

Nesta edição da revista RET-SUS você vai saber mais sobre o Agente de Endemias. Quem é esse profissional? O que ele faz? Acompanhe a polêmica sobre a diversidade de nomenclaturas e atribuições dessa categoria de acordo com o município e depois opine no fórum do nosso site www.retsus.epsvj.fiocruz.br sobre as funções que definem esse trabalhador.

A entrevista é com Miguel Márquez, médico equatoriano radicado em Cuba, ex-representante da OPS/OMS e um dos idealizadores do modelo dos institutos politécnicos cubanos.

Você vai ver também a experiência de pesquisa em Alagoas e, na seção Classificados, uma oferta de material didático para o Curso Técnico do ACS.

No mais, continue informado sobre o que as ETSUS vêm fazendo pela educação profissional em saúde por este país afora.

Um abraço,

Renata Reis

Secretaria Técnica da Rede de Escolas Técnicas do SUS



Gostaria de parabenizá-la pela matéria e dizer que foi e é importante evidenciar nossas ações. (...) Tenho uma pequena consideração: o primeiro passo foi realmente criar uma lei que divide o município em nove áreas de saúde. O segundo passo foi criar cargos de agentes comunitários atrelados às áreas, ou seja, foi criada, por Lei, a Área de Saúde nº1, e assim conseqüentemente até o Cargo de ACS da área 9, como se fossem profissões diferentes, com atribuições iguais, exceto residir na área referida no cargo. Com isso, a prefeitura conseguiu exigir, no edital que o candidato pode concorrer na área em que desejar, desde que no momento da nomeação resida na área a que se refere o cargo. Assim, nós respeitamos a regra de concurso que é de ser universal.

Maicon Cristiano da Cunha
Diretor de Planejamento - Secretaria de Saúde de Charqueadas — RS

Como esta é mais para a formação do ensino médio, ou seja, o público das ETSUS, seria interessante, ao colocar nos artigos as siglas, todas terem o seu respectivo significado. No artigo 'O processo de desprecarização e de formação técnica dos ACS', as palavras ACS e PEC não possuem o significado, o que poderá causar falta de vontade em continuar a ler ou mesmo o não entendimento global do texto. Gostaria que vocês colocassem todos os significados nas siglas e, podendo, algum quadro informativo do que é. Certamente nossos alunos poderão ficar mais interessados.

José Miguel Tomazevic
São Paulo — SP

Oi, eu sou uma das ACS do município citado na matéria. O curso é maravilhoso, faz refletir e trabalhar por um povo necessitado, que "não quer só comida, ele quer comida, diversão e arte". Eles têm o direito e nós trabalharemos para o melhor.

Maria Cristiane Ataiades
Charqueadas — RS

CAIU NA REDE É PEIXE!

CACO



'Fizemos o que era mais factível para dar saúde, comida e trabalho

Sanitarista fala sobre o sistema de saúde e de forma

Miguel Márquez é um médico equatoriano que vive há muitos anos em Cuba. Já na década de 70, ingressou no Serviço Civil Internacional da Organização Pan-americana de Saúde para trabalhar na área de desenvolvimento de Recursos Humanos. Na sua passagem por diversos países da América Latina, ajudou na reconstrução do sistema de saúde da Nicarágua, após a Revolução Sandinista, e participou da criação dos Politécnicos da Saúde em Cuba. Nesta entrevista, ele descreve o sistema de saúde cubano, conta a história do modelo do Médico de Família e fala sobre sua relação com Izabel dos Santos, na época da construção do Projeto Larga Escala no Brasil.

Há características no sistema de saúde cubano que só seriam possíveis num país socialista?

Sempre nos acusaram em encontros internacionais ou quando visitamos outros países de que o sistema público de saúde de Cuba não era reproduzível por ser muito caro. Recebemos também muitas críticas de que é um sistema rígido, que segue o modelo da velha ortodoxia soviética. Há grupos, sobretudo europeus e dos Estados Unidos, que nos acusavam de que os dados que apresentamos sobre os êxitos do sistema eram falsos. Nós convidamos pessoas que conformavam uma missão externa, inclusive alguns norte-americanos, para verificar nossas estatísticas. Vieram grandes pensadores sanitários. E trabalharam uns seis meses, livres e à vontade. A primeira declaração foi que, se existia no terceiro mundo um sistema estatístico sério e 100% confiável, era o de Cuba. Segundo, que não havia manipulação de dados. E viram que o melhor de tudo era que se tratava de um sistema vigiado pela população, que nossos auditores são nossas bases sociais. Com tudo isso quero dizer que estamos abertos a críticas, mas que também temos demonstrado, ao longo da história da Revolução Cubana, que entregamos tudo que temos e que não temos ao nosso povo. Neste momento, há cerca de 70 ou 80 mil cidadãos cubanos trabalhando em mais de 40 países. Dando o melhor que temos. Não queremos ocultar nada, nem nossas debilidades, nem nossas pressões

nem nossas angústias. Houve uma época em que passamos do consumo de 3800 calorias por dia para 900 calorias. Mas no meio disso tudo, tivemos sensatez suficiente para preservar o sofrimento das nossas crianças menores de cinco anos e dos nossos velhos com mais de 75 anos. Tivemos que ajustar nossas vidas para que, mesmo no pior momento, toda criança recebesse um litro de leite diário porque sabíamos que, do ponto de vista das políticas alimentares, isso era suficiente para o desenvolvimento delas. Nossos velhos também não deixaram de receber em casa seu litro de leite ou iogurte e os bolos diariamente, além de outro complemento. O segundo aspecto é sobre o sistema ser caro. Nós achamos que não. Porque desde o primeiro dia da Revolução, decidimos que saúde era um direito fundamental do ser humano e uma responsabilidade do Estado. E, para isso, é preciso investir, não gastar. Investimos em saúde 18% do nosso Produto Interno Bruto (PIB). Porque a saúde não é consequência do desenvolvimento; ao contrário: o motor para o desenvolvimento é o ser humano saudável. E temos que investir no nosso povo até para que sejam altamente rentáveis nossa produtividade, nossa indústria, nossas Forças Armadas e nossa vida. Caro é colocar o dinheiro na sociedade de consumo porque ele não volta mais. Essa é uma questão de decisão política. Outro país que tem um sistema de saúde da magnitude do nosso são os Estados Unidos. Mas com muito respeito e

também com muita convicção, dizemos que o nosso é superior. E podemos demonstrar isso: dos 120 milhões de cidadãos que vivem nos Estados Unidos, 40 milhões não têm seguro saúde. Estão à margem. Nós temos 100% de cobertura e dados muito claros. Eles têm a melhor medicina e também a pior: se você tem dinheiro, vai encontrar um sistema extraordinário, sobretudo em relação às grandes patologias, como o câncer. Mas sem dinheiro, não tem nada. Ao mesmo tempo, nós temos uma boa tecnologia, a serviço de todos.

O Brasil tem o Programa de Saúde da Família, que é um pouco diferente do Médico de Família de Cuba. Niterói, no Rio de Janeiro, segue o modelo cubano, que recebe, normalmente, duas críticas: ser médico-centrado e hierarquizado. Como o sr. avalia isso?

Trataram de encontrar todos os erros possíveis. Mas eles se esqueceram de que a medicina familiar não se originou em Cuba. O modelo canadense e dos próprios Estados Unidos, nas décadas de 50 ou 60, geraram esse movimento, que para nós foi válido: tomamos como referência e aplicamos. Bem no seu início, ele surgiu porque ficamos sem médicos em Cuba. Mais de 60% deles se foram até o fim da Revolução. Porque eram ricos. Enfermeiras também se foram. Ficamos com um país sem médicos e com problemas de saúde enormes, o que, normalmente, no mundo todo, se atribui a

ra um país pobre que decidiu lho para todo mundo'

ção pela perspectiva da revolução socialista



uma demanda por médico. Então, analisamos que, em vez de reproduzir um médico que seguisse a linha biologicista de Flexner, deveríamos começar a trabalhar com um médico que pensasse na família e na sua comunidade. Assim nasceu, nos primeiros anos, aquilo que se chamou Serviço Médico Rural, que ainda não era o Médico de Família. E isso nos levou a priorizar a formação do profissional, a criar escolas de Medicina, ampliar nossa formação. Demoramos nessa formação e tivemos que fazer muito sacrifício. Muitos contingentes de médicos latino-americanos chegaram a Cuba durante muitos anos para preencher esses vazios e criar as bases para as novas Escolas de Medicina. Muitos chegaram para áreas em que não havia ninguém, como a de saúde mental. Assim, em vez de termos um médico hospitalar, foi surgindo essa grande base com milhares de consultórios rurais e isso foi se transformando em verdadeiras lições para a formação de novos profissionais. Tínhamos um índice de escolaridade muito baixo: 28% de analfabetismo. Tivemos que unir médico com o profissional de enfermagem que é fundamental e trabalhar com auxiliares. E, junto com isso, trabalhar os valores sociais. Nisso teve um papel muito grande a Federação de Mulheres Cubanas, com o que nós chamamos de voluntários da saúde, um contingente imenso de mulheres que passaram por todo o país em ações de vacinação e promoção. De forma que falta história, leitura ou interesse a quem faz esse tipo de crítica. Demos prioridade ao médico rural porque essa era a maior demanda e pressão da sociedade. Mas teve uma base muito ampla: trabalhador auxiliar, estatístico, o 'exército' fundamental das voluntárias da saúde que trabalharam por mais de 20 como promotoras da saúde. Fizemos o que era mais factível para um país pobre que decidiu dar saúde, comida e trabalho a todo mundo. Desses consultóri-

os que chamávamos de rurais, ao longo de dez anos, nasceu uma nova unidade de atenção: a Policlínica integral da saúde. E quando dizemos 'integral', aparece a figura do trabalhador sanitário, do estatístico, do enfermeiro, do médico, que começava a tomar forma. Posteriormente, nos anos 80, nós o vemos na família, mas isso não nasceu assim no primeiro dia. Então, a grande engrenagem foi esse médico geral, integral e comunitário, junto com sua gente. Passamos de uma para 16 ou 17 faculdades, 45 politécnicos e 28 escolas de enfermagem e de trabalhadores sociais e alcançamos um nível bem elevado de escolaridade. Mas ao mesmo tempo que avançávamos, o nível de atenção também se complexificava. À medida que a população vai comendo melhor, vai demandando que sua arcada dentária está mal e quer uma bonita dentadura. E emergiu a grande dimensão da estomatologia e da odontologia familiar integral. E hoje em dia nossos índices de cárie são muito baixos. Mas há um setor que segue sendo médico-centrado, no bom sentido da palavra. Porque é tão forte, desde séculos, o peso do médico como o eixo do poder que não se muda isso da noite para o dia. Creio que um dos erros que cometemos nessa relação com Niterói foi transmitir os modelos de forma acrítica, quase mecanicamente. Porque é muito fácil eu chegar com minha receita e dizer para alguém segui-la. Por isso as escolas têm que criar grandes linhas e ser escolas para pensadores. Se deixamos de pensar, nos acabamos. Creio que hoje em dia conhecemos um pouquinho melhor nossa América Latina e isso nos permite ser mais respeitosos e realizar essa fase de apoio, cooperação e colaboração como algo mais do que tentar convencer. Quanto a ser hierarquizado, essa é uma característica da lógica administrativa, que não é nova e nem tampouco nossa. Você pode tomar como exemplos o fordismo, que é um

modelo hierarquizado de organização do trabalho, ou o modelo japonês da qualidade total. Mas sempre vamos encontrar determinados tipos de estruturas hierárquicas. Um dia chegaremos a uma sociedade totalmente desierarquizada, que é o sonho do comunismo. Por isso dizemos que quando o Banco Mundial e os Fundos Monetários se meteram a extinguir o Estado, estavam sendo mais comunistas do que qualquer outro comunista. Porque os livros explicam que uma das características da sociedade comunista é que o Estado e suas estruturas desaparecem para fazer nascer uma outra forma desierarquizada de vida social, na qual não precisamos de aparatos burocráticos, já que o povo se autogoverna. Esta é a grande utopia. Então, sim, indubitavelmente somos hierarquizados. Onde está o segredo? O importante não é o organograma, mas sim o dinamismo que eu dou a minha hierarquização.

Eu queria que o sr. falasse sobre o trabalhador social.

Essa já é a última fase, dos anos 80 para cá, em que entra todo o aparato do Estado, sindicatos e partidos em busca da descentralização, fazendo o local ganhar força. Mas sem deixar de reconhecer e estabelecer outra relação com o central, que antes era muito hierárquica, de cima para baixo. O centralismo democrático que mantemos hoje é outro. O localismo democrático para alimentar o central determinou que as células básicas do cenário passam a ser os municípios. Os novos conselhos municipais adquirem outra dimensão e sua presidência é ocupada por pessoas eleitas livremente, militantes ou não, homens ou mulheres — o partido não apresenta candidatos. Esse é um posto de cidadania, no qual se buscam os mais comprometidos, os mais responsáveis e que assumam esse trabalho. Além disso, temos os órgãos de governos provinciais, que são os

responsáveis por gerir de oito a 15 municípios, conforme a província. A saúde é a grande plataforma, o que permitiu um crescimento em cultura e política médica que não tínhamos. Um grande pensador espanhol do século passado defendia que aquele que só sabe sobre medicina não sabe nada da vida. Ele chamava isso de “incultura do médico”. Essas são tendências contra as quais devemos lutar, mas isso tem que ser através da prática. Hoje nossos diretores provinciais sabe até onde se pode chegar pelo sistema de saúde e a partir de onde é preciso se integrar para que seus grandes problemas sejam resolvidos por outros setores. Há também o Conselho Nacional de Saúde, no qual há ministros e secretários. Nós temos ainda o chamado trabalhador social e promotor de saúde, que hoje é uma carreira universitária. Temos tido uma grande procura da juventude para essa formação. Seu papel é fazer análises em profundidade não só sobre saúde, mas sobre o que está acontecendo na dinâmica social cubana. E são esses estudos e informações que vão subsidiar as decisões políticas para que tenham uma base mais sólida e científica. No momento mais duro que vivemos, do qual estamos saindo, uma das parcelas da população que mais sofreu foi a juventude, que ficou sem perspectiva. Nos anos 90, nosso PIB caiu absurdamente, não tínhamos um centavo. Perdemos tudo da noite para o dia. A juventude se chocou. Nesse período, a indústria do turismo chegou a Cuba. Trouxe ganhos econômicos, mas também prostituição, corrupção. Essa relação com o turismo gerou um certo abandono dos estudos por parte dos jovens. Conseguimos, mal ou bem, passar por essa fase garantindo educação e saúde, mas essa situação da juventude nos doía. E isso levou ao aumento de agressões físicas, roubos, assaltos. O mercado negro oferecia tudo! Como aplicar a lei? Quantas cadeias teríamos que construir? Quanto isso nos custaria? Então, ao invés de construir prisões, pagamos um bom salário para os jovens estudarem e atuarem como trabalhadores sociais.

O senhor tem falado que a Izabel dos Santos discordava do modelo cubano dos politécnicos da saúde. O que havia de divergente?

Em primeiro lugar, respeito muito a Izabel, política e pessoalmente e, sobretudo, suas qualidades humanas e seu grande compromisso com este país e com

a América Latina. A diferença de pensamento aparecia em relação a um conjunto de pessoas, mas Izabel era a figura mais visível. Era uma verdadeira líder, que não se omitia nem tinha medo. Uma mulher que nasceu da base, se sentia povo e era povo. E que sofria profundamente por certos erros na situação de saúde. O Larga Escala não foi um programa exclusivamente circunscrito à formação massiva de uma cidade ou outra. Estava ligado a toda uma redefinição do sistema de saúde brasileiro, começando pelos estados e municípios mais vulneráveis. Nós não seguimos a mesma corrente de Izabel, e ela era violenta contra mim e muitos de nós. E hoje, passados os anos, acho que ela estava com a razão, porque naquele momento a função do grupo era desenhar algo que rompesse com os esquemas existentes, com uma prática beligerante e violenta de uma universidade fechada e cheia de travas. Então, Izabel via essa estrutura clerical institucional que não permitia avançar — é preciso lembrar que o conjunto de reformas que eles propunham era anterior à Reforma Sanitária. Nessa época, aqui em Cuba, nós já estávamos num terceiro momento da reforma. E isso gerou uma certa inflexibilidade nossa. Porque estávamos tão convencidos, tão apaixonados pelo nosso sonho... “Não preciso de Institutos de grande porte, preciso de formações em massa nas ruas, onde quer que seja!”, dizia Izabel. Porque estávamos falando de 40, 50 milhões de brasileiros que nunca tiveram nada. Mas, sem dúvida, havia pontos em que concordávamos inteiramente. Primeiro, que não podíamos deixar de pensar na articulação entre a pesquisa e a formação. Segundo, que essa nova pessoa formada tinha que ter os mesmos direitos de médicos e enfermeiras ou qualquer outro profissional. Izabel tinha razão, inclusive sobre a procedência dos alunos que, segundo ela, deveriam ser do local, das “entranhas” do problema. Hoje em dia eu me tornei um defensor da teoria do local, mas na época eu era centralista e Izabel tinha isso claro já naquele momento. Outra coisa que ela não queria era que fosse um plano-piloto: “Vamos fazer massivamente. Depois vemos no que dá”, dizia.

Conquistamos vários avanços no atual sistema de saúde brasileiro, mas ele ainda tem marcas da tensão entre interesses públicos e privados. Em

Cuba, isso também existe?

Nós não temos essa contradição entre o público e o privado, no que diz respeito à forma de acumulação e distribuição do capital. Mas temos outra, que nos impede de avançar mais na justiça social. Há uma corrente, com peso respeitável, que defende que nosso sistema de saúde deve ser de ponta, ter a mais alta tecnologia e os melhores medicamentos do mundo. Não importa o quanto isso é caro. Para fazer frente a isso, há outra corrente que questiona quais as demandas reais que temos para esse tipo de situações. Claro que para nós todas as vidas valem igual, mas temos que ser duros em eficiência. A base de saúde — e não de doença — em que queremos avançar é a alimentação, o emprego, o bem-estar psicológico e social. Isso é saúde e, ao mesmo tempo, garantia plena de controle de um bom nível imunológico da população. Então, uma linha trabalha sobre epidemias que estão latentes, como a dengue e a malária, que afetam a coletividade e a família e, em consequência, chega ao indivíduo. Outra quer trabalhar com o indivíduo. Nessas contradições, estão colocados, de alguma maneira, o público e o privado. São excessos, um esnobismo a partir do que vem de fora, de críticos do mundo chamado industrializado, que acham que se os Estados Unidos têm 20 máquinas por 100 habitantes, nós devemos ter 30. Nós dizemos: “Não, nossa ideologia é outra, companheiro”. E eles não entendem e não nos aceitam com facilidade porque acham que estamos tirando seus direitos e liberdades de pensamento científico e de atuação. Outro aspecto que não é exatamente entre público e privado, mas tem sua contradição, é sobre o conteúdo da formação dos profissionais. Porque esse grupo começa a exigir um alto nível de especialidade e de excelência, com domínio de inglês ou alemão, ou que seja um gênio da computação, porque só o que lhe interessa é que uma máquina funcione. Nós dizemos: “Não, esse técnico tem que ter toda uma cultura global e uma responsabilidade social porque estamos formando para a vida e não para a máquina”. E isso se reflete de outras formas porque, do ponto de vista das políticas, esse grupo quer que tudo que investimos seja voltado para essas áreas. Aí vem a divisão científica do trabalho social: que ele seja o melhor, mesmo que seja um bruto culturalmente. ■

Agentes de combate a endemias: impasses e incentivos para a construção de uma categoria profissional

Emenda Constitucional focada nas especificidades dos ACS também desprecariza vínculo dos trabalhadores da vigilância

É verdade que eles não são tão numerosos quanto os agentes comunitários de saúde, mas já formam um contingente capaz de fazer um barulho considerável: são 60 mil trabalhadores distribuídos pelos municípios brasileiros, com nomenclatura, formas de contratação e vínculo os mais variados. Esse é um breve retrato dos agentes de combate a endemias, que você talvez conheça como agente de saúde, agente de saúde pública, guarda de endemias ou, simplesmente, mata-mosquitos. E que especificamente você que trabalha nas Escolas Técnicas do SUS tem ajudado a formar em cursos de vigilância com diferentes nomes e no Proformar (Programas de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde).

Toda essa dispersão fez com que, até hoje, fosse muito difícil identificar e definir esses trabalhadores como uma 'categoria profissional'. Ocorre que agora eles foram incluídos como 'beneficiários' daquela Proposta de Emenda Constitucional (PEC 7/03) criada originalmente para resolver o problema da precarização das relações de trabalho dos ACS. Como você leu no site da RET-SUS, a PEC foi promulgada no dia 8 de fevereiro, deixou de ser proposta e virou a Emenda Constitucional 51/2006. Com isso, criou-se na Constituição Federal a figura do processo seletivo público — até hoje a lei só reconhecia o concurso público, os outros tipos de seleção eram usados apenas para contrato temporário — excepcionalmente para os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate a endemias. Para entender o

que os agentes de endemias ganham ou perdem com essa nova situação, é preciso compreender quem são esses trabalhadores, o que os unifica e o que os distancia enquanto 'categoria profissional' e o que eles têm de semelhante e, principalmente, de diferente em relação aos ACS.

O que é um agente de endemias?

Desde a década de 70, a Funasa mantinha em seus quadros os agentes de saúde pública, que eram responsáveis por "atividades de nível médio, envolvendo execução, em grau auxiliar, de trabalho de vigilância, prevenção e educação sanitária, trabalhos não especializados e de rotina em laboratório", como descreve o Plano de Carreiras e Cargos da Fundação tratando dos profissionais da classe A, que só requeria capacitação em serviço. As classes B — que exigia formação profissionalizante específica e ensino fundamental — e C — que requeria habilitação profissional de ensino médio — falam ainda em execução de desenhos técnicos e cartográficos, participação em programas comunitários de saúde e treinamento de equipes.

No final dos anos 80, uma situação emergencial levou à contratação de guardas de endemias, que, apesar do nome diferente, tinham as mesmas atribuições do agente de saúde pública. Nessa época, tudo isso era responsabilidade federal. Mas em 1999, as ações de vigilância foram descentralizadas e esses trabalhadores da Funasa foram, em sua maioria, cedidos aos estados e municípios que, por sua vez,

também contrataram outros agentes para completar o quadro. Dos cerca de 60 mil agentes que existem hoje no país, 20.800 são da Funasa.

Tudo indica, então, que o nome agente de endemias seja uma junção entre essas duas nomenclaturas originais, que nasceu quando multiplicaram-se os 'patrões' dos agentes de saúde pública e dos guardas de endemias. Mesmo assim, esse trabalhador tem cargos com nomes diferentes de acordo com o lugar e, às vezes, até dentro do mesmo município. Para completar esse quadro, a área de vigilância no Brasil convive com uma desigualdade interna, causada naquele momento de descentralização. Dentro de um mesmo estado ou município, você encontra agentes de endemias — mesmo que tenham uma denominação diferente — tanto federais, que são servidores públicos estáveis, quanto municipais ou estaduais, a maioria precarizada, isso sem contar a diferença salarial.

Hoje, as ações de vigilância são responsabilidade principal da gestão municipal. O papel do estado é supervisionar e complementar o trabalho dos municípios, quando há necessidade. Para sustentar essas ações, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) repassa recursos que saem do Teto de Vigilância em Saúde. A distribuição é feita para os estados, a partir de um cálculo que considera um valor per capita (que é diferente de acordo com o perfil epidemiológico e outros fatores de cada região) e a área geográfica. Na Comissão Intergestores Bipartite, que envolve os gestores municipais e o estadual, é decidido quanto vai para



Imagens antigas mostram trabalhadores borrifando. À direita, ação de combate à malária no rio Mendanha



cada município, de acordo com a Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde. É com esse dinheiro que os municípios contratam os agentes de endemias locais, na maioria das vezes de forma precarizada. Mas a SVS/MS não tem um levantamento de quantos agentes existe nessa situação no país.

Pegando carona

O principal argumento para a criação de um a Emenda Constitucional que instituisse um processo seletivo público era a impossibilidade de garantir que os agentes comunitários de saúde morassem no território em que atuam caso eles fossem submetidos a concurso público — que, por definição, tem que ser universal, sem nenhuma discriminação, inclusive por região de moradia. De um lado, havia a pressão pela desprecarização dos vínculos desses profissionais; do outro, a necessidade de preservar a inserção do trabalhador na comunidade, como prega o Programa Saúde da Família.

Mas já existem agentes de endemias concursados, que viraram servidores públicos. Além disso, não existe nenhuma exigência de que eles morem no local em que atuam. Então, se, diferente dos ACS, eles poderiam brigar por concurso público, por que ‘pegaram carona’ nessa PEC dos ACS, que provavelmente vai desprecarizá-los, mas sem torná-los servidores estatutários e sim celetistas, com vínculo direto, mas sem estabilidade?

Primeiro, porque o principal grupo que fez pressão no legislativo, especialmente no gabinete do deputado Walter Pinheiro, que foi relator da PEC, é do município do Rio de Janeiro, mobilizado pelo Sindsprev-RJ (Sindicato dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho e Previdência Social no Estado do Rio de Janeiro) e tem uma especificidade em relação a todos os outros agentes de endemias do Brasil. São mais de 5 mil agentes vinculados à Funasa, que trabalham há anos por contratos temporários que vêm sendo sucessivamente renovados, mas mantendo a precarização. Segundo a Funasa, esse é o único caso bra-

sileiro de agentes de endemias federais que não são servidores públicos. Eles foram contratados em 1999, diante da expectativa de uma epidemia de dengue na cidade. Segundo Lucia Pádua, uma dessas agentes, para acelerar a contratação de urgência, a instituição que seria responsável por organizar a seleção sugeriu à Funasa aproveitar pessoas que tivessem sido aprovadas em concursos públicos recentes realizados por outros órgãos. Pulando de um contrato temporário para outro, essa situação dura até hoje, com brigas na justiça e nas páginas dos jornais. “É importante lembrar que não ‘entramos pela janela’, como alguns políticos têm dito. Somos todos concursados”, destaca.

A inclusão do agente de endemias na nova Emenda Constitucional atende, primeiramente, a esse grupo. Isso porque o texto diz que quem provar que passou por processo seletivo público será incorporado automaticamente, sem precisar se submeter a outro. Como esses 5 mil fizeram concurso público — e não processo seletivo —, esses trabalhadores têm esperança se

tornarem servidores públicos estatutários, como todos os outros agentes da Funasa.

O problema é que isso dificilmente valerá para os agentes de endemias precarizados pelos municípios e estados. A situação ficou assim: deve ser criada uma lei federal para regulamentar a Emenda Constitucional 51/06 (resultado da PEC 7/03), estabelecendo critérios e regras para o processo seletivo público. A proposta original era uma combinação de processo seletivo público com contratação direta, via CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas), que desprecariza mas não garante estabilidade. No entanto, o texto que foi promulgado fala apenas sobre o processo seletivo, deixando o regime jurídico para ser definido pela lei federal.

Sendo assim, se prevalecer a proposta original da PEC, a desigualdade não vai permanecer (entre os que terão estabilidade os que serão celetistas)? Para Fabiano Pimenta, o abismo que existe hoje é muito pior porque mantém uma maioria de trabalhadores precarizados. “A Emenda Constitucional vai melhorar essa situação”, aposta. Falando em termos gerais, sem querer analisar especificamente o caso dos agentes de endemias, Adélio Justino Lucas, procurador geral do trabalho que está à frente da luta do Ministério Público do Trabalho pela desprecarização dos ACS, avalia que a Emenda Constitucional 51/06 abre “um precedente gravíssimo”. “Esse foi um duro golpe no inciso 2 do artigo 37 da Constituição Federal, que exige o concurso público para ocupação de empregos públicos. Entendo a situação dos ACS, mas agora abriu-se o caminho para que, a cada hora, os gestores apontem especificidades de um grupo diferente de trabalhadores. E o concurso público, que foi uma conquista da democracia, corre o risco de desaparecer”, avalia.

Em comum: o território?

Outro motivo apontado para a ‘carona’ é que essa iniciativa legal pode acabar ampliando um debate que já acontece em alguns lugares, sobre a necessidade ou não de esses agentes traba-

lharem inseridos em um território. “Embora não exista obrigatoriedade, é desejável que os agentes de endemias trabalhem em territórios determinados e tenham vínculo com a comunidade local, como os agentes comunitários de saúde. No Rio de Janeiro, por exemplo, 30% dos agentes de combate à dengue não conseguem entrar na casa das pessoas. Se houver familiaridade entre o trabalhador e a população, esse número tende a diminuir. Uma dificuldade para se estabelecer isso é a alta rotatividade de profissionais, por conta da precarização e dos contratos temporários. A Emenda Constitucional 51/06 é uma forma de resolver essas questões e incentivar essas mudanças”, opina Fabiano. O deputado Maurício Rands (PT-PE), autor da PEC 7/03, também acha que contratar os agentes de endemias por processo seletivo público é um modo de evitar problemas futuros caso venha-se a exigir que esses trabalhadores tenham vínculo anterior com o local em que vão atuar. Valéria Gomes, assistente de coordenação de controle de vetores da Secretaria Municipal de Saúde do Rio (SMS/RJ), confirma que os agentes de endemias são contratados para atuar em diversas áreas do município. Ter vínculo com a comunidade não é uma exigência, mas um critério de preferência. “É uma forma de evitar recusas e fazer com que as pessoas abram suas portas para os agentes”, concorda.

Crise de identidade

Mas essas mudanças dizem respeito ao processo de trabalhos dos agentes de endemias e, mais do que isso, à organização das ações de vigilância em saúde no país. A Emenda Constitucional pode até ser um pontapé inicial para uma discussão mais ampliada, mas há muitos outros fatores envolvidos. A começar pela definição de quem são esses profissionais. “Os agentes de endemias trabalham em ações de prevenção a malária, dengue, leishmaniose, esquistossomose e muitas outras doenças”, define Fabiano, da SVS/MS. Segundo Valéria, da SMS/RJ, no Rio eles só atuam no combate à dengue. “Trabalham na prevenção à saúde. Foram qualificados para vis-

toriar residências, estabelecimentos comerciais e locais de lazer com o intuito de identificar possíveis focos do vetor da doença. Tratam e, principalmente, orientam. São portadores de uma mensagem educativa”, explica. Lucia, que atua no Rio, diz que o agente de endemias é “um profissional treinado para intervir sobre um conjunto de fatores que propiciem o surgimento de endemias que possam ameaçar uma região”.

Todas essas definições enfocam, principalmente, a área de vigilância epidemiológica. Mas, segundo Fabiano, o escopo de trabalho desses agentes tem se ampliado nos últimos anos, incluindo ações de controle ambiental. “Em alguns municípios, isso inclui coleta de água. Em Recife, os agentes de endemias avaliam os riscos de habitação das pessoas”, exemplifica.

Essa ampliação caminha no sentido da vigilância em saúde, uma integração entre, pelo menos, a vigilância epidemiológica e a vigilância ambiental que, no nível federal, estão sob responsabilidade da SVS/MS — a vigilância sanitária fica por conta da Anvisa. As experiências de formação refletem essa direção. Entre as Escolas Técnicas do SUS, encontramos cursos de formação inicial ou continuada em vigilância em saúde, vigilância em saúde e meio ambiente e vigilância sanitária, além do Proformar, que nomeia os trabalhadores que forma como agentes locais de vigilância em saúde. Já no nível técnico, o que existe é o curso de vigilância sanitária e saúde ambiental. Apesar dessa tendência, no texto da Emenda Constitucional ficou o nome agente de combate a endemias. No que diz respeito à formação, essa definição — não só do nome, mas do perfil desse trabalhador — é fundamental para pensar a construção de um itinerário técnico para ampliar a formação dos profissionais dessa área. Voltamos, então, à pergunta feita na edição de junho de 2005 desta revista: técnico de quê? Itinerário para onde? Talvez a participação de gestores e agentes (de endemias? de vigilância?) nas audiências públicas que vão discutir os termos da lei federal que vai regulamentar a Emenda ajude a resolver essa crise de identidade. ■

ETSUS Alagoas analisa perfil de candidatos a Técnico em Enfermagem

'Ética no cuidado' foi tema de aula inaugural

A Escola Técnica de Saúde Professora Valéria Hora, de Alagoas, realizou no dia 11 de dezembro um 'Inquérito Sócio-Educacional', para conhecer o perfil dos futuros alunos do curso de Técnico de Enfermagem. A pesquisa, coordenada por Eliezel Alves, envolveu os 992 candidatos que concorreram a 40 vagas do processo seletivo, em 2005. Pela primeira vez, a ETSUS vai aplicar a Pedagogia da Problematização nesse curso.

A etapa inicial da pesquisa aconteceu durante o período de inscrições. Na ocasião, cada candidato recebeu um questionário, no qual teria de responder: em que tipo de instituição cursou o ensino médio (pública ou privada); se possuía outro curso e em que nível (técnico ou superior); se estava trabalhando e, em caso afirmativo, se o vínculo era privado ou público, municipal, estadual ou federal; a razão pela qual optou pelo curso Técnico de Enfermagem (por vocação ou empregabilidade); por que escolheu a ETSAL (apontando como justificativa a credibilidade, a gratuidade, ambos ou outros fatores) e se gostaria de fazer mais um curso na Escola.

Os resultados dessa etapa indicaram que 74,6% estudaram em escolas públicas; 42,5% tinham formação em outro curso e destes, 92,4% em nível técnico e, dentre eles, 10,9% já pertenciam à área da saúde. Sobre o emprego, 89,5% responderam que não estavam trabalhando, embora somente 26,8% tenham indicado que buscaram o curso apenas por empregabilidade contra 73,2% somente por vocação. Nas perguntas específicas sobre a ETSAL, 87,7% buscaram a Escola por unir a gratuidade à credibilidade. Sobre as preferências, o primeiro lugar foi ocupado pelo curso técnico em Nutrição (349), seguido de Radiologia (191) e THD (102).

Na segunda fase da pesquisa, os 40 aprovados se submeteram a outro questionário. Além dos temas já investigados na primeira etapa, a ETSUS perguntou sobre município de origem, sexo, estado civil, faixa etária e grau de instrução. Daí se observou que a maioria dos aprovados é de moradores da capital (95%), do sexo feminino (72,5%), solteiro (85%), com ensino médio completo (85%) e entre 17 e 20 anos de idade (20 pessoas), seguidas de 19 aprovados com idade entre 21 a 30.

Diante da elevada procura no processo seletivo – aproximadamente 25 candidatos por vaga, o que, segundo a Escola, é gerado pela precarização nas relações de trabalho e pelos altos índices de desemprego, principalmente entre os jovens –, os pesquisadores concluíram que é necessário ampliar a oferta, buscando estratégias para articular a captação de recursos, através do Ministério de Saúde e de outras instâncias. Espera-se ainda que os resultados possibilitem outros estudos e transformações na estrutura curricular do curso, "buscando a estruturação de um educando crítico-reflexivo, cujo perfil viabilize mudanças e melhoria do processo da assistência de Enfermagem no Serviço Público de Saúde".

Os novos alunos, que participaram da pesquisa, iniciaram suas aulas no último dia 6 de fevereiro. Durante a aula inaugural, o diretor da ETSUS, Adailton Isnal, destacou a importância de os alunos estabelecerem uma parceria com a Escola. Vera Rocha, ex-professora da cadeira de Saúde Mental da Universidade Federal de Alagoas (Ufal), atualmente na equipe de docentes da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (Uncisal), palestrou sobre o tema 'A Ética no Cuidado'. ■



oferece

A Escola Técnica de Saúde professora Valéria Hora, em Alagoas, está disponibilizando para todas as ETSUS interessadas seu material didático da formação inicial (módulo I) do curso técnico de agente comunitário de saúde. O kit contém um guia curricular, um diário de classe e um manual de dinâmicas que vem acompanhado de um CD de músicas. Segundo a Escola, a proposta é utilizar o manual para dinamizar o processo de aprendizagem através de jogos, histórias e músicas.

O conteúdo do guia curricular é distribuído pelas unidades 'Entendendo o processo saúde x doença'; 'Entendendo o Sistema Único de Saúde'; 'Planejando e organizando a estratégia de Saúde da Família'; e 'Participando da dinâmica comunitária'. No primeiro módulo, a ETSUS Alagoas adota estrutura curricular que prevê uma carga de 300 horas de concentração e 100 horas de dispersão, privilegiando o desenvolvimento das competências, por meio da mobilização social, da integração entre a população e as equipes de saúde e do planejamento das ações.

Os interessados em obter o material podem entrar em contato com Adailton Isnal, diretor da Escola de Alagoas, através do e-mail etsal@etsal.com.br.



ESP-CE desenvolve Núcleo de Educação a Distância

Uma das demandas surgidas durante a 3ª Reunião Geral da RET-SUS, de 25 a 27 de outubro, foi a necessidade de um ambiente de educação à distância (EaD), que facilitaria a realização de cursos e a discussão de temas relevantes para as ETSUS. Enquanto a proposta não é concretizada para a rede, algumas Escolas já estão desenvolvendo seus próprios sistemas de EaD, como é o caso da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). No site da instituição (<http://www.esp.ce.gov.br>), há um *link* para a página do Núcleo de Educação à Distância (Nead) da ESP-CE que, além de oferecer cursos, disponibiliza documentos como a regulamentação da Educação a Distância no Brasil e os Referenciais de Qualidade de EaD para Cursos de Graduação, de acordo com as diretrizes do MEC.

Segundo Deusimar Ribeiro, uma das coordenadoras do Nead, a iniciativa surgiu após a realização de um curso presencial de Desenvolvimento de Gestão e Liderança (Lidernet), em 1998, voltado para gestores da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará. “Diante de problemas como pouco tempo disponível e custos de deslocamento, optamos por promover a segunda turma do curso num modelo de educação à distância. Realizamos três módulos em 2004 e dois em 2005, com momentos presenciais apenas na abertura e no fim de cada módulo”, diz Deusimar, explicando ainda que a criação do Núcleo de EaD foi possível por

meio de uma parceria com a *Management Sciences for Health*, uma organização não-governamental que financia programas na área da saúde em diversos países.

Para 2006, estão previstos um grupo de discussão sobre Educação na Saúde, com inscrições abertas a qualquer participante, inclusive trabalhadores e alunos das ETSUS, além de uma oficina de elaboração de material didático para atendimento das vítimas de violência, que deve começar agora em março.

Gilvanir Grangeiro, coordenadora do curso sobre a temática da violência, esclarece que a primeira oficina virtual sobre o tema destina-se a 13 municípios cearenses que possuem atuação efetiva na área. “Primeiramente, fizemos um levantamento de quais localidades desenvolvem, por exemplo, um plano de enfrentamento aos casos de violência ou um código de boas condutas para o combate ao turismo sexual, e convidamos profissionais da Saúde, Segurança Pública e Política que já tenham essa vivência”, conta. A idéia é elaborar um plano de ação para implementar uma rede estadual de atendimento às vítimas de violência.

A ESP-Ceará está convidando todas as Escolas da RET-SUS para participar dessas discussões. Por que não começar agora? Para mais informações sobre a experiência do EaD na ESP Ceará, envie um e-mail para nead@esp.ce.gov.br

Formatura na ETSUS Goiás

No dia 11 de novembro, o Centro de Educação Profissional de Saúde de Goiás formou 36 novos Técnicos em Higiene Dental (THD), que vão atuar nas equipes do Programa Saúde da Família (PSF) em 24 municípios goianos.

A cerimônia de formatura aconteceu no Auditório Cândido Santiago, na sede da ETSUS, com a participação de autoridades locais, profissionais da área de saúde bucal, docentes e representantes de classe.

Formatura no Acre



No dia 15 de dezembro, a Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha, no Acre, realizou a formatura de 429 alunos, distribuídos entre cinco turmas de Auxiliares e nove de Técnicos em Enfermagem. Na solenidade, a coordenadora técnica do curso de enfermagem, Vânia Maria Lima, fez uma retrospectiva das ações da escola, apontando o que mudou na formação técnica em saúde do Estado.

A cerimônia contou com a presença do governador do Acre, Jorge Viana, de parlamentares e de representantes do Conselho Regional de Enfermagem (Coren), Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Educação, Tribunal de Contas e da Gerência de Educação Profissional do governo estadual.

ETIS abre novas turmas de ACD e THD

Nos meses de janeiro e fevereiro, a Escola Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos (ETIS), do Rio de Janeiro, realizou a ‘Oficina de Sensibilização Pedagógica’, que faz parte do Projeto de Formação dos Trabalhadores de Nível Médio do Programa de Saúde Bucal. A capacitação é voltada a 140 profissionais de nível superior que atuarão como instrutores nos cursos da Auxiliar de Consultório Dentário e THD.

A ETIS vai formar 18 turmas de THD e 16 de ACD, atendendo a 1.300 alunos em diversos municípios do Rio de Janeiro. A previsão é de que as aulas comecem na segunda quinzena deste mês.

ESP-CE inicia formação de 360 Técnicos em Enfermagem

A Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) inaugurou o Projeto de Formação Técnica em Enfermagem, desenvolvido em 30 municípios que compõem o Pólo de Educação Permanente em Saúde de Sobral. As atividades começaram entre os dias 9 e 13 de janeiro, nas seis células regionais do Pólo – Acaraú, Itapipoca, Camocim, Tianguá, Sobral e Crateús. O objetivo do projeto é a complementação da formação de 360 auxiliares de enfermagem, vinculados às unidades hospitalares municipais.

O acompanhamento será feito por um corpo técnico-pedagógico, capacitado segundo a metodologia da problematização. Cada equipe é composta de 30 facilitadores, 12 orientadores de curso, quatro supervisores pedagógicos e um supervisor geral, selecionados pela ESP-CE entre setembro e novembro do ano passado. O curso terá duração de dez meses, com carga horária de 750 horas, abordando questões relativas à ética, cidadania, meio ambiente, exercício profissional e “visão holística de saúde”.

A Escola atuou como executora do Profae a partir de 2002, superando as metas de qualificação do pro-

jeto. Mais recentemente, reformulou seu plano de formação, baseada na política de Educação Permanente em Saúde. Assim, propõe um perfil profissional que compreenda “as várias dimensões do processo saúde-doença”, conheça o “espaço social de forma crítico-reflexiva no atendimento às necessidades da população” e que atue na transformação da realidade onde vive, “tendo como base a fundamentação técnico-científica, a visão ético-política e educativa”.

Para a equipe técnica, “as ações propiciam uma importante articulação entre educação e participação, fugindo da metodologia tradicional, centrada na figura do professor e pensando o aluno como um agente transformador de sua prática”.



Turma de Guaraciaba do Norte —
13ª CERES de Tianguá

ETSUS Brasília tem novas turmas e novos planos de curso

A Escola Técnica de Saúde de Brasília está iniciando duas novas turmas, uma no curso de Técnico em Saúde Bucal e outra na complementação para o Técnico em Enfermagem. Além dos 47 aprovados no processo seletivo ocorrido em fevereiro – 32 na área de Enfermagem e 15 em Saúde Bucal –, alguns alunos já atuam na Policlínica da Polícia Militar do Distrito Federal e ingressaram através de um convênio com a corporação.

A ETSUS Brasília aguarda a aprovação de seus novos planos curriculares pela Secretaria Estadual de Educação, para os cursos técnicos de Agente Comunitário de Saúde; Prótese Dentária; Saúde Bucal; Segurança do Trabalho; além de técnico e auxiliar de enfermagem e das especializações nas áreas de técnico em Enfermagem do Trabalho e em Saúde da Família para THD.

Comitiva peruana visita ETSUS do Rio de Janeiro

No último dia 19 de janeiro, representantes do Colégio de Obstetrias do Peru e do Colégio Regional de Obstetrias de Lima visitaram a Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos, no Rio de Janeiro. O trabalho desenvolvido pela ETIS durante o Profae e a proposta de certificação por competência no curso de Técnico em Enfermagem despertaram a atenção da comitiva peruana, que visitou a Escola acompanhada de assessores da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES/MS). Segundo a diretora, Sonia Maria Alves, o grupo ficou satisfeito ao conhecer a proposta curricular e o processo de avaliação da Escola e recebeu, como lembrança do encontro, um conjunto de material didático de diversos cursos oferecidos pela ETIS.

SGTES lança página na internet

A Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS) lançou sua nova página eletrônica, na qual os visitantes têm acesso a informações institucionais e sobre a área técnica, notícias e documentos relacionados à legislação em saúde. O site também disponibiliza os arquivos eletrônicos das publicações produzidas pela Secretaria, como a Revista Formação, além de material didático referencial do Profae e dos cursos de ‘Formação de Facilitadores em Educação Permanente’, ‘Capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde’ e ‘Formação Pedagógica em Enfermagem’.

Para conhecer mais, acesse <http://www.saude.gov.br/sgtes>.

ETSUS Blumenau descentraliza ACD

Ao longo de 2005, a Escola Técnica de Saúde de Blumenau trabalhou na descentralização do curso de Auxiliar de Consultório Dentário, envolvendo 124 alunos, que participaram de 24 encontros concentrados nos municípios de Blumenau, Rio do Sul e São José, além de dispersão e estágio supervisionado em 26 municípios de Santa Catarina. Com 800 horas de duração, o curso é parte do itinerário para o THD.

Segundo a equipe de coordenadoras – Márcia Cristina de Carvalho e Kátia Pintarelli, cirurgiões-dentistas facilitadoras, Náuria Guimarães, pedagoga, e Cláudia Lange, coordenadora geral da ETSUS Blumenau – o curso buscou “a compreensão e a relação entre teoria e prática, trabalhando as contradições entre pensar e fazer e a necessidade de refletir criticamente as questões do trabalho, nos serviços de saúde, contemplando a formação por e para competência”.

A Escola firmou parcerias com os municípios, que forneceram transporte até os espaços de concentração, disponibilizaram o local em que o aluno estava trabalhando como campo de estágio e liberaram do serviço os alunos e dentistas supervisores. Uma semana antes do início de cada turma, a Escola ofereceu uma capacitação pedagógica aos profissionais res-

ponsáveis pela supervisão. Durante a capacitação, os grupos discutiram o papel da ETSUS na formação do ACD, as competências dos profissionais da odontologia, as tendências pedagógicas, o processo de aprender-ensinar e a metodologia de avaliação e, mensalmente, aconteceram reuniões técnico-pedagógicas para analisar o desempenho dos auxiliares. “Como cirurgiões-dentistas facilitadoras pudemos presenciar a transformação e crescimento de cada aluno trabalhador não só no lado profissional, mas também no pessoal, melhorando a autoestima e a segurança. Muitos prestaram concursos públicos nos municípios para se efetivarem no cargo de ACD e os que ainda não haviam terminado o ensino médio procuram finalizá-lo, já que muitos têm o desejo de realizar o curso de THD”, comentou a equipe.

Após a conclusão, a ETSUS avaliou o desempenho dos egressos do curso de ACD junto aos gestores e cirurgiões-dentistas supervisores de cada município. Segundo a Escola, os resultados indicaram maior preparo do ACD no conhecimento teórico para compreensão da prática, na habilidade para o desempenho, em aspectos como qualidade, rapidez, segurança e no comportamento ético do exercício profissional.

Cefor do Mato Grosso do Sul na Conferência de Saúde Indígena

No último dia 20 de dezembro, o Cefor do Mato Grosso do Sul participou da III Conferência Distrital de Saúde Indígena, em Campo Grande, através de uma palestra sobre a formação de recursos humanos de nível médio, no eixo temático “Trabalhadores Indígenas e não indígenas em saúde”. O evento teve como objetivos elaborar pro-

postas, analisar os eixos temáticos e eleger delegados para a IV Conferência Nacional de Saúde Indígena, que acontecerá em março, em Brasília. A Escola está firmando uma parceria com a Funasa, com a Secretaria de Estado de Educação e outras instituições para elaborar um projeto de formação dos agentes indígenas de saúde no estado.

Formatura de THD e discussão sobre os ACS no Mato Grosso do Sul

Em 15 de dezembro, o Centro Formador de Recursos Humanos para a Saúde do Mato Grosso do Sul formou 31 alunos do curso de Técnico em Higiene Dental no município de Dourados. No dia 16 do mesmo mês, o Cefor reuniu 14 dos 16 coordenadores regionais do projeto de formação dos ACS. Os coordenadores apontaram dificuldades operacionais e pedagógicas de cada regional de saúde, a fim de que, junto com a equipe de supervisão pedagógica da Escola, pudessem encontrar encaminhamentos e soluções.

ETSAL promove Capacitação Pedagógica e inicia turmas de ACS

Nos meses de janeiro e fevereiro, a Escola Técnica de Saúde Professora Valéria Hora, de Alagoas (ETSAL), capacitou tutores do Proformar e instrutores de ACS. Entre os dias 12 e 14 de janeiro, os docentes dos ACS de oito municípios alagoanos participaram da formação pedagógica. No dia 16, foi o momento de os tutores do Proformar discutirem a metodologia pedagógica adotada pela ETSAL. Nos dias 4 e 17 dos mesmo mês, os coordenadores pedagógicos do curso técnico de ACS realizaram uma oficina de avaliação, que faz parte da política de Educação Permanente na Escola. Nos dias 16, 17 e 18 de fevereiro, aconteceu mais uma etapa da capacitação.

A Escola também iniciou, de dezembro a janeiro, 34 turmas do curso técnico de ACS, que fazem parte do primeiro lote da descentralização, que atinge 32 municípios. A formação contempla cerca de 990 trabalhadores, já que cada turma possui, em média, 30 agentes.



Escola da RET-SUS se destaca no Enem

A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), do Rio de Janeiro, foi a instituição pública de ensino com a melhor nota no Exame Nacional do Ensino Médio (Enem) em 2005. O resultado foi divulgado no dia 9 de fevereiro deste ano e mostrou que uma escola técnica pode oferecer também um ensino médio de qualidade. Como? “Com investimento, vontade política e o projeto de uma sociedade mais justa, que só pode ser alcançada com uma educação plena, integral, enfim, voltada para formar dirigentes”, responde André Malhão, diretor da EPSJV.

Segundo ele, o fato de ser uma escola da Saúde também contribui para o bom desempenho. “Nossa proposta educacional encontra interface na Reforma Sanitária Brasileira que, nos seus princípios e diretrizes, defende a universalidade, a equidade e a integridade”, explica.

ETSUS Amapá se prepara para oferecer cursos

O Centro de Educação Graziela Reis de Souza, ETSUS Amapá, está com tudo encaminhado para começar a oferecer cursos já nos próximos meses — uma iniciativa que foi apontada como prioritária durante a Reunião Regional da RET-SUS no Norte, que aconteceu nos dias 22 e 23 de novembro de 2005, em Belém.

O primeiro resultado prático desse encontro foi, segundo Nilce Coelho, diretora da Escola, uma reunião que aconteceu em 15 de dezembro passado, na qual os secretários de saúde e educação e o secretário especial de governo se comprometeram a fazer todo o esforço para que a Escola comece a funcionar plenamente o quanto antes, acompanhando a agenda de

trabalhos estruturada no Pará. Entre os dias 21 e 23 de fevereiro, a coordenadora de ações técnicas da SGTES/MS, Ena Galvão, reuniu-se com os secretários estaduais de Saúde e Educação e com a equipe da ETSUS Amapá. Segundo a diretora, Nilce Coelho, uma comissão nomeada pela Secretaria Estadual de Educação ficou responsável por construir o Regimento Interno da Escola, elaborar o Projeto Político Pedagógico e rever o plano de curso da formação do agente comunitário de saúde.

Embora não renda posições no *ranking* do Enem, o que, aliás, nunca foi preocupação da EPSJV, André acha que vale a pena investir na formação básica mesmo quando não se oferece o ensino médio, como é o caso de todas as outras Escolas Técnicas do SUS. “Acreditamos que a idéia de escola unitária e integral deve ser um princípio. A educação básica, a partir do tripé ‘trabalho, ciência e cultura’, deve ser a fonte inspiradora de todos os processos de ensino, seja nos cursos técnicos, de especialização ou mesmo nos de curta duração. E isso é antagônico à formação fragmentada baseada nas habilidades e competências”, diz.

O Enem é um exame não-obrigatório, aplicado pelo MEC. Essa foi a primeira vez que os resultados foram divulgados. A Escola Politécnica fez 79,02 pontos, a melhor colocação entre as escolas públicas do país e a quarta melhor entre públicas e privadas.

O primeiro dia será dedicado ao credenciamento dos participantes, à abertura e aprovação do regulamento da Conferência. No segundo dia, serão duas mesas-redondas, sobre os temas ‘Gestão do Trabalho’ e ‘Educação na Saúde’, além da apresentação dos painéis temáticos, com os mesmos nomes dos eixos. Para o terceiro dia estão previstas as plenárias temáticas e no último haverá a plenária final e o encerramento da Conferência. Os nomes dos palestrantes ainda não foram definidos.

Um feito inédito nesta edição da Conferência foi a conquista de algumas ETSUS, que tiveram delegados eleitos para a etapa nacional durante as conferências estaduais, como a Escola Técnica do SUS do Pará, a Escola Técnica do SUS em Roraima e a Escola Enfermeira Izabel dos Santos, do Rio de Janeiro. ■

Definida programação da 3ª CNGTES

O Conselho Nacional de Saúde divulgou a programação da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que vai acontecer de 27 a 30 de março, em Brasília. Como foi publicado na edição de dezembro da Revista RET-SUS, os temas foram concentrados em quatro eixos, que receberam novos nomes, diferentes daqueles inicialmente divulgados.

Nos quatro dias do evento, serão retomadas as discussões iniciadas nas etapas municipais e estaduais, e formuladas outras proposições baseadas nos eixos temáticos: ‘gestão democrática e participativa na educação em saúde: agenda estratégica e financiamento’; ‘gestão democrática e participativa no trabalho em saúde: agenda estratégica e financiamento’; ‘negociação na gestão do trabalho e da educação na saúde: valorização, humanização e saúde do trabalhador’; e ‘controle social na gestão do trabalho e da educação na saúde’.

O primeiro dia será dedicado ao credenciamento dos participantes, à abertura e aprovação do regulamento da Conferência. No segundo dia, serão duas mesas-redondas, sobre os temas ‘Gestão do Trabalho’ e ‘Educação na Saúde’, além da apresentação dos painéis temáticos, com os mesmos nomes dos eixos. Para o terceiro dia estão previstas as plenárias temáticas e no último haverá a plenária final e o encerramento da Conferência. Os nomes dos palestrantes ainda não foram definidos.

Um feito inédito nesta edição da Conferência foi a conquista de algumas ETSUS, que tiveram delegados eleitos para a etapa nacional durante as conferências estaduais, como a Escola Técnica do SUS do Pará, a Escola Técnica do SUS em Roraima e a Escola Enfermeira Izabel dos Santos, do Rio de Janeiro. ■