

Editorial

Nesta edição, a Revista RET-SUS chega cheia de novidades, direto de Cuiabá, Mato Grosso. O evento era o XXI Congresso Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, organizado pelo Conasems. E a RET-SUS estava lá, fazendo divulgação da própria Rede e das Escolas que a compõem. Mas não ficou por aí. Estivemos presentes em todas as conferências e mesas-redondas, participamos de todos os debates, acompanhamos as discussões mais atuais no mundo da gestão municipal em saúde. Algumas estão aqui, outras tiveram que esperar as próximas edições ou o site.

Aproveitamos também para entrevistar o novíssimo presidente do Conasems, Silvio Fernandes, eleito no próprio evento.

Temos, no entanto, que pedir desculpas pelo atraso do número anterior desta revista. Provavelmente, você está recebendo esta edição, de maio, praticamente junto com a de abril. A revista ficou pronta no prazo, mas problemas burocráticos de financiamento da impressão causaram todo esse atraso. Lamentamos e esperamos que essa quebra de regularidade não volte a ocorrer.

No mais, esperamos que vocês se sintam mais motivados a garantir a participação da sua Escola no *stand* da RET-SUS nos próximos eventos. Comece logo a se preparar e envie tudo aquilo que mais ajuda a mostrar a cara do seu trabalho.

Renata Reis

Secretaria Técnica da Rede de Escolas Técnicas do SUS



Olá!

Estou ingressando no mundo da Enfermagem como professora de português. Preciso de material relacionado a área. Gostei muito da tirinha, é ótima para trabalhar a linguagem. Gostaria de receber a revista para trazer textos atualizados para meus alunos.

Obrigada!

Cristina Costa

Olá,

Visitei o site e pude perceber em poucos minutos que os assuntos tratados são relevantes e abordados de forma precisa e interessante. Por isso gostaria de receber a revista e analisá-la de forma mais cuidadosa.

Diogo Ferraz
Curitiba, PR

Olá pessoal! Sou acadêmica de enfermagem, venho parabenizar a todos pelo excelente trabalho e gostaria de ter a honra de receber a revista e enriquecer meus estudos.

Belo Horizonte, MG

CAIU NA REDE É PEIXE!

caco



'E se o raciocínio do ACS se estender

Novo presidente do Conasems aponta os nós do financ

Silvio Fernandes é o novo presidente do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), eleito no dia 13 de maio. Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), o atual secretário de saúde de Londrina é um estudioso e defensor da descentralização e do fortalecimento do poder local. Nesta entrevista à Revista RET-SUS, Silvio fala sobre os impasses atuais do SUS, questões da gestão do trabalho no âmbito municipal e financiamento da saúde.

O que mais dificulta a gestão municipal do SUS hoje?

O SUS é um processo em construção. Eu diria que a Reforma Sanitária está e estará sempre inconclusa. Acho que, neste momento, são três os principais desafios: o financiamento geral na área pública do Brasil; a forma de alocação dos recursos atualmente existentes, para que eles possam ser aproveitados de maneira a incrementar as políticas prioritárias neste momento; e o terceiro é a questão dos recursos humanos nos seus mais diferentes componentes, tanto na estrutura da oferta de trabalhadores de saúde para o SUS quanto nas formas de contratação, sobre as quais existem constrangimentos legais muito claros que dificultam os gestores de realizarem a gestão do trabalho em saúde, e nos aspectos de qualificação para que se tenha um perfil mais adequado às nossas diferentes necessidades.

E o que se tornou mais fácil na gestão municipal?

Nós podemos comemorar inúmeros avanços nesse período de 15 anos de construção do SUS. Eu diria que hoje nós temos sistemas municipais de

saúde em praticamente todos os municípios brasileiros, o que não acontecia 15 anos atrás. Estamos ampliando de maneira muito significativa o acesso à atenção básica da população e isso tem trazido resultados concretos, entre os quais a melhoria dos indicadores da saúde, a redução das doenças imunopreveníveis, a melhora da condição de saúde bucal de nossas crianças e a redução da mortalidade materna e infantil. Temos também possibilitado que os municípios, em decorrência da descentralização e da municipalização, desenvolvam modelos de saúde inovadores, colocando em prática princípios e conceitos mais avançados da reorganização do modelo, tendo como perspectiva a construção da vigilância em saúde. Ou seja, hoje já é realidade em muitos municípios brasileiros a incorporação de um território para a ação de saúde — não apenas de doença —, o enfoque de risco, a identificação de prioridades e o estabelecimento de uma co-

responsabilização entre os profissionais de saúde e a comunidade no que chamamos de 'fazer saúde'.

Crises como a do Rio de Janeiro colocaram em xeque, para muitas pessoas, o processo de municipalização. Como os municípios têm participado dessas discussões? O que muda com a lei de responsabilidade sanitária?

Primeiro, o episódio do Rio de Janeiro não colocou a municipalização em xeque para nós, do Conasems. Não colocou em xeque a correta opção e, aliás, a diretriz constitucional da descentralização da saúde. O caminho jamais vai ser a recentralização. O que houve no Rio de Janeiro foi uma situação na qual, pontualmente, em determinado momento e segundo as circunstâncias que lá ocorreram, o Ministério da Saúde entendeu que deveria assumir temporariamente a gestão de alguns hospitais. Cer-

Não há, no nosso ponto de vista, possibilidade de resolver a situação do ACS através de emprego público

... para médico, enfermeiro...?

Financiamento da saúde

tamente, a solução definitiva, inclusive do Rio, está na continuidade da descentralização. Agora, o que ocorreu no Rio de Janeiro não deixa de ser um alerta para que administremos as crises antes de chegarmos à situação como a de lá. E um dos fatores que nos preocupa é a questão do financiamento: como podemos dar uma eficiência maior aos nossos gastos e garantir que os gestores de qualquer nível de governo exerçam a responsabilidade que lhes cabe. É nesse contexto que vem a lei de responsabilidade sanitária a qual você se referiu. Nós não somos contra a lei, mas ela não pode vir com o objetivo simplista de punir gestores. Não é esse o caminho: ela deve ser objeto de uma pactuação e de uma compreensão do que é de responsabilidade de cada um dos envolvidos e, aí sim, cobrar, levando em conta a realidade hoje existente. A lei de responsabilidade sanitária precisa estar afinada, harmônica com o princípio de realidade. Não se pode cobrar algo acima do que a realidade permite. É dessa maneira que eu imagino que o próprio deputado que a está propondo e as pessoas que são aliadas e dependem do SUS também estão vendo.

Qual a governabilidade do Conasems em situações como essa?

Quanto mais qualificar a sua intervenção e se tornar um ator político presente nas arenas políticas do SUS, mais o Conasems terá possibilidade de interferir no processo de construção do SUS e prevenir situações como essa. Nós sabemos que, apesar dos inúmeros avanços do SUS, precisamos superar alguns estrangulamentos. Por exemplo, nós temos, na área de RH e

gestão do trabalho, municípios que estão contratando cada vez mais através de parcerias com ONGs e cooperativas. Muitas vezes, premidos pelas dificuldades, fazem até contratos precários, sem nenhuma garantia para os trabalhadores e isso está gerando uma situação de crise grave que poderá desencadear situações similares a essa que aconteceu. O Ministério Público do Trabalho tem questionado essas formas de contratação e procurado constranger os gestores a resolver essa situação. Mas como, se eles são vítimas disso? Se, pela descentralização, receberam a incumbência de colocar em prática os diferentes programas e políticas e se o governo federal e o governo estadual pararam de contratar servidores já em décadas anteriores? Os governos municipais criaram essas formas alternativas, que hoje estão sendo questionadas pela justiça e pelos órgãos fiscalizadores, não por vontade própria, mas por uma contingência de não termos construído nessa área uma política adequada de contratação. Ou muda-se a Constituição, constrói-se um novo marco legal para contratação ou vamos ter que continuar a conviver com essa situação. O agente comunitário de saúde é a expressão mais clara dessa dificuldade porque temos 200 mil ACS no Brasil que são contratados das mais diferentes formas. A posição do Conasems é: se existe contrato precário, nós somos contra, as garantias trabalhistas têm que ser mantidas; mas não há, no nosso ponto de vista, possibilidade de resolver essa situação através de emprego público ou contratação da forma estatutária, como propõe o MP. Primeiro porque a própria legislação dificulta a ação dos municípios. Nós temos a lei de respon-



sabilidade fiscal, que estabelece limites de gastos e essa entrada de um contingente muito grande de profissionais muitas vezes é impossível, mesmo que o município queira, porque ele está no limite de gastos. Além disso, para completar o problema, não é só o ACS: e se esse raciocínio se estender para médico, enfermeiro, profissionais da odontologia? Vamos ter uma reação em cadeia e ficar numa situação impossível de ser resolvida.

Qual a impressão que o Conasems teve da proposta de pacto de gestão apresentada pelo Ministério da Saúde na CIT?

Temos muitos pontos de convergências e outros sobre os quais ainda precisamos construir um consenso. Por exemplo, quando se discutem os planos regionais que serão elaborados, se discute a responsabilidade do financiamento. Esse é um ponto de conflito não superado. Nós temos, por exemplo, como reivindicação para a atenção básica, que 50% do seu financiamento global seja de responsabilidade do governo federal, 25% dos governos estaduais e 25% dos governos municipais. Isso se estenderia a diferentes políticas da atenção básica, ao PSE, à assistência farmacêutica, atenção odontológica e etc. Só que nós não conseguimos ainda construir de maneira adequada esse modelo de financiamento. Na discussão, certamente quando chegarmos a esse ponto, não vamos ter uma construção fácil, mas, se não avançarmos nisso, dificilmente vamos avançar na pactuação. ■

Fronteira das culturas: educação

História, impasses e perspectivas da formação do Agente

Não é novidade. As notícias que todos leram nos jornais nos últimos meses, sobre a morte de crianças indígenas por desnutrição e *leishmaniose* são exemplos de uma realidade sanitária que já existe há pelo menos 20 anos e que ajudou a pautar os projetos de formação em saúde nas aldeias brasileiras. Quem garante é Claudia de Castro, responsável pela formação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) no departamento de educação profissional da Escola de Saúde Pública de

Mato Grosso (ESP-MT). Foi lá que nasceu, em 1996, o primeiro programa de educação formal de índios em saúde, o Projeto Xamã. Só quatro anos depois, quando a responsabilidade pela saúde indígena passou da Funai para a Funasa, a formação de AIS e de Agentes Indígenas de Saneamento (Aisan) virou política nacional.

Tanto no problema — desnutrição entre as crianças, por exemplo — quanto na solução — assistência e formação em saúde —, está presente o mesmo dilema: identificar o limite

entre a responsabilidade do estado com as populações indígenas e a invasão cultural e econômica do homem branco. “Educação é para a liberdade. Ensinamos as técnicas de enfermagem, mas eles têm o direito de não mudar certas práticas próprias”, diz Maria das Graças Figueiredo, consultora da ESP-MT, ex-funcionária da Funai e uma das responsáveis pelo Projeto Xamã.

‘Saúde de branco’

Graça também diz que, apesar do alvoroço, o problema das mor-

tes entre índios é processual. “Constroem-se estradas no meio das terras indígenas, os bichos vão embora e eles têm que sair cada vez mais das aldeias”, conta. Claudia acrescenta que os Xavantes, por exemplo, não têm o hábito da agricultura: são nômades, se movimentam e vivem de colheita. “Mas eles não têm mais terra por onde circular”, diz, mostrando que a fome e a desnutrição têm raízes na impossibilidade de os índios das diversas etnias manterem seus hábitos de alimentação e saúde.

A formação em saúde começa a fazer parte dessa história quando, por todas essas razões, os índios se deparam com ‘problemas de branco’, o que inclui não apenas um novo perfil epidemiológico mas também, e principalmente, as conseqüências de viver em condições de pobreza. “Claro que os índios querem manter sua cultura, mas eles sabem tratar problemas ‘antigos’, coerentes com os seus hábitos originais, e hoje, reconhecem que precisam aprender a cuidar dessas ‘novas doenças’, geradas pelo contato com o branco”, explica Solange Carvalho, assessora pedagógica da Escola Técnica Enfermeira Izabel dos Santos (ETIS), no Rio de Janeiro, coordenadora do projeto de escolarização dos AIS formados pela Escola e consultora da Funasa.

Doença, no entanto, não é a palavra-chave da estratégia de Saúde Indígena no Brasil atualmente. Segundo Solange, a maior demanda das populações indígenas até agora é por trabalhos de promoção e prevenção. Já Arlindo Gilberto Leite, coordenador pedagógico da formação de AIS no



Formanda Pareci – Maria Helena (Etnia Pareci)

profissional na Saúde indígena

de Saúde Indígena

Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Cuiabá, conta que, no Xingu, quando falava sobre as expectativas, a maioria dos alunos queria aprender a ‘dar’ injeção. “Vocês não imaginam o impacto violento da nossa medicina nos índios. Foi um verdadeiro choque cultural”, diz.

O fato é que, quando a Saúde Indígena virou política nacional, a opção foi garantir o atendimento a todo tipo de necessidade — de atenção primária, média e alta complexidade — e manter regularmente, no interior das populações indígenas, um profissional voltado para a promoção: o Agente Indígena de Saúde, que, de forma simplista, só para se ter uma referência inicial, pode ser considerado o ACS dos índios.

Mas não foi bem assim que tudo começou. O Xamã, primeiro esforço formal e sistematizado de formação de índios para atender à população das aldeias, formava Auxiliares de Enfermagem Indígena. A diferença não está apenas no nome, mas também no conteúdo, que ia além da promoção e incluía procedimentos próprios da enfermagem.

Graça conta que, antes disso, existiam, nas aldeias, os chamados ‘monitores de saúde’, que faziam um pouco de tudo e recebiam, de vez em quando, pequenos cursos muito pontuais como, por exemplo, sobre diarreia, desnutrição e sala de cuidado. O Xamã foi concebido a partir da demanda desses índios de serem reconhecidos como profissionais de saúde e, portanto, com direito à formação. Ao todo, o Projeto formou 117 índios de 37 etnias.



Etnia Xavante – Dança Xavante (apresentação)

Escolaridade e itinerário formativo

Mas no meio do caminho, com o curso aprovado pelo Conselho Estadual de Educação, identificou-se um problema: para receber o certificado de auxiliar, os alunos precisavam comprovar escolaridade mínima do que hoje corresponde ao ensino fundamental e, segundo Graça, muitos deles mal sabiam escrever. A Escola firmou parceria com a Secretaria Estadual de Educação para garantir a escolarização desses profissionais, o que, na época, foi feito no regime de suplência. Para

tentar garantir a qualidade da escolaridade — e não só a titulação —, a Escola criou um caminho de, em paralelo, inserir professores de matemática, linguagem, ciências naturais e ciências sociais na concentração — etapa em que, até hoje, já na era do AIS, os alunos se juntam em sala de aula para o conteúdo teórico.

Quando o Xamã estava sendo concluído, a Funasa lançou, em 2000, a formação do AIS como política nacional. Segundo Arlindo, instaurou-se uma polêmica entre os índios. A questão era que, por uma diferença muito

Saúde Indígena: um subsistema do SUS

Nem municípios, nem estados, nem briga para saber qual o papel de quem. Na Saúde Indígena, que seguiu um caminho diferente da descentralização do SUS, o sistema é organizado segundo os chamados Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Um distrito independe da divisão política brasileira por estados. Mato Grosso, por exemplo, 'divide' dois DSEIs com outros estados. O distrito Litoral Sul, do qual fazem parte os índios de Angra dos Reis e Parati, formados pela Escola Técnica Enfermeira Izabel Santos, no Rio de Janeiro, abrange ainda os estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e São Paulo.

Essa divisão foi criada em 1999 — pela Lei nº 9836, que institui o subsistema de atenção à saúde indígena — e segue critérios próprios da realidade dos índios, como a distribuição histórica das terras indígenas e o perfil epidemiológico. Os distritos são de responsabilidade do gestor federal de saúde. “No começo, todo o financiamento era da Funasa. Hoje, começam a entrar recursos do município, inclusive funcionários que trabalham nos distritos. Estamos vendo começar o processo de municipalização da saúde indígena”, diz Arlindo.

A rede de serviços é composta pelo posto de saúde, que é onde o AIS trabalha, nas aldeias; os pólos-base, que centralizam as ações da equipe multidisciplinar de saúde indígena, localizados em micro-regiões que podem englobar diversas aldeias; as casas de saúde do índio, que recebem e apóiam os índios que levam referência de suas aldeias para assistência de média e alta complexidade; e a rede de referência do SUS, onde os índios de fato recebem o atendimento de média e alta complexidade.

pequena de carga horária (200 horas), a turma do Xamã receberia o título de auxiliar enquanto todos os outros que se formassem dali em diante seriam agentes. “A diferença é que o auxiliar de enfermagem indígena faz parte de uma categoria profissional, com conselho, carteirinha”, explica Claudia.

Essa discussão está influenciando os caminhos da política ainda hoje. Em tempos em que se valoriza cada vez mais a ampliação de escolaridade dos trabalhadores da saúde, um grupo de trabalho sobre formação do Departamento de Saúde Indígena (DSAI) da Funasa já está discutindo a construção de um itinerário para levar esses profissionais até o curso técnico. A pergunta é: técnico de quê?

A Escola de Saúde Pública de Mato Grosso e a equipe do DSEI Cuiabá estão formando os AIS, atendendo ao currículo elaborado pela Funasa, e, concomitantemente, garantindo o ensino fundamental para esses índios. A idéia é construir um itinerário pelo qual eles se tornem auxiliares de enfermagem e, em seguida, técnicos. A ETIS, no Rio de Janeiro, também está investindo na escolarização, por meio de um convênio que envolve, além da Funasa, as secretarias municipais de educação dos dois municípios do estado em que existem populações indígenas e três universidades públicas que desenvolvem trabalhos de extensão (UFRJ, UFF e Uerj). Já nas discussões da Funasa, ainda não se chegou a um consenso sobre o caminho ideal, mas uma das opções é fazer com que o AIS seja formação inicial de três itinerários possíveis, à escolha dos alunos: nas áreas de enfermagem, odontologia ou saneamento.

Processo de formação e equipe

Solange Carvalho começou a se envolver com formação em saúde indígena mesmo antes de esse processo che-



gar à Escola Izabel dos Santos. Em 2002, ela foi convidada para colaborar com o DSAI, da Funasa, na discussão das diretrizes de formação, na elaboração do currículo do AIS e, mais tarde, no planejamento das ações em nível nacional. Ela explica que o currículo segue, em grande parte, a lógica do antigo Projeto Larga Escala, de formação em serviço. Segundo Ena Galvão, que participa desse processo desde o início da implantação dos DSEIs, merece destaque o fato de o currículo levar em consideração a dificuldade de abstração que os índios ainda têm e, portanto, partir da prática para voltar a ela. Está organizado como currículo integrado e procura considerar e resgatar os valores indígenas, entendendo o AIS como um elemento de ligação entre a cultura do seu povo, a comunidade e a equipe de saúde.

O curso tem 1200 horas distribuídas em duas etapas chamadas de concentração, que acontece em 15 dias em que os índios são afastados de suas aldeias, e dispersão. Entre um módulo e outro, acontece uma oficina com todo o grupo de trabalho (nos casos em que há escolarização, inclui a escola responsável por isso) da qual saem propostas de trabalho para o módulo seguinte — são seis ao todo. O currículo busca atender a seis competências — “elaborar seu plano de trabalho com base na identificação das necessidades relacionadas ao processo saúde-doença, de acordo com o contexto de sua atuação”; “prestar cuidados básicos de recuperação e reabilitação, indicados para as diferentes fases do ciclo da vida”; “realizar ações de promoção da saúde que resultem na melhoria da qualidade de vida, utilizando recursos dos serviços e práticas existentes, de

forma articulada com recursos de outros setores”; “empreender ações básicas de atenção à saúde individual, familiar e coletiva, com ênfase na prevenção e controle das enfermidades transmissíveis e no controle do meio ambiente”; “gerenciar seu trabalho, atuando individualmente ou em equipe, acompanhando, avaliando e reorientando o processo de prestação dos cuidados sob sua responsabilidade”; e “conhecer a política nacional de saúde e os aspectos pertinentes à saúde indígena”.

O AIS é o único profissional de saúde que mora nas aldeias. Mas, para garantir a integralidade da saúde dessas populações, ele não está sozinho. O sistema foi montado para que, uma vez por mês, uma equipe multidisciplinar, com médico, enfermeiro, odontólogo e auxiliar de enfermagem — todos pagos pela Funasa — visite as aldeias e fique o tempo necessário para atender as necessidades apontadas. Além do papel de assistência, eles podem ser incorporados pelo processo de formação. “Cada vez que uma equipe volta, eu peço aos profissionais que me relatem e avaliem o desempenho dos AIS”, conta Arlindo.

Responsabilidades e limites

Um dos maiores desafios desse processo de formação é saber lidar e respeitar as diferenças culturais. “O impasse posto para nós educadores é minimizar o impacto da nossa interferência, levando em conta que a aldeia existe e a cidade está em volta”, opina Claudia. Para isso, a idéia é que todo grupo que trabalha com populações indígenas passe por uma formação pedagógica que, de preferência, inclua antropologia. Mas, segundo Solange e a equipe da ESP-MT, houve, nos últimos tempos, uma desaceleração dessas capacitações, inclusive por conta da alta rotatividade dos profissionais envolvidos, que são terceirizados. Sobre isso, Graça destaca a importância da metodologia da problematização utilizada pela Escola e pela equipe do DSEI Cuiabá que, segundo ela, busca na tradição dos alunos o conhecimento que eles já têm sobre o tema antes de entrar no conteúdo do currículo propriamente dito. “Isso faz, inclusive,

com que eles voltem aos pais e avós para recuperar essa tradição porque são, em geral, turmas jovens, que passaram por um forte processo dito ‘civilizatório’ e se afastaram da sua história”, diz. Mesmo com tudo isso e a formação pedagógica, ela conta que enfrentaram muitos problemas com professores. “É preciso entender que, se houver uma festa importante para aquele povo, o índio vai, independentemente de ter ou não alguém pra ele ‘cuidar’. Por mais que isso pareça estranho pela lógica do profissional de saúde branco, não podemos julgar seus valores”, exemplifica. Ena explica que, para os índios, as doenças têm causas espirituais, e por isso não deixam de fazer seus rituais junto com os tratamentos de saúde. Mas eles sabem que as ‘doenças de branco’ matam. “Nunca se ouviu falar que um índio morreu de picada de cobra”, diz.

Mas a equipe da ESP-MT e DSEI Cuiabá diz que, mesmo com todo esse cuidado, a dúvida às vezes ainda pesa. “Eu sou parte de uma geração extremamente crítica à invasão cultural. Hoje, não consigo ter certeza do que é melhor. Não sabemos em que medida estamos beneficiando ou violentando essas pessoas. Trabalhamos sempre no fio da navalha”, desabafa Arlindo. Graça completa: “Hoje nós achamos que estamos fazendo bem a eles. Mas não sabemos até onde. Porque ensinamos a nossa cultura mesmo, não sabemos fortalecer pajé. Por mais que nos preparemos, é uma invasão da enfermagem na cultura deles”.

ETSUS na Saúde Indígena

Três Escolas Técnicas do SUS são pioneiras na parceria com a Funasa para formação de AIS: a Escola de Saúde Pública do Ceará — que está concluindo já o último módulo da primeira turma; a Escola de Saúde Pública do Mato Grosso; e a Escola Técnica Enfermeira Izabel dos Santos (ETIS), no Rio de Janeiro. Em Roraima, o processo também está adiantado, mas como a ETSUS ainda não estava

constituída, a formação está sendo conduzida pelo Cetec, uma escola pública voltada para a área tecnológica. A ETIS começou a formação de suas turmas em Angra dos Reis e Parati no segundo semestre de 2003 e já executou três módulos. Em todos esses casos, é feito um convênio de cooperação técnica entre a Escola e a coordenação estadual da Funasa.

O universo de ETSUS envolvidas na formação indígena ainda é pequeno, mas isso é por pouco tempo. Principalmente depois que se identificou a necessidade de construir um itinerário técnico para os AIS, a participação das Escolas se tornou imprescindível, no mínimo, para a certificação. Mas, segundo Solange Carvalho, falando tanto pela experiência com a ETIS como pela consultoria que presta à Funasa, o trabalho das ETSUS deve ser o de assessoria pedagógica, que inclui ainda a preparação dos professores, o acompanhamento da formação durante a concentração e a participação nas discussões antropológicas. Como o processo ainda nem começou ou está apenas no início na maior parte dos estados, o contato com a maioria das ETSUS ainda precisa ser feito. Segundo estudos da Funasa, os únicos estados brasileiros que não têm população indígena vivendo em aldeias são Rio Grande do Norte e Piauí.

Além do AIS, a população indígena conta também com o Agente Indígena de Saneamento, outro profissional de saúde nativo e fixo. Mas o processo de formação do Aisan ainda não envolveu nenhuma Escola Técnica. Segundo Ena, a Funasa está, neste momento, construindo um itinerário que leve esses profissionais a se tornarem auxiliares e técnicos de saneamento para áreas indígenas. Quando o currículo estiver pronto, começa mais um trabalho para as ETSUS. ■



momento de concentração do Módulo Saúde Bucal

Congresso do Conasems debate Pacto de Gestão

RET-SUS participa do evento com stand de divulgação



Construir um novo pacto, que envolva e comprometa governos municipais, estaduais e federal com os princípios do SUS. Essa foi a tônica principal do XXI Congresso Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, realizado pelo Conasems, entre 10 e 13 de maio, em Cuiabá, Mato Grosso. O objetivo já estava explícito, inclusive, no título do evento: 'Pacto de Gestão: o desafio da solidariedade federativa no SUS'. Em paralelo, com manifestações que ultrapassaram o local do evento, como marchas e um culto ecumênico, aconteceu também o II Congresso Brasileiro de Saúde, Cultura de Paz e Não-violência. Houve ainda a eleição do novo presidente do Conasems, Silvio Fernandes, secretário municipal de Londrina (veja pág. 2).

Lei e EC 29

Uma primeira proposta do que pode ser o pacto de gestão foi apresentada pelo Ministério da Saúde e discutido na reunião da Comissão Intergestora Tripartite que aconteceu durante o evento, e numa mesa-redonda,

pelo Secretário Executivo do Ministério, Antonio Alves. Segundo as diversas discussões do congresso, duas ações são indissociáveis do pacto de gestão, que está sendo tratado como uma agenda estratégica de médio e longo prazo: a regulamentação da Emenda Constitucional 29, que determina o investimento mínimo em Saúde, e a criação de uma lei de responsabilidade sanitária. Para tudo isso já existem dois projetos de lei, de autoria do deputado federal Roberto Gouveia.

Sobre a EC 29, todos concordam que ela foi um grande avanço, mas está posto o desafio de fazer com que os valores que ela determina sejam considerados um piso e não um teto de gastos com Saúde. Legalmente, o objetivo da regulamentação é estabelecer um percentual fixo para os gastos da União com o SUS, como existe hoje para municípios e estados, e discriminar o que pode ou não ser considerado investimento em Saúde. Já a Lei de Responsabilidade Sanitária deverá ser um instrumento para reafirmar o que é papel de cada esfera de governo e estabelecer formas de responsabilizar o gestor que não cumprir o pacto.

No debate que se seguiu à apresentação da proposta do pacto de gestão, muitos secretários de saúde julgaram o documento um grande conjunto de princípios e intenções, mas que não apontava mecanismos práticos de resolução dos problemas imediatos e corriqueiros das gestões municipais. Como nada ainda é definitivo, muitos pontos serão discutidos até o final deste ano, prazo determinado pela CIT para conclusão e implementação do pacto.

Formação e trabalho em Saúde

O tema 'recursos humanos' atravessou todo o congresso, muitas vezes pelo viés do financiamento. "O grande patrimônio do SUS são os recursos humanos, mas isso não opera sem recursos financeiros", disse Elias Jorge, diretor da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, do Ministério da Saúde. Luiz Odorico de Andrade, então presidente do Conasems fez um alerta para dificuldade de contratação de médicos, que ele caracteriza como um entrave à municipalização e ao Saúde da Família. Se-

RET-SUS no Congresso do Conasems

A RET-SUS ocupou um *stand* para divulgar os trabalhos da Rede e das Escolas Técnicas do SUS no XXI Congresso do Conasems. Da Rede, foram distribuídas as Revistas RET-SUS e folderes. Sete Escolas enviaram material para divulgação institucional. O Cefope, de Natal, distribuiu cartazes, canetas, folderes e adesivos. O Cefor de Assis, São Paulo, enviou seu folder. A Escola de Saúde Pública de Minas Gerais remeteu alguns exemplares de um jornal impresso e de sua revista científica. A Unimontes expôs e distribuiu algumas unidades do seu manual pedagógico. A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio distribuiu dois livros

produzidos pela instituição — 'Temas do Ensino Médio' e 'Trabalhadores Técnicos em Saúde: formação profissional e mercado de trabalho' —, expôs quatro livros da série 'Trabalho e formação em saúde', a série didática do Proformar e a Revista Trabalho, Educação e Saúde. A Escola de Saúde Pública do Ceará enviou diversos tipos de material para exposição, inclusive dois cordéis sobre o agente comunitário de saúde e o projeto do curso de formação do ACS, que está sendo realizado. A Escola de Saúde Pública do Mato Grosso, anfitriã da RET-SUS no encontro, que aconteceu em Cuiabá, enviou folder e projeto de vários cursos.

gundo ele, muitos municípios, principalmente os maiores, têm hoje equipes de PSF sem médicos, que não aceitam trabalhar pelos salários oferecidos.

Outro tema que surgiu nas discussões foi a atual polêmica sobre a contratação dos ACS. Na mesa-redonda sobre Saúde da Família, Maria Eugênia Fernandes, coordenadora da Associação Saúde da Família, apresentou a experiência de São Paulo, dando ênfase ao que considera bom resultado do vínculo desses profissionais via CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas). A Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Maria Luiza Jaegger, que estava na platéia, ressaltou que não dá para ignorar a pressão que o Ministério Público do Trabalho está fazendo para que Ministério da Saúde e municípios realizem concurso público para os ACS. Segundo ela, todas as alternativas apresentadas pela SGTES até agora foram questionadas pelo MP. Maria Luiza também chamou atenção para o fato de que o ACS lutou para ser um profissional de saúde e não mais 'alguém que se escolhe no meio da comunidade'. Portanto, disse, ele tem direito à formação profissional.

Na programação, houve ainda uma mesa-redonda sobre formação multiprofissional, que discutiu principalmente a residência. Os palestrantes eram a Secretária Maria Luiza Jaegger, Marcio Almeida, Secretário Executivo da Rede Unida, e Ivana Barreto, da Escola de Saúde Pública de Sobral, no Ceará. Na platéia, Laura Feuerwercker, coordenadora de ações estratégicas do Deges/SGTES/MS, complementou algumas informações sobre a residência multiprofissional, que foi instituída este ano por uma medida provisória do presidente Lula. Maria Luiza discriminou as ações desenvolvidas pelo Deges e apresentou os pólos de educação permanente como uma outra instância de pactuação, só que entre Saúde e Educação. ■

Seminário de avaliação no Acre

A ETSUS Acre realizou o II Seminário de Avaliação dos Cursos Técnicos nos dias 14 e 15 de abril. O evento contou com a presença da Coordenadora Nacional das Escolas Técnicas do SUS, do Deges/SGTES, Estela Padilha, e de representantes do Conselho Estadual de Saúde e do Pólo de Educação Permanente do estado. Também participaram gestores das áreas da saúde e educação, a administração da Escola, professores e alunos.

O encontro teve o objetivo de avaliar os processos pedagógicos e gerenciais da Escola, fazendo um le-

vantamento dos aspectos positivos e negativos no desenvolvimento dos cursos.

A Escola identificou como avanços o acompanhamento da equipe de aprendizagem e o processo de planejamento contextualizado, no qual o dia a dia do aluno é levado em consideração. Entre os pontos a serem melhorados, estão a qualidade do material didático e o acompanhamento pedagógico nos municípios localizados no interior, onde não há total disponibilidade de tempo do pedagogo para acompanhar as turmas.

Questão de Ética em sala de aula

Dois alunos discutem em sala de aula, mas o professor não faz nada a respeito. Essa pode ser uma situação corriqueira nas escolas do país, mas a ETSUS Mato Grosso do Sul resolveu encarar isso como um problema a ser enfrentado. Entre os dias 8 e 9 de abril, a Escola realizou, em Campo Grande, Três Lagoas e Dourados, uma capacitação com os 22 professores dos cursos descentralizados de Técnico em Higiene Dental, e um dos assuntos abordados foi a ética nas relações de ensino-aprendizagem.

Durante o encontro, os professores foram divididos em grupos e analisaram diversas situações envolvendo a questão da ética como, por exemplo, o desrespeito com o colega e a cola. A partir disso, foram discutidas alternativas de como trabalhar essas situações dentro de sala de aula. Os professores também refletiram sobre a necessidade de que se aproveitem todos os momentos da formação para articular o conhecimento técnico com os valores éticos.

Novos cursos no Norte

A ETSUS Amazonas lançou, na segunda quinzena de maio, quatro novas turmas dos cursos técnicos em Nutrição e Dietética, Saúde e Segurança do Trabalho, Biodiagnóstico e Reabilitação de Dependentes Químicos.

A decisão de oferecer essas habilitações foi tomada depois que a Escola realizou uma pesquisa em Ma-

naus para saber quais eram as principais necessidades do local. Os candidatos às 50 vagas disponíveis para cada uma das turmas fizeram provas de química, biologia e língua portuguesa. Como critério de desempate, a ETSUS adotou a idade, dando preferência aos mais velhos, e a experiência na área de saúde.

Ensino e extensão na Saúde de Minas Gerais

Alunos da Unimontes desenvolvem projetos comunitários

Prevenção e promoção da saúde articulando Escola e comunidade: esse tem sido um caminho seguido pela ETSUS Unimontes, de Montes Claros, Minas Gerais.

No último dia 16 de abril, por exemplo, a Escola realizou duas atividades. A 5ª Ação Comunitária de Higiene Dental aconteceu no Distrito de Miralta, região pobre de Minas Gerais. No evento, os 38 alunos da turma-piloto do curso Técnico em Higiene Dental divertiram uma platéia formada por adultos e crianças através da apresentação de diversas peças teatrais educativas que tinham como tema a higiene dental. Além disso, os alunos também realizaram palestras e deram dicas sobre como escovar os dentes.

No mesmo dia, aconteceu a 'Ação Solidária de Prevenção e Promoção da Saúde', no Centro da Criança e do Adolescente Paula Elizabeth, onde voluntários dão aulas de natação, artesanato e informática. O Centro funciona no município de Jaraguá II, uma região carente de Minas Gerais. No evento, os 40 alunos do curso Técnico de Análises Clínicas falaram sobre temas ligados à higiene e saúde, como sarna e piolho, filtragem da água, diarreia e cuidados com o lixo. Cerca de 126 crianças de 7 a 11 anos participaram de brincadeiras e jogos educativos, palestras e peças teatrais.

Além disso, os alunos realizaram, entre os dias 18 e 20 de abril, análise parasitológica da amostra de fezes de aproximadamente 140 crianças do distrito de Lagoinha, município de Varzelândia, Minas Gerais. Esse trabalho foi realizado com a supervisão de um bioquí-

mico e colaborou com a pesquisa 'Impacto de Parasitoses Intestinais em uma comunidade no município de Varzelândia', do professor João dos Reis Canela, diretor da Escola.

A 'Semana da Conscientização para a Prevenção' também aconteceu entre os dias 18 e 20 de abril na sede da ETSUS. Nesse evento, 40 alunos do Curso Técnico de Farmácia realizaram palestras sobre Diabetes, Aids, Epilepsia, Alcoolismo e Hipertensão. Ocorreu ainda uma Feira de Conscientização no dia 26 de abril, em que foram desenvolvidas diversas ações de saúde, como teste de glicemia, distribuição de preservativo, medição de pressão arterial e orientação sobre as doenças abordadas nas palestras. Todos esses projetos foram idealizados pelos professores e realizados pelos alunos dos diversos cursos oferecidos pela Escola no fim de cada módulo formativo.

Segundo a coordenadora pedagógica da ETSUS, Isa Manoela Cotrim, a realização dessas tarefas tem contribuído para a formação dos alunos porque os aproxima da realidade do serviço e também auxilia o trabalho dos professores. "Esses projetos são atividades que visam integrar o conteúdo dos módulos e o trabalho dos docentes, já que eles são responsáveis por pensar cada uma das atividades. Mas também queremos quebrar um pouco a estrutura técnica, quase mecânica, que muitos trabalhadores obedecem, porque buscamos proporcionar aos nossos alunos uma formação mais ampla".

Todos esses eventos aconteceram apenas no mês de abril deste ano mas, desde 2004, professores e

alunos têm mobilizado a Escola com projetos como esses. Os alunos do curso THD participaram de outras ações comunitárias em creches e praças públicas. Já a turma do técnico em análises clínicas realizou uma pesquisa sobre a qualidade da prestação de serviços dos laboratórios de análises clínicas em diversos bairros, inclusive em seus próprios locais de trabalho.

Também ocorreu uma campanha interna de doação de sangue desenvolvida pela turma do Curso Técnico de Radiologia Médica-Radiodiagnóstico. Nessa ocasião, toda a comunidade escolar foi envolvida.

Os alunos de Higiene Dental e Radiologia Médica elaboraram um Memorial das Atividades Desenvolvidas no curso, com uma reflexão sobre o que é ser um profissional da saúde, incluindo uma auto-avaliação e uma análise do mercado e dos serviços.

Para completar, em sintonia com a era da internet, a turma do curso Técnico em Farmácia construiu seis *bloggers* para discutir os conteúdos das aulas. "Os projetos são importantes porque mostram à comunidade qual é o objetivo da Escola enquanto unidade formadora. Além de ser uma ação pedagógica, levamos até a comunidade o resultado da integração que acontece dentro dos muros da Escola", explica João Canela. Os endereços da lista são:

www.farmacinhahu.weblogger.com.br,
www.projtofarma.weblogger.com.br,
www.turmafarm.weblogger.com.br,
www.conhecimentosfarmacos.weblogger.com.br,
www.conhecimentomedicamento.weblogger.com.br,
www.fhalopatia.weblogger.com.br. ■

Projeto de Expansão no Rio de Janeiro

ETIS oferece curso na Cidade de Deus

Por meio de uma parceria com a Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e a Federação Nacional de Seguros (Fenaseg), a Escola Técnica de Saúde Enfermeira Izabel dos Santos (ETIS) começou, no dia 12 de maio, a oferecer os cursos de auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário na Cidade de Deus, favela localizada na zona oeste da cidade do Rio de Janeiro.

A idéia do curso surgiu no Comitê da Cidade de Deus, quando a Fenaseg realizou uma pesquisa na comunidade para saber qual era a área em que as pessoas gostariam de trabalhar e a enfermagem foi apontada como preferência das mulheres que moram no local.

Duas ex-alunas da ETIS participam do Comitê da Cidade de Deus e apontaram a Escola como o melhor caminho para que o curso de auxiliar de enfermagem fosse desenvolvido. Os recursos para a realização das aulas foram disponibilizados por convênio que a Escola mantém com o Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva (Cepesq), da UERJ.

Inicialmente procurada para realizar o curso de auxiliar de enfermagem, a ETSUS propôs a qualificação profissional também na área de odontologia, com o curso de auxiliar de consultório dentário.

As aulas estão acontecendo em uma escola municipal da Cidade de Deus. No início de maio, a Escola

realizou a capacitação pedagógica dos oito professores do município que vão trabalhar com as turmas. Desses professores, os que são da área de enfermagem já haviam trabalhado com a ETSUS em outros projetos, já os professores ligados à área de odontologia foram indicados pela Coordenação de Odontologia do Município do Rio de Janeiro.

Para se candidatar a uma das vagas de auxiliar de enfermagem, era necessário possuir o seguinte perfil: ser da comunidade e já ter trabalhado na área da saúde, ser mulher chefe de família ou jovem de 18 a 25 anos. O curso de ACD não pré-definia nenhum perfil, mas a procura foi de jovens entre 18 e 30 anos. Para as duas áreas, era necessário realizar uma prova de conhecimentos gerais que englobava português, matemática e ciências, além de uma redação. Cento e oitenta pessoas se inscreveram para o ACD e outras 180 para auxiliar de enfermagem, embora tenham sido oferecidas apenas 40 vagas para cada curso.

O estágio supervisionado vai ser feito na Rede Municipal de Saúde, em hospitais e centros municipais da zona oeste do Rio de Janeiro. As aulas vão acontecer todos os dias e a carga horária semanal é de 20 horas.

O curso de Auxiliar de Enfermagem terá duração até o dia 30 de abril de 2006 e o ACD tem previsão de término para 30 de janeiro do ano que vem.

Formação Pedagógica para curso de ACS

Aconteceu, em maio, na ETSUS Blumenau, a primeira oficina de produção de material didático para os docentes do curso técnico de ACS.

O trabalho integra um projeto da EPSJV com três escolas da rede. A cobertura completa estará nas próximas edições da Revista RET-SUS.

ETSUS Rondônia forma ACS

A ETSUS Rondônia é mais uma a entrar nas listas das escolas técnicas que vai formar todos os Agentes Comunitários de saúde do seu estado. A primeira etapa formativa do curso foi pactuada entre os dias 13 e 19 de março, quando a Escola realizou uma reunião com os 52 municípios que compõem o estado.

Por enquanto, a Escola está esperando a resposta de nove municípios para saber o total de agentes que vai formar. Até agora, são 1755 profissionais, mas a previsão é de que o número supere os 2300.

Os municípios que possuem entre 25 e 30 ACS vão ser responsáveis por ceder as salas de aula e acolher os trabalhadores de outros locais que possuam um número inferior a 25 agentes.

O início das aulas está previsto para a segunda quinzena de junho e, segundo Angellita Mendes, assessora técnica da ETSUS, os gestores pareceram bastante favoráveis à idéia de realizar as próximas etapas do curso, que levam à habilitação técnica.

Formaturas no Sul

A ETSUS Blumenau realizou a formatura da terceira turma do curso de auxiliar de consultório dentário, que tinha 25 alunos. A cerimônia aconteceu no dia 13 de maio. Já a ETSUS Santa Catarina formou 28 auxiliares de enfermagem no dia 15 de abril.

No Cefope, de Natal, colaram grau no dia 15 de abril 32 alunos da segunda turma do técnico em hemoterapia do Hemonorte Dalton Barbosa Cunha. Todos os alunos da turma, que teve, dois dias antes, a chamada 'aula da saudade', estão desempenhando funções na hemorrede.

THD e ACD: polêmica sobre profissões permanece

Projeto de Lei que regulamenta as profissões está em tramitação

Depois de quase 20 anos de discussão, as profissões de Técnico em Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Dentário continuam sem regulamentação. Atualmente, tramita no Congresso Nacional o Projeto de Lei (PL) 1140/2003, do deputado Rubens Otoni, que busca resolver essa situação. Segundo a proposta, o THD passará a ser chamado de Técnico em Saúde Bucal (TSB).

O PL foi aprovado pela Comissão de Seguridade Social da Câmara Federal em dezembro de 2004 e agora está sendo analisado pela Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público (CTASP), cujo relator é o deputado Marcelo Barbieri. Na Comissão de Seguridade Social, o relator Benjamim Maranhão fez algumas mudanças no projeto original, que são contestadas por duas entidades odontológicas, a Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas (ABCD) e a Federação Nacional de Odontologistas (FNO).

O primeiro Projeto de Lei de regulamentação dessas profissões foi criado em 1989 pelo deputado Robson Marinho, mas a proposta não foi aprovada e, desde aquela época, foram realizadas diversas reuniões para que se chegasse a um consenso sobre as atribuições desses profissionais. Os debates passaram por unidades de ensino, entidades odontológicas, seminários, conferências, congressos e outros encontros.

No dia 16 de março deste ano, o Ministério da Saúde convocou uma reunião na qual estavam presentes representantes do Conselho Federal de Odontologia (CFO), da Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas (ABCD), da Federação Nacional dos

Odontologistas (FNO), da Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO) e da Associação Brasileira de Odontologia (ABO), além de representantes dos THDs e ACDs. Nesse encontro, foram discutidos o texto e o Ministério da Saúde solicitou que as entidades assinassem um documento de apoio ao Projeto de Lei 1140/2003. A ABO, a FIO e o CFO manifestaram apoio, ao contrário da ABCD e da FNO, que não concordam com alguns artigos do PL.

Nas vésperas do fechamento desta Revista, o jornal da Associação Paulista de Cirurgiões-dentistas (APCD) informou que o CFO também estava reivindicando modificações no projeto de lei. Mas não foi possível contatar ninguém do CFO para esclarecer a posição da entidade.

De acordo com essas duas últimas entidades, existem pontos no Projeto que precisam ser revistos porque colocam em risco a saúde da população, uma vez que atribuem às profissões de nível médio ações que são de responsabilidade do Cirurgião-Dentista (CD). Segundo documento enviado pela FNO à Revista RET-SUS “existe a necessidade de profissional THD para exercer as atividades de nível médio técnico, para que, inseridos na política nacional de saúde bucal, possam ajudar os Cirurgiões-Dentistas a minimizar os agravos em saúde bucal do povo brasileiro e não de um profissional que venha substituir naquilo que é inerente ao CD”.

O argumento de quem defende a regulamentação da profissão nos termos do atual projeto é que ele não traz nenhuma novidade, principalmente em relação ao perfil profissional pactuado para esses profes-

sionais. “O projeto não traz nenhuma atribuição nova desde que houve a primeira formação de THD em 1984 com o reconhecimento do MEC”, conta a THD Irene Rodrigues.

A também THD Celina Lopes questiona a posição das entidades: “Todo o trabalho do THD é desenvolvido com a supervisão do dentista, nós não queremos tomar o lugar dos dentistas”.

Segundo José Carrijo, presidente da FIO, “vários pontos fizeram com que esse processo de regulamentação se arrastasse até hoje: do preconceito e reserva de mercado até o desconhecimento da importância do papel desses profissionais na equipe odontológica, a falta de vontade política de governantes, de algumas entidades odontológicas e de parlamentares”. Mas, por que é preciso regulamentar?

O grande problema que permeia essa discussão é que, enquanto as profissões não forem regulamentadas é como se não existissem. A regulamentação do THD e ACD define legalmente as atribuições e coloca esses profissionais no mercado de trabalho com direitos e deveres estabelecidos por lei. Segundo o documento com o perfil de competências profissionais do THD e do ACD, atualmente, o exercício dessas profissões se sustenta no Código de Ética Odontológica (CFO 2003) e na Resolução CFO n° 185/93, alterada pela Resolução CFO n° 209/97.

Apesar de toda a discussão, Celina Lopes mostra-se confiante: “O Ministério da Saúde apóia a regulamentação, vejo isso como um fator positivo, mas outras entidades precisam deixar claro esse apoio. Acho que estamos mais próximos da aprovação”, diz.

Caso você queira dar a sua opinião sobre o assunto, entre em contato com o relator da CTASP: ctasp.decom@camara.gov.br.