espaço de discussão e elaboração de idéias. “A partir daí, as teorias social e educacional podem nos ajudar a perceber que a burguesia não tem a chave mágica para barrar as contradições que ela mesma produz, e nem para anular a luta trabalhadora”, disse.

Já a aula inaugural dos cursos técnicos contou com a presença da presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Sonia Fleury. Em sua palestra, sobre ‘Democracia e Subjetividade – desafios da Reforma Sanitária’, a pesquisadora contou um pouco da sua trajetória como militante do movimento sanitário, que, ainda nos anos 70, começou a pensar as bases do Sistema Único de Saúde (SUS).

Crítica, Sonia denunciou a discriminação que existe no atendimento, apesar de um dos princípios do SUS ser a universalização dos serviços. De acordo com ela, outro problema é a acomodação da população em relação à saúde pública. “Temos que acabar com a idéia de que o serviço público é ruim, e que quem quiser ser bem atendido deve ter um plano de saúde particular. Precisamos de cidadãos ativos. A luta pela Reforma Sanitária está apenas na metade”, afirmou.

De acordo com a pesquisadora, também é negativa a super-valorização do individual em vez do coletivo. “O sistema de hoje não é capaz de incluir as pessoas, e torna natural a idéia de que a culpa de tudo é do próprio indivíduo. Ele não consegue se integrar nos mercados de trabalho ou de consumo, mas, na verdade, é a sociedade que deveria construir essas condições”, concluiu.

ACS da ETSUS Rondônia falam sobre AIDS e planejamento familiar em presídio

Uma turma do curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde do Centro de Educação Técnico Profissional na Área de Saúde (Cetas/RO) viveu, em março, uma experiência diferente. Acostumados a dar palestras em escolas e nos postos de saúde, os alunos estiveram no presídio feminino de Porto Velho para realizar uma oficina sobre planejamento familiar e doenças sexualmente transmissíveis.

A idéia de fazer a oficina partiu da professora Edith Batista, que, além de ter ministrado a disciplina ‘Direitos Humanos’ para os agentes comunitários de saúde (ACS), também dá aulas na escola do presídio.

Segundo a coordenadora técnica do curso de ACS na ETSUS, Dóris de Almeida, um número muito grande de presidiárias engravidou durante o período

em que cumpre pena. “Elas têm direito a visitas íntimas e é muito comum que tenham bebês. Não sabemos bem se é por falta de informação ou se porque elas ganham alguns privilégios – como uma cela separada – quando os bebês nascem. De todo modo, era preciso fazer um trabalho de conscientização”, afirma.

Os 25 ACS apresentaram métodos anticoncepcionais e de prevenção de doenças, distribuíram preservativos, falaram sobre AIDS e sobre a importância do planejamento familiar. “Eles explicaram que era importante prevenir a gravidez, especialmente dentro do presídio, e mostraram que é preciso pensar no futuro das crianças. Explicaram que quando os filhos de presidiárias completam seis meses de idade, precisam ir embora, seja para a casa de parentes, seja para casas de adoção. E disseram que, mes-

mo depois que as mães terminam de cumprir sua pena e podem voltar para casa, é demorado o processo de voltar à vida normal e cuidar de uma criança”, conta Dóris.

De acordo com ela, os conselhos dos ACS foram muito bem aceitos pelas detentas, que aproveitaram para tirar suas dúvidas. “Elas tinham muitos questionamentos a respeito desse assunto, muitas achavam até mesmo que o preservativo não funcionava. Enquanto os ACS falavam, elas faziam várias perguntas”, conta. “Também foi muito bom em relação ao acolhimento. Essas mulheres são muito sozinhas, quase não recebem visitas. As que chegaram há menos tempo não ficaram tão à vontade, mas as mais antigas, adoraram a nossa presença”, completa.

INTEGRALIDADE

No Dicionário da Educação Profissional em Saúde, editado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Roseni Pinheiro, coordenadora do Laboratório de Pesquisa de Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis/IMS/Uerj), começa o verbete ‘integralidade’ explicando que esse é um conceito com diversos significados, embora, legalmente, seja definido como “um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema”.

Para Ruben Mattos, coordenador-adjunto do Lappis, é possível encontrar três sentidos para a integralidade. O primeiro tem a ver com as práticas políticas. “Algumas vezes, esse conceito aparece como um atributo das políticas públicas, nas quais não se pode deixar de lado uma parte das pessoas. Um exemplo disso é a discussão sobre a prevenção do câncer de mama. Não é aceitável que se organize uma política que garanta o acesso precoce ao diagnóstico e ao tratamento, e não ofereça também a possibilidade de reconstituição cirúrgica do seio. Não tem como parar no meio. A integralidade está nesse sentido de dar conta de todos os reflexos presentes da doença”, exemplifica.

A segunda noção de integralidade está ligada ao arranjo dos serviços de saúde. “Hoje, o que vemos é a desintegralidade. As emergências são exemplos disso. Muitas vezes, as famílias ficam sem nenhum tipo de informação sobre o paciente que está sendo atendido. Não pode existir um arranjo de organização de serviço que, por exemplo, não apóie uma criança que está presenciando os pais passarem por um atendimento traumático depois de um acidente”, diz Ruben.

O terceiro sentido, segundo ele, está ligado à prática. “Isso diz respeito

to a uma série de posturas dos trabalhadores, que não podem ver só uma parte dos sujeitos; não podem analisar um órgão ou uma lesão, como se a pessoa fosse um boneco. O profissional de saúde deve compreender o outro. Trata-se da perspectiva do acolhimento, de ouvir o paciente. Isso significa, por exemplo, ter uma pessoa internada por algum problema e permitir que ela use o telefone para falar com sua família, dizer que está bem. São coisas simples, que dão conta da necessidade. Mas é claro que isso vai depender da organização dos serviços. Hoje, na prática, o que predomina ainda é um profissional que não ouve, não olha e não se coloca na posição do outro”, afirma.

Formação integral

E como ensinar um trabalhador a praticar a integralidade? Para Roseni, é importante que o profissional entenda a importância de um trabalho em equipe. “É necessário preparar pessoas que percebam que, muitas vezes, vão ter que lidar com o imponderável. Por isso, não é possível ser um superprofissional, que sabe cuidar de tudo que o outro tem. Há a necessidade de trabalhar em equipe. Além disso, é preciso ter um diálogo com o paciente, considerar suas necessidades”, diz. Um ponto a ser mudado, segundo ela, é a fragmentação do ensino. “Temos uma oferta completamente separada, descontextualizada. Isso acontece, por exemplo, na graduação em saúde, na qual primeiro estudamos um cadáver com todas as partes separadas. Só no quinto ano vemos a pessoa completa. Essa fragmentação do conhecimento é muito prejudicial para a prática nos serviços, que podem igualmente ficar desconectadas”, alerta.

Segundo Ruben, é importante que, durante a formação, alunos e professores conversem sobre situações vi-

vidas na prática dos serviços. “Nessas conversas, os alunos poderão refletir coletivamente sobre seu trabalho e fazer uma auto-avaliação. Nesse momento, aspectos que passam despercebidos no dia-a-dia entrarão em pauta. Será possível perceber se houve integralidade no atendimento. É um processo contínuo de problematização”, diz. Outro fator que deveria integrar o ensino em saúde, na opinião de Ruben, é a apresentação de múltiplos cenários de aprendizagem. “As práticas de ensino devem se dar de várias formas, nas quais os conceitos de vida do outro apareçam. Isso inclui, por exemplo, ver a pessoa na sua casa porque, nesse momento, o aluno não poderá fechar os olhos para o que está em volta. É preciso entender o contexto. E colocar os objetivos de aprendizagem centrados no usuário. Sempre utilizando o diálogo e a negociação”, afirma. Roseni concorda. “A idéia do cotidiano como espaço privilegiado de ensino é fundamental para a sustentabilidade de um currículo que deseja educar e preparar profissionais para a área da saúde. Outra coisa que deve ser incorporada à formação é o estímulo à pesquisa, que deve ser capaz de identificar as demandas sociais que podem nortear o ensino em saúde”, diz.

Para Marise Ramos, doutora em Educação coordenadora da pós-graduação em educação profissional em saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, existem três sentidos de concepção integrada de educação. O primeiro, trata da formação omnilateral dos sujeitos. “Este sentido expressa uma concepção de formação humana, com base na integração de todas as dimensões fundamentais da vida que estruturam a prática social: o trabalho, a ciência e a

cultura”, explica ela. O segundo sentido, de caráter político, se refere à indissociabilidade entre a educação profissional e a educação básica dos trabalhadores. “Nesse caso, visamos a uma outra integração: a do trabalho intelectual com o trabalho manual”, diz. Por fim, o terceiro sentido da educação integrada é epistemológico. “É a integração, em um mesmo currículo, de conhecimentos gerais e específicos visando à compreensão da realidade social e dos processos produtivos como uma totalidade”, afirma. Para ela, o trabalhador de saúde só desenvolve práticas de integralidade se a sua formação for integral na perspectiva desses três sentidos.

Um exemplo de integralidade

Como se vê, a organização dos serviços é fundamental para que a integralidade seja vivida na prática. Uma pesquisa desenvolvida pelo Lappis em parceria com a EPSJV identifica o município de Piraí (RJ), cuja rede de saúde começou a ser estruturada no ano 2000, como um exemplo de integralidade. Hoje, a cidade tem 100% de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF). “Começamos a arrumar o sistema pela assistência. Se ela funciona, é necessário apoio de diagnóstico, tratamento. Então, foi montada uma rede para garantir a continuação do tratamento depois da passagem do paciente pela unidade básica.”, explica a secretária municipal de saúde de Piraí, Maria da Conceição Rocha. Segundo ela, na medida em que o serviço é organizado e o profissional de saúde é cobrado, ele também passa a exigir mais do gestor. “O trabalhador fala sobre as necessidades que o gestor não está garantindo e vai construindo algo de maior qualidade”, diz.

De acordo com Conceição, a prática da integralidade pode ser percebida tanto na garantia de atendimento quanto na atenção dispensada a cada um dos pacientes. “É preciso garantir a consulta, os exames, os medicamentos e a continuidade do tratamento. Mas também se faz necessário entender esse cidadão como um todo,

a partir do seu contexto social. O profissional de saúde tem que ouvi-lo atentamente para perceber sua necessidade. Sempre que isso é feito, atende-se melhor”, diz. Para ela, a perspectiva do trabalho na ESF é integral. “A proposta da equipe multiprofissional é resolver os problemas da comunidade. Além disso, a equipe é avaliada como um todo e, dessa forma, todos os profissionais entram na roda da discussão”, afirma.

Na perspectiva de uma rede integrada de saúde, Conceição orientou que alguns médicos do Saúde da Família fizessem plantão no hospital de Piraí. “Temos 12 equipes e quatro médicos que já trabalham dentro do serviço. O profissional mais antigo na Estratégia, com sete anos de experiência, é o diretor técnico do hospital, já que conhece não só a ESF como as equipes. Assim, integramos a rede básica ao hospital”, conta Conceição. Para conseguir atender de maneira integral aos cidadãos, a secretária afirma que um dos principais aspectos foi o fato de ter lutado contra a rotatividade dos profissionais. “Fomos juntando pessoas às equipes e não trocando. Para não perdermos trabalhadores, criamos algumas gratificações para os servidores, em sua maioria dentistas e enfermeiros. Os médicos, que têm maiores salários, são celetistas. Também complementamos o salário dos agentes comunitários de saúde”, diz explicando, que chega a pagar R\$ 7 mil a um médico e R\$ 800 aos ACS.

Além do aumento da remuneração, os trabalhadores da saúde de Piraí também receberam capacitações para melhorar a qualidade do atendimento. “Investimos na formação de todos os níveis. A educação profissional foi feita pela ETIS (Escola de Formação Técnica Enfermeira Izabel dos Santos), que já promoveu sete cursos no município. Precisamos de profissionais de um aparelho formador que pense as políticas públicas e a integralidade. E o aluno precisa entender que é parte de um sistema de saúde como profissional e usuário”, afirma.

Integralidade para o SUS

Na opinião de Ruben, quando a integralidade é vivenciada na prática, acontece uma mobilização política importante em defesa do SUS. “A integralidade também qualifica a participação e propicia, para quem a vive, a necessidade de luta para que ela continue acontecendo. Nesse sentido, é uma qualificação importante na universalidade, na equidade e no processo de participação social”, diz, defendendo que esse é o desafio dos próximos 20 anos de SUS. “É preciso generalizar a integralidade como princípio norteador de políticas de saúde, que devem, em primeiro lugar, olhar o conjunto das necessidades das pessoas que precisam ser atendidas. Em segundo lugar, há a necessidade de entender qual é o significado das ações propostas para os indivíduos”.

Segundo Roseni, a garantia da integralidade passa pelo acesso ao serviço, pela descentralização e pela participação social, também princípios do SUS. “Mas isso não quer dizer que a descentralização já garanta uma atenção integral. Posso garantir o acesso a alguns níveis. Se isso é adequado à sociedade, só vou saber se dialogar com ela. Para que os princípios do SUS sejam efetivados, tem que haver uma dinâmica que necessariamente envolva todo mundo. Um exemplo concreto de política integral é a da AIDS. Há o acesso universal ao medicamento e a inclusão dos portadores de HIV nas decisões sobre as ações que estão sendo realizadas para que eles ajudem a formular políticas específicas”, diz.

Outra política que já nasce integral, segundo Ruben, é a do Brasil Sorridente. “Ela percebe que é necessário prevenir muitas coisas, mas também é preciso cuidar das pessoas que não conseguem sorrir, que abrem a boca cobrindo o rosto e sofrem por não terem mais os dentes. Essa capacidade de pensar nas pessoas, no que o resultado da política significa para elas e, ao mesmo tempo, perceber que é preciso ter uma prótese, um flúor, o ensino da escovação e que isso é necessário para dar conta das necessidades das diversas pessoas caracteriza, uma política de integralidade”, explica. ■