

revista

RET-SUS

Rede de Escolas Técnicas do SUS

Ano VI - Nº. 53 - maio 2012



Impresso Especial
9912213586/2008-DR/RJ
Flocruz
CORREIOS

VIGILÂNCIA E SAÚDE:

VIGILÂNCIA E SAÚDE:

A formação profissional nas Escolas
Técnicas do SUS e a trajetória de um dos
campos mais antigos da Saúde Pública

sumário

2



especial

Atenção Primária à Saúde: uma área de muitas interfaces

4



em rede

- Segurança e Saúde no Trabalho: uma agenda interministerial
- Histórias de ousadia na educação e na saúde

12



capa

Conceitos atuais de um antigo campo da Saúde Pública - A trajetória da Vigilância em Saúde

18



escola em foco

ETSUS Rondônia: oito anos dedicados à educação profissional

20



entrevista

Gilson Carvalho: 'Reduzir a discussão do financiamento da saúde à má gestão é falacioso e cômodo'

24



trajetórias

Uma história de dedicação aos estudos

25



aconteceu

Um giro pelas escolas de Minas Gerais, Paraná, Araraquara, Pará, Acre, Bahia, Rio de Janeiro e Blumenau

28



panorama

Censo 2010: cai percentual de jovens fora da escola e aumenta escolaridade

A história e a trajetória da Vigilância em Saúde, bem como a formação técnica nas ETSUS, são focos da matéria de capa desta edição, dando sequência a uma série de debates em torno de áreas consideradas estratégicas e prioritárias para a educação profissional e para o fortalecimento do SUS.

Temas de cursos técnicos de instituições da RET-SUS, segurança no trabalho e saúde do trabalhador estão na agenda dos ministérios da Previdência Social, do Trabalho e Emprego e da Saúde, como conta a primeira matéria da seção 'Em Rede'. A segunda matéria desta seção traz a cobertura do 10º Congresso Internacional da Rede Unida, sediado no Rio de Janeiro, entre os dias 6 e 9 de maio. Entre os destaques do evento estiveram a formação técnica dos agentes comunitários de saúde e a necessidade de ampliação das Escolas Técnicas do SUS.

A edição deste mês traz também a cobertura do 'Seminário Internacional: Atenção Primária à Saúde', realizado em Brasília nos dias 24 e 25 de abril, em comemoração aos 30 anos do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass).

Na seção 'Entrevista', o médico-pediatra e de Saúde Pública, Gilson Carvalho, analisa o tema do financiamento da Saúde. Ele fala sobre o desfinanciamento federal, desde a Constituição de 1988, e da necessidade de mais recursos para a área, defendendo os 10% da receita corrente bruta da União para a Saúde.

A 'Escola em Foco' deste mês é o Centro de Educação Técnico Profissional na Área da Saúde (Cetas), em Rondônia, que hoje tem 160 alunos em formação técnica, todos servidores lotados e em efetivo exercício no SUS. Já, em 'Trajetórias', a história de José Joaquim Pinto, que aos 63 anos completou o curso de Complementação para Técnico em Enfermagem, no interior de São Paulo.

Na seção 'Aconteceu', um passeio pela ESP-MG, Cefor Paraná, Cefor Araraquara, ETSUS Pará, ETSUS Acre, EFTS, na Bahia, EPSJV, no Rio de Janeiro, e ETSUS Blumenau.

Por fim, a seção 'Panorama' traz dados do Censo 2010, revelando que o percentual de jovens que não frequentavam a escola na faixa de 7 a 14 anos de idade caiu de 5,5% para 3,1%, de 2000 para 2010. Boa leitura!

Conselho Editorial da RET-SUS

expediente

Ano VI - nº 53 - maio de 2012
Revista RET-SUS
Órgão oficial da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde . Brasil
ISSN 1980-9875

Conselho Editorial (Membros da Comissão Geral de Coordenação da RET-SUS)

Maria Auxiliadora Córdova Christófaro (DEGES/SGTES/MS); **Gilson Cantarino O' Dwyer** (CONASS); **Márcia Cristina Marques Pinheiro** (CONASEMS); **Cláudia Maria da Silva Marques** (OPAS/Representação Brasil); **Anna Lúcia Leandro de Abreu** (ETSUS Região Norte); **Maria José Camarão** (ETSUS Região Nordeste); **Fernanda Melo de Araujo de Moura** (ETSUS Região Centro-Oeste); **Damião Mendonça Vieira** (ETSUS Região Sudeste); **Claudia Vilela de Souza Lange** (ETSUS Região Sul).

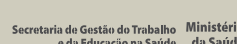
Tiragem 10.000 exemplares . **Impressão:** Duo Print

Endereço

Secretaria Executiva de Comunicação da RET-SUS . Avenida Brasil, 4.365 - EPSJV/Fiocruz . Mangueiras . Rio de Janeiro (RJ) . Brasil
CEP: 21.040-360 . Telefones: (21) 3865-9779 ou 9796 . retsus@fiocruz.br . www.retsus.fiocruz.br

Editoria

Katia Machado
Reportagem e redação
Beatriz Salomão, Jéssica Santos e Katia Machado
Projeto Gráfico e Diagramação
Mário Carestiatto
Capa
Mário Carestiatto
Assistente de Gestão
Fernanda Martins
Periodicidade
Mensal / Bimestral



Seminário do Conass é marcado por debate da Atenção Primária e sua interação com a Seguridade Social, os Objetivos do Milênio e as doenças crônicas não transmissíveis.



Atenção Primária à Saúde: uma área de muitas interfaces

especial

Beatriz Salomão

O debate em torno da Atenção Primária à Saúde (APS) e sua relação com temas de relevância nacional marcou o 'Seminário Internacional: Atenção Primária à Saúde – Acesso Universal e Proteção Social', em comemoração aos 30 anos do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). O evento, realizado em Brasília, nos dias 24 e 25 de abril de 2012, reuniu cerca de 500 pessoas, entre elas o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, gestores, pesquisadores, técnicos das secretarias estaduais de Saúde e parlamentares, que se debruçaram sobre os eixos da Seguridade Social, modelo de atenção às doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), determinantes sociais de saúde e Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

“Optamos pela APS devido à importância que ela tem para que o SUS funcione melhor”, anunciou o secretário de Saúde do Amazonas, Wilson Duarte Alecrim, eleito novo presidente do Conass, na mesa de abertura do evento. Segundo ele, ações isoladas no sistema de saúde não atendem todas as necessidades da pessoa. “É preciso que outros componentes relacionados à saúde possam estar assegurados”, continuou.

Em alusão ao tema, Padilha lembrou a necessidade de ações integradas entre os três entes federativos, visando o fortalecimento da Atenção Primária na organização dos serviços e sistema de saúde. O ministro destacou ainda o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que vai avaliar esse nível de atenção no país e destinar recursos extras aos municípios que apresentarem bom desempenho. Segundo ele, o valor repassado pelo Ministério da Saúde (MS) pode dobrar, dependendo do trabalho das equipes (RET-SUS nº 52, de abril de 2012). “Estamos vivendo um momento rico para o debate da Atenção Primária no país. É importante secretários assumirem cada vez mais esse nível de atenção como prioridade”, recomendou.

O ministro também fez menção aos médicos na Atenção Primária, reforçando o discurso de que não é possível um serviço de qualidade sem a presença desse profissional. Segundo ele, o Ministério da Saúde pretende, até 2014, oferecer quatro mil bolsas de residência médica no Brasil. “Precisamos discutir fixação, formação e provimento de médicos no país. É fundamental ter mais qualidade no trabalho dos médicos, melhor distribuição e formas de induzir a presença deles nos lugares onde o povo mais precisa”, observou.

Na mesa de debate que tratou do tema da Seguridade Social, a doutora em Ciência Política pelo Instituto Universitário de Pesquisa do Rio de Janeiro (IUPERJ), Sonia Fleury, traçou o panorama histórico da área no Brasil. A função integradora que a Seguridade cumpriu, disse, está sendo substituída por um projeto de desenvolvimento econômico que reforça a desigualdade e com menor capacidade de incorporar todos. “Hoje temos uma política de individualização dos riscos. Cada um tem o seu seguro. Vemos algumas ações voltadas para alguns grupos vulneráveis, mas não para o coletivo”, declarou.

Sônia lembrou a criação do capítulo da Ordem Social, na Constituição de 1988, que incluía Saúde, Previdência e Assistência Social, como um marco histórico. “Foi

a primeira Constituição em que a questão social deixa de ser apêndice da ordem econômica”, destacou. Para ela, a crise do neoliberalismo não correspondeu à construção de um projeto alternativo, “nem mesmo à volta da Seguridade Social”.

Atenção Primária, porta de entrada

Na mesma mesa, o professor da Universidade Federal da Bahia (Ufba) e doutor em Saúde Pública Jairnilson Paim lembrou a década de 80, quando 60% de todos os gastos em Saúde eram públicos. “Mas o índice caiu para 56% em 2008”, lamentou. Ele chamou atenção para a necessidade de se garantir o atendimento em todos os níveis de atenção. De acordo com Paim, no Brasil, há hoje menos leitos por habitante do que em 1993. “Enquanto o Canadá tem 3,4 leitos por mil habitantes, nós temos 2,4 leitos e há estimativas que apontam 1,9”, comparou. “Por mais prioridade que concedamos à APS, não podemos dispensar os hospitais, e, se pensamos em um sistema de saúde no qual a Atenção Primária é porta de entrada, temos que garantir a continuidade do atendimento no SUS”, opinou.

Coube ao consultor em Análises de Políticas de Saúde do Canadá, Michael Rachlis, da Universidade de Toronto, falar sobre o sistema de saúde do Canadá, referência mundial. De acordo com o pesquisador, os princípios do sistema canadense são: universalidade, abrangência, acessibilidade, administração pública e portabilidade. “Temos cobertura universal para cuidados médicos e hospitalares e, em geral, cobertura privada para odontologia e oftalmologia”, descreveu, acrescentando que a Saúde do país é caracterizada por “consultório particular e pagamento público”.

A APS no modelo de atenção às DCNTs foi debatida, no fim do primeiro dia, pelo secretário de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (SAS/MS), Helvécio Magalhães, que focalizou as Redes de Atenção à Saúde, como a de Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Nesse contexto, falou sobre a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), lançada em junho de 2011, e apresentou informações sobre transição demográfica e mortalidade no país, além de dados epidemiológicos sobre as DCNTs e a ampliação da Atenção Básica.

De acordo com ele, a nova PNAB estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Para tanto, alguns dados são usados como referência. Segundo Magalhães, dados da pesquisa de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel 2010), do Ministério da Saúde, apontam prevalência de 23% de hipertensão arterial na população com 18 anos ou mais. “No caso da diabetes, o índice é de 6%”, alertou.

As doenças crônicas por sua vez, acrescentou, são a principal causa de mortalidade e hospitalização. Em 2009, de acordo com o secretário, a maior parte dos óbitos (29%)

no Brasil foi causada por problemas no aparelho circulatório. Em alusão à ampliação do acesso aos serviços do SUS, Magalhães ressaltou que isso aconteceu por meio da Atenção Básica, principalmente, pela Estratégia Saúde da Família, que alcança 110 milhões de brasileiros.

■ APS, Determinantes Sociais e Objetivos do Milênio

O segundo dia do seminário foi dedicado às correlações entre Atenção Primária à Saúde e os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) e este nível de atenção e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Na primeira mesa, Alberto Pellegrini, pesquisador do Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre DSS (Cepi-DSS), da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz), apresentou as diferentes ideias sobre os DSS, do século 19 a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais em Saúde, sediada no Rio de Janeiro, em outubro de 2011. “Em meados do século 19, vários autores na França, Inglaterra e Alemanha começaram a perceber que certas doenças eram determinadas por questões sociais”, disse. Para Louis-René Villermé (1782-1863), exemplificou, a pobreza e os vícios causavam as doenças recorrentes da época. Já Friedrich Engels (1820-1895), acrescentou, acreditava que o capitalismo e a exploração da classe eram as causas de adoecimentos e mortes de trabalhadores.

O pesquisador chamou atenção para as taxas atuais de mulheres entre 50 e 69 anos que nunca fizeram mamografia. Segundo ele, os índices são maiores entre as pessoas com menos anos de estudos. “Dados de 2008 apontam que quase metade das mulheres com até três anos de escolaridade não tinha feito o exame. Entre aquelas com 15 anos ou mais, o índice caiu para 5%”, comparou.

O último debate do evento, sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, fez menção à como a Atenção Primária pode contribuir para o alcance das metas estabelecidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) e que estratégias os gestores do SUS deveriam adotar para isso. Afinal, dos oito objetivos, três estão diretamente ligados à APS: reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna e combater HIV/ aids e outras doenças. ■



Secretário de Saúde do Amazonas, Wilson Alecrim, é o novo diretor do Conass

Temas de cursos técnicos de instituições da RET-SUS, segurança e saúde do trabalhador são hoje centrais para três ministérios, confederações empresariais e centrais sindicais.

‘Segurança e Saúde no Trabalho’: uma agenda interministerial

em rede

Jéssica Santos

Promover a saúde, melhorar a qualidade de vida do trabalhador e prevenir acidentes e danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho, são os principais objetivos da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), publicada em novembro de 2011, por meio do Decreto nº 4.602. As ações e estratégias desta política integram o Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, lançado em 27 de abril, na mesma semana em que se comemorou o Dia Mundial de Segurança e Saúde no Trabalho (28/4).

O plano foi elaborado pelos ministérios da Saúde (MS), Previdência Social (MPS) e do Trabalho e Emprego (MTE), em articulação e cooperação com representantes de empregadores (confederações empresariais) e trabalhadores (centrais sindicais), e, organizado na **Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho (CT-SST)**, onde foram estabelecidas estratégias e ações de curto, médio e longo prazo, além de tarefas de caráter permanente.

Entre os objetivos desta iniciativa interministerial, ao todo oito, destacam-se a capacitação e a educação continuada. Em alusão a esta meta, estão previstas como estratégias a inclusão de conhecimentos básicos em prevenção de acidente de trabalho nos currículos dos ensinamentos fundamental, médio, técnico e superior e a revisão de referências curriculares para a formação de profissionais dos níveis técnico, superior e pós-graduação. “A educação é um foco fundamental do plano. No entanto, quando falo de educação não

A Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho (CT-SST) foi criada em maio de 2008 pela Portaria Interministerial nº 152. A CT-SST é formada por seis representantes do Governo Federal, sendo dois de cada ministério (Previdência Social, Trabalho e Emprego e Saúde), cinco representantes dos empregadores (confederações nacionais da Agricultura e Pecuária do Brasil, da Indústria, das Instituições Financeiras, do Comércio de Bens, Serviços e Turismo e do Transporte) e cinco representantes dos trabalhadores (Central Única dos Trabalhadores, Central-Geral dos Trabalhadores do Brasil, Força Sindical, Nova Central Sindical dos Trabalhadores e União Geral dos Trabalhadores). A Comissão é coordenada em sistema de rodízio anual entre os representantes do governo e tem como objetivo assegurar a atuação sistemática do Estado na promoção do trabalho seguro e saudável, além da prevenção de acidentes e doenças que tenham relação direta com o trabalho. Em 2012, a coordenação está a cargo do Ministério da Previdência Social.

estou me referindo a cursos. Estou falando de educação como um processo global, formador e participativo”, diz Cid Pimentel, diretor do Departamento de Políticas de Saúde e Segurança Ocupacional do MPS e atual coordenador da comissão tripartite.

De acordo com Alexandre Scarpelli, auditor fiscal do trabalho e assessor do Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho, da Secretaria de Inspeção do Trabalho do MTE, o tema da educação continuada já esta sendo tratado transversalmente. “Já existe um grupo de trabalho da comissão, organizado pela Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro), que vem tratando da inserção do conteúdo nos diversos níveis de formação, desde a educação básica ao nível profissional”, informa.

Outras estratégias estão também previstas nesse sentido. São elas: parcerias com Ministério da Educação (MEC), Tribunal Superior do Trabalho (TST) e Advocacia Geral da União (AGU), entre outras instituições; e criação de grupos de trabalho e cooperação técnica entre profissionais tanto para a capacitação de professores quanto para a revisão das referências curriculares. “Acreditamos que nós podemos produzir não só os conteúdos programáticos, como também um sistema em rede, visando à criação de um aparelho formador de recursos humanos voltado para a promoção da saúde e segurança no trabalho”, ressalta Pimentel, para quem a Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS) poderá ter papel importante na implantação da política. “A RET-SUS pode ser um grande formulador. Os equipamentos de saúde e educação que as escolas agregam, bem como a experiência que guardam, são fundamentais”, observa.

■ Oito objetivos

Entre os objetivos do Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho estão também a harmonização da legislação trabalhista, sanitária e previdenciária, relacionadas à saúde e segurança do trabalho, a integração das ações governamentais para o setor, a adoção de medidas especiais para atividades com alto risco de doença e acidentes e a criação de uma agenda integrada de estudos em saúde e segurança do trabalho.

Na avaliação de Scarpelli, a política e o plano foram elaborados para organizar a necessária atuação dos três ministérios em relação à segurança e à saúde do trabalhador. Por isso, cada um tem atribuições específicas.

Ao MTE, entre as funções, cabe promover estudos das legislações trabalhistas, propondo assim aperfeiçoamentos, acompanhar os acordos e convenções da Organização Internacional do Trabalho (OIT), ratificadas pelo Governo Federal, promover estudos e pesquisas que afetam a saúde e a segurança do trabalhador e elab-

orar normas regulamentadoras de Segurança e Saúde no Trabalho. “Hoje, há 35 normas que se referem a aspectos de segurança e saúde e que estão relacionadas a empresas, categorias profissionais ou setor econômico onde o empregador atua”, informa.

O Ministério da Previdência Social ficou responsável por subsidiar a formulação de diretrizes e normas relativas à interseção entre as ações de segurança e saúde no trabalho, coordenar, acompanhar e supervisionar a atualização e a revisão dos Planos de Custeio e de Benefícios, realizar estudos e propor ações formativas, visando o aprimoramento da legislação e das ações do Regime Geral de Previdência Social etc. “Verificamos quais são as atividades laborais submetidas a um alto risco de doenças e acidentes de trabalho e as ações que dizem respeito à aposentadoria e aos benefícios por incapacidade”, exemplifica Pimentel.

Já ao Ministério da Saúde compete, entre outras atribuições, fomentar a estruturação da atenção integral à saúde, o que envolve a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e a assistência e reabilitação física e psicossocial dos trabalhadores, promover a revisão periódica da listagem oficial de doenças relacionadas ao trabalho e estimular o desenvolvimento de processos de capacitação de profissionais do SUS em saúde do trabalhador. “A formação dos trabalhadores e o diálogo social são fundamentais para isso”, destaca Roque Perusso, consultor da Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador, do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, vinculado à Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde.

Tema de cursos técnicos

O Técnico em Vigilância em Saúde é um dos cursos elencados como prioritários no Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps), voltado para a qualificação e/ou habilitação de trabalhadores em cursos de educação profissional para o setor saúde, já inseridos ou a serem inseridos no SUS. E, a saúde do trabalhador, por sua vez, é parte integrante dessa formação, junto com as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental.

De acordo com o artigo 6º da Lei 8.080, de 1990, sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), vigilância da saúde do trabalhador é definida da seguinte maneira: “conjunto de atividades que se destina, através da vigilância epidemiológica e da vigilância sanitária, à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho”. Portanto, esta área abrange desde a assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho, passando pelo fornecimento de informação.



Estudante da ETSUS Acre em aula prática do curso Técnico em Imobilizações Ortopédicas

Segundo o 'Caderno de Diretrizes e Orientações para a Formação do Técnico em Vigilância em Saúde', elaborado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Sgtes), do Ministério da Saúde, em 2011, três eixos estruturam o curso técnico, oferecido por muitas instituições da RET-SUS. São eles: organização e gestão do processo de trabalho da vigilância em saúde; execução de ações e procedimentos técnico-operacionais; e educação e comunicação. No que se refere a este último, diz a publicação do MS, entre as habilidades profissionais está a de "integrar equipes de planejamento e programação de ações de proteção e promoção à saúde de grupos, referidas ao ambiente e à segurança do trabalho".

No curso oferecido pela Escola Politécnica em Saúde de Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), no Rio de Janeiro, o tema é tratado sob a perspectiva histórica do trabalho e da saúde do trabalhador. "Saúde e trabalho tem uma relação antiga. Nossa questão no curso é apresentar a vigilância em saúde do trabalhador como parte indispensável de uma política para a área", salienta a coordenadora da formação, Ieda Barbosa.

Outros conteúdos abordados neste caso dizem respeito à toxicologia, à biossegurança e à ergonomia, focalizando a ideia de trabalho em um ambiente saudável. A legislação trabalhista, voltada para os direitos dos trabalhadores no que se refere às normas regulamentadoras relacionadas à segurança e à medicina do trabalho no país, a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (Renast) e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) são também objetos de estudo do curso. "É no Cerest que as atividades de estágio vêm sendo desenvolvidas", informa a coordenadora.

Outro curso que também trata da saúde do trabalhador é o Técnico em Enfermagem. "Neste caso, o objetivo é fazer com que o profissional esteja preparado para identificar situações de risco e de vulnerabilidade do trabalhador", explica a enfermeira Maria do Carmo Monteiro, coordenadora do curso Técnico em Vigilância em Saúde, da Escola Municipal de Saúde de São Paulo, integrante da RET-SUS.

Segundo ela, a saúde do trabalhador é tratada com maior profundidade no módulo 'O direito à saúde e trabalho'. "Nas habilidades em relação a este módulo, a gente quer que o profissional reconheça a importância do trabalho e a sua interdependência na ocorrência dos agravos à saúde", esclarece. A expectativa é que o profissional seja capaz de relacionar o modo de viver e trabalhar com as doenças ocupacionais e com os problemas de saúde mental.

Sob o título 'Ser trabalhador na sociedade', o primeiro assunto do módulo se propõe a conceituar processo de trabalho, explicar como a relação trabalho e saúde se dá na sociedade e abordar as políticas de saúde, o processo de trabalho e as situações de risco e vulnerabilidade. "Já o segundo, sob o título 'Saúde do trabalhador', prevê a realização de ações educativas de promoção de saúde para o trabalhador e cuidados de enfermagem", resume Maria do Carmo.

A formação se propõe ainda a realizar ações de vigilância em saúde do trabalhador, ou seja, a ensinar a trabalhar com o sistema de notificação dos problemas de saúde dos trabalhadores. "O profissional de enfermagem tem que conhecer o sistema e saber como se faz uma notificação. Pois, se ele for trabalhar em uma

unidade de referência de saúde do trabalhador, será ele quem irá registrar as informações”, justifica.

Maria do Carmo salienta que, por opção pedagógica da escola, os conteúdos referentes à saúde do trabalhador estão sendo incluídos em todos os cursos da instituição e sendo trabalhados segundo a competência de cada formação. “É importante melhorar o atendimento ao trabalhador e honrar com a missão de formar trabalhadores do SUS para área”, afirma.

No curso Técnico em Imobilizações Ortopédicas, oferecido pela Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha, no Acre, outra instituição da RET-SUS, no que tange à saúde do trabalhador, o foco é a recuperação. Esses profissionais são formados para, de maneira geral, confeccionar, aplicar e retirar aparelhos gessados, preparar e executar trações cutâneas e auxiliar o médico nas manobras de redução manual de fratura e luxações. “Ele trabalha em conjunto com ortopedistas e fisioterapeutas e faz todos os procedimentos em gesso, talas metálicas, imobilizações por enfaixamento, retirada de ataduras e auxilia nos procedimentos de recuperação”, resume Ozires Vieira, coordenador do curso na ETSUS Acre.

Durante a formação, os profissionais estudam segurança e saúde no trabalho, biossegurança, legislação trabalhista brasileira no que se refere às normas que regulamentam as ações de trabalho, além da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. “Como eles trabalham com dois profissionais de recuperação da saúde, que é o ortopedista e o fisioterapeuta, é de suma importância o técnico ter conhecimentos nesta área”, observa, complementando que, nesse sentido, são abordadas as principais doenças relacionadas ao trabalho, como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e os Distúrbios Ósteo-Musculares Relacionados ao Trabalho (DORT). “É importante que nossos alunos saibam que doenças dessa ordem provocam muitas vezes o afastamento do trabalho”, salienta.

Organizada em 1.500 horas, a primeira turma deste curso foi iniciada em outubro de 2010 e a previsão de formatura dos 23 alunos matriculados é em setembro deste ano.

■ Especialização e Aperfeiçoamento

Na Escola Técnica do Sistema Único de Saúde (ET-SUS) Blumenau, está em andamento duas turmas descentralizadas da Especialização Pós-Técnica em Enfermagem do Trabalho. Voltado aos técnicos em enfermagem, o curso está sendo oferecido nos municípios de Rio do Sul e Ibirama e conta com 74 alunos. De acordo com a coordenadora pedagógica Kellin Danielski, a especialização está organizada em 375 horas e começou a ser oferecida a partir de uma necessidade identificada na Comissão Integração Ensino-Serviço (Cies). O curso, resume, capa-

cita o profissional para desenvolver a saúde ocupacional. “Este profissional atua orientando novas práticas de cuidado, pensando saúde do trabalhador, cuidado, prevenção de acidentes, promoção da saúde no trabalho e proteção contra possíveis agravos”, ressalta.

Entre as atividades do técnico em enfermagem especializado nesta área estão as de desenvolver programas de avaliação da saúde dos trabalhadores e elaborar e executar uma série de programas que envolvam controle de doenças, higiene e segurança do trabalho e prevenção de acidentes. “É imprescindível que a formação do técnico em enfermagem do trabalho aborde questões educativas, que permita o empoderamento dos trabalhadores acerca de sua saúde, que desenvolva autonomia e a ideia de clínica compartilhada, conferindo uma nova concepção de saúde coletiva”, acrescenta.

Entre os objetivos desta formação estão atualizar e capacitar os técnicos em enfermagem para prestar assistência ambulatorial e de primeiros socorros no local de trabalho, em caso de acidente ou doença, trabalhar na preservação da integridade física e mental do trabalhador, estudar as condições de segurança e periculosidade da instituição e compreender os programas de proteção à saúde do trabalhador. “Ao término do curso, esperamos que o técnico especializado em enfermagem do trabalho torne-se um profissional crítico e reflexivo, comprometido com a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da saúde ocupacional”, esclarece.

O tema faz parte também do Curso de Aperfeiçoamento em Saúde do Trabalhador, oferecido pela Escola de Saúde Pública de Pernambuco, a trabalhadores de níveis médio e superior do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (Cist) e Unidades Sentinela em Saúde do Trabalhador do estado. Iniciado em dezembro de 2011, a formação tem 200 horas e está sendo oferecida em Recife. “Temos como objetivo fortalecer a rede estadual de saúde do trabalhador, por meio de processo formativo dos profissionais responsáveis em multiplicar as ações mais resolutivas em seus municípios de abrangência”, explica Patrícia Coutinho, diretora da ESP-PE.

Com vistas a formar multiplicadores, a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) está desenvolvendo, em parceria com o Cerest estadual, um curso de Formação para Facilitadores em Saúde do Trabalhador para Agentes Comunitários de Saúde. “Estamos prevendo uma carga horária de 120 horas em três momentos: 40 horas de concentração; 40 horas de dispersão; e 40 horas para discussão dos resultados”, revela a diretora de Educação Profissional em Saúde da ESP-CE, Ondina Canuto. Segundo ela, o curso deverá atender agentes comunitários que apresentem o perfil para multiplicadores e técnicos dos centros de referência do estado e de Fortaleza, totalizando 40 participantes. ■

Em sua décima edição, Congresso da Rede Unida discute formação técnica dos agentes comunitários de saúde e necessidade de ampliação das Escolas Técnicas do SUS.

Histórias de ousadia na educação e na saúde

em rede

Beatriz Salomão, Jéssica Santos e Katia Machado

A importância da formação técnica dos agentes comunitários de saúde para a expansão da atenção básica à saúde (ABS) e a necessidade de ampliar e fortalecer as Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) foram temas observados por educadores, gestores e trabalhadores do SUS presentes ao 10º Congresso Internacional da Rede Unida, sediado no Rio de Janeiro, entre os dias 6 e 9 de maio. Sob o tema 'Educação, saúde e participação: a ousadia de construir redes produtoras de vida no cotidiano', o evento teve como objetivo discutir e propor novos cenários para o fortalecimento da atuação dos trabalhadores na implementação do SUS e contou com a participação de diferentes atores, entre eles instituições da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS) e representantes da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (Sgtes/MS).

No Fórum Internacional de Educação na Saúde, do qual participou no dia 8 de maio, no âmbito do congresso, o secretário da Sgtes, Mozart Sales, lembrou as mais de 3,7 milhões de pessoas que trabalham no setor saúde. "Em nenhum outro segmento econômico, o trabalho humano é tão importante", frisou. Ele fez alusão ainda à necessidade de fortalecer ETSUS, Escolas de Saúde Pública e Centros Formadores de Recursos Humanos, bem como de ampliar a formação técnica profissional de nível médio por meio do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps), com foco nas prioridades das Redes de Atenção à Saúde. "Precisamos investir em educação permanente, na formação e na qualificação dos trabalhadores do SUS, voltadas para os serviços de saúde e necessidades do SUS", disse.

Sales reconheceu carência de técnicos para atuação em políticas prioritárias de atenção à saúde e afirmou que experiências como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), cujo fio condutor é a integração ensino-serviço-comunidade, podem servir também à área técnica. Vele citar que o programa tem como pressuposto a educação pelo trabalho e disponibiliza bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde. "Vamos fortalecer a formação na área técnica. Temos que entender qual é a real necessidade e estimular os gestores que têm aparelho formador a ampliar ainda mais o número de vagas", ressaltou.

Na pauta do dia

A formação técnica do agente comunitário de saúde, que hoje somam quase 300 mil no país, para a expansão da ABS e as questões trabalhistas que envolvem esses profissionais foram destacadas por pesquisadores de Escolas Técnicas do SUS, técnicos do Ministério da Saúde e pelos próprios agentes durante o 'Seminário sobre a formação técnica do agente comunitário de saúde'. Promovido pelo Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), nos dias 8 e 9 de maio, no



Tradicionalmente, evento reúne docentes e estudantes de Saúde, trabalhadores dos serviços, residentes e representantes do controle social

contexto do Congresso da Rede Unida, o evento reuniu cerca de 800 pessoas no primeiro dia e, no segundo, 300 participantes.

“A formação do agente comunitário esteve na pauta do Ministério da Saúde em 2004, mas não ocupou o espaço político necessário entre as instâncias governamentais”, lembrou o professor-pesquisador da EPSJV, Gustavo Matta, que moderou a primeira mesa do debate, sob o título ‘O desafio da integralidade na formação dos trabalhadores para a Atenção Primária à Saúde no Brasil’.

Primeiro palestrante dessa mesa, o professor da EP-SJV Carlos Batistella falou sobre o conceito de integralidade do cuidado, passando pelo sentido de integralidade do trabalho e da educação na Saúde, a partir da criação da Sgtes, em 2003, e de integração de equipe. Segundo ele, o primeiro está presente nos princípios e nas diretrizes do SUS. “Diz respeito tanto à assistência quanto à qualidade da atenção, o que inclui conceito de acolhimento e vínculo”, ensinou. Já o conceito de integração de equipe cabe, especialmente, à Atenção Básica, pois, esta se caracteriza pela multiprofissionalidade, modos distintos de trabalho e relação assimétrica de poder. “Como é possível, no entanto, promover a integração de equipe, considerando as diferenças de trabalho, de salário, entre outras, na ABS?”, questionou. Para Batistella, o reconhecimento de saberes poderá ajudar a resolver a questão.

O professor também apresentou o conceito de integralidade do currículo. Segundo ele, o tema remete à ideia de “integralidade ensino-serviço” e de “articulação teoria e prática”, se pensada apenas pela forma tradicional de ensino. Mas há outra dimensão de currículo a ser observada: “A formação tem finalidades sociais mais amplas, que não é só o trabalho, o que permite ao trabalhador

posicionamento autônomo e crítico”, explicou, ensinando ainda que o currículo deverá enxergar as diferenças, sem negar as identidades.

Estudioso do tema, Ruben Mattos, professor do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), lembrou que um dos princípios do SUS, a integralidade, foi antes de tudo uma das “bandeiras de luta” do chamado Movimento Sanitário. “Integralidade era algo pelo qual valia a pena lutar”, recordou.

Sentidos da integralidade

A integralidade, disse Mattos, tem vários sentidos: ela se dá na prática do cuidado, é eixo norteador de novas formas de agir social em saúde, é um ideal regulador e um dever. “Qual é, portanto, o sentido da integralidade na organização do serviço da atenção básica à saúde?”, indagou, buscando pensar um modo de organização que dê conta do chamado “acolhimento”.

Ele explicou como entende a integralidade na ABS a partir de dois modelos de equipe de atenção básica fictícios: uma equipe sem vínculos com o usuário; e uma segunda que sabe, por exemplo, que aquela criança que chegou com febre no ambulatório (demanda espontânea) é a terceira vez que tem os mesmos sintomas. “O segundo caso é a integralidade na prática”, resumiu.

Alguns requisitos são impostos quando se trata da prática da integralidade na ABS. O primeiro, citou, é ter profissionais de nível superior que “saibam que não sabem tudo”. “Este profissional muitas vezes não conhece o usuário nem a comunidade que vive. Já o agente comunitário de saúde normalmente sabe muito mais da vida da comunidade”, comparou.

Segundo requisito é promover o diálogo e o terceiro, “enfrentar a gerência, quando não atendo ao modo de produção”, o que exige capacidade de negociação. “Mas como formamos profissionais com esses requisitos?”, indagou mais uma vez.

Ele observa que o desafio da integralidade na formação dos trabalhadores para a ABS envolve retomar ideias como a da educação permanente e criar espaços de construção de novos sujeitos. “Precisamos criar na atenção básica a escola que ensinará o médico a ser um médico melhor, bem como o enfermeiro, o agente comunitário de saúde e todos os profissionais da equipe, para que deem conta do conjunto das necessidades das pessoas”, recomendou.



Márcia Valéria: ‘Para médicos e enfermeiros, polos de capacitação; já a formação do agente, ficou a cargo do enfermeiro’

Arquivo Rede Unida Comunicação

Coube à professora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), Laura Feuerwerker, última palestrante desse debate, pensar a articulação das três formações: técnica, graduação e pós-graduação. Segundo ela, de um modo geral, cada escola sabe ensinar muito pouco. “As pessoas têm histórias de vida que fazem com que cada um se torne singular. Mas costumamos a ensinar o que as pessoas têm em comum”, criticou.

Laura recordou-se dos vários movimentos que foram feitos no sentido de melhorar o ensino em saúde, com destaque para as diretrizes curriculares, ao preconizar a aprendizagem no serviço. Nesse contexto, porém, a integralidade foi abandonada. “Na Unidade Básica de Saúde, por exemplo, temos estudantes de várias graduações, escolas técnicas e especializações. Mas a presença dos estudantes nas diferentes unidades de saúde dificilmente possibilita observar a integralidade da equipe, pois cada grupo vai em um dia, em um horário”, avaliou. Ela observou que a atenção básica é lugar complexo e que favorece a aprendizagem no encontro com o outro. “Mas para isso é preciso articular e valorizar os muitos saberes”, concluiu.

■ Formações exitosas

Na mesa ‘Histórico e experiência da formação técnica do agente comunitário de saúde no Brasil’, o coordenador-geral do curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde, desenvolvido pela Secretaria Municipal do Recife, Gustavo Dantas, a diretora da Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha, do Acre, Anna Lucia Abreu, e a coordenadora do curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde, oferecido pela EPSJV/Fiocruz, Vera Joana Bornstein, apresentaram experiências exitosas na formação desses trabalhadores.

Antes, porém, a mediadora da mesa e professora-pesquisadora da EPSJV, Marcia Valéria Morosini, lembrou que a formação desses profissionais esteve em parte atrelada à Estratégia Saúde da Família (ESF). Segundo ela, no contexto político-econômico dos anos 1990 e início dos anos 2000, um dos mecanismos de indução da ESF era a formação de trabalhadores. “Mas os investimentos nas equipes foram diferenciados”, recordou.

Márcia contou que, para médicos e enfermeiros das equipes, foram construídos polos de capacitações. Já a formação dos agentes comunitários ficou a cargo do enfermeiro, que era o supervisor. “Somente em 2002, com a aprovação da Lei 10.507, que cria a profissão dos agentes comunitários de saúde, e o movimento desses profissionais se fortalece, é que esses trabalhadores ganham centralidade nas políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde”, destacou.

De acordo com Anna Lucia Abreu, a formação dos agentes comunitários de saúde foi, nos últimos anos, prioridade de algumas ETSUS e centros formadores. Pela ETSUS Acre, primeira experiência a ser apresentada, já se formaram 350 trabalhadores técnicos em agente comunitário, somente na capital do estado. Atualmente, a escola tem 30 turmas, abarcando 20 municípios do estado.

A formação, nesse caso, é dividida em três módulos e tem total de 1.320 horas. “Partindo do mínimo de 1.200 horas, acrescentamos 120 horas, que foram dedicadas a dois eixos, devido à necessidade do estado: materno-infantil e informática básica aplicada aos sistemas de informatização do Ministério da Saúde”, explicou.

Segundo experiência, em Recife, o curso técnico de agentes comunitários de saúde está sendo oferecido em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, por meio da Escola de Saúde Pública de Pernambuco, e foi construído com a Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade de Pernambuco e com o Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde e Combate as Endemias de Pernambuco (Sindacs-PE).

O coordenador Gustavo Dantas informou, na ocasião, que a segunda e a terceira etapas do curso tiveram início em outubro de 2011 e têm previsão de término em setembro deste ano. “Estão sendo oferecidas 53 turmas no estado”, anunciou.

Coube à Vera Joana Bornstein apresentar a experiência de formação desenvolvida pela EPSJV/Fiocruz. O curso, oferecido no Rio de Janeiro, tem um total de 920 horas. De acordo com a coordenadora, a segunda e a terceira etapas tiveram início em outubro do ano passado e deverão terminar ainda em dezembro deste ano. “Temos hoje sete turmas descentralizadas para 210 estudantes”, disse, lembrando ainda que, entre os desafios apontados para a oferta desta formação, destaca-se o fortalecimento do eixo educação em saúde, que dá centralidade ao trabalho do agente e contribui na construção de uma identidade que fortaleça o valor social da profissão e sua inserção na equipe de saúde.

■ Competências técnicas

O papel do gestor frente à formação técnica foi também central nesse debate. Na mesa ‘As instâncias de gestão do SUS e a formação dos agentes comunitários de saúde’, promovida no dia 9 de maio, no contexto do seminário da EPSJV, a consultora do Departamento de Gestão de Educação na Saúde da Secretaria da Sgtes, Mônica Durães, apresentou o histórico das discussões sobre a formação técnica. Em 2003, lembrou, a partir de um grupo de trabalho formado pelo Ministério da Saúde, agentes comunitários, representantes das ETSUS e Ministério da Educação (MEC), foi possível discutir, em oficinas e reuniões, as competências desse profissional. “Para isso, tomamos como referência a legislação do trabalho e as bases legais do sistema educacional. Hoje temos referências legais e o curso está no Catálogo Nacional de Cursos Técnico do MEC”, informou.

Mônica afirmou ainda que está na agenda da Sgtes a proposta de montar oficinas de trabalho para rever o perfil dessas competências e, conseqüentemente, o referencial curricular. “Toda a discussão das competências foi com bases tecnológicas do trabalho do agente comunitário, que já mudou com as políticas implementadas para o fortalecimento da atenção primária”, ressaltou.

O primeiro módulo da formação, com 400 horas, é financiado pelo Ministério da Saúde. Em todo o país, já foram formados cerca de 180 mil agentes comunitários de saúde.

Diretora de comunicação da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (Conacs), Edimeia Gonçalves destacou algumas conquistas alcançadas pelos trabalhadores, entre elas, as Leis nº 10.507, de 2002, criando a profissão de agente comunitário de saúde, e nº 11.350, de 2006, regulamentando a Emenda Constitucional 51, que permite, entre outros pontos, aos gestores locais do SUS admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.

Ela ressaltou como questões centrais para a categoria hoje a formação técnica e a gestão do trabalho. “Não queremos só discutir a questão de ter ou não formação, tem muitas outras formas de qualificação de uma categoria. Precisamos ganhar mais legitimidade em nossa atividade”, observou.

Para ela, a formação técnica vai além da elevação da escolaridade dos trabalhadores, significa aumentar a autonomia intelectual dos agentes. “É dar ao agente comunitário de saúde compreensão global do processo produtivo, com apreensão do saber tecnológico, valorização da cultura do trabalho e mobilização dos valores necessários à tomada de decisão”, orientou.

Ao fim do seminário, os participantes assinaram uma moção de apoio às demandas dos agentes comunitários de saúde, a ser direcionada ao Ministério da Saúde, destacando a necessidade de construir uma agenda política relacionada à educação e ao trabalho desses profissionais. ■

ESP-MG na décima edição do Congresso da Rede Unida

No dia 8 de abril, profissionais da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG) apresentaram a pesquisa ‘O Programa de Qualificação e Desenvolvimento do Agente Comunitário de Saúde: dispositivo de educação, saúde e participação’, em uma roda de conversa promovida no âmbito do Congresso da Rede Unida. Desenvolvido por Marilene Barros de Melo, da Superintendência de Pesquisa da ESP-MG, e Luiz Carlos Brant, da Universidade Federal de Minas Gerais, o estudo teve por objetivo identificar, analisar e compreender as transformações operadas na vida social, familiar e ocupacional dos agentes comunitários de saúde, a partir do primeiro módulo do programa de qualificação ofertado pela escola.

A pesquisa envolveu professores e coordenadores do programa, 15 agentes comunitários, que concluíram o curso em 2008, e moradores da área de atuação desses profissionais. Os resultados apresentados foram: abordagem pedagógica com conteúdo programático e metodologia de ensino em relação de mão dupla entre as práticas em saúde e as concepções teóricas que as sustentam, como importante dispositivo para a legitimação de um saber sustentado em intercâmbios de saberes populares e em problematizações das experiências cotidianas; indissociabilidade entre trabalho, serviços de saúde e produção de saber; ampliação de espaços participativos entre coordenadores dos programas de qualificação em saúde, docentes, trabalhadores e usuários; inserção dos agentes nas oficinas das equipes de saúde da família/comunidade, promovendo o conhecimento da complexidade da missão do agente comunitário, entre outros.

O que se entende por Vigilância em Saúde e qual é o papel do técnico que atua nesta área tão abrangente, que envolve as vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental, além da saúde do trabalhador.

Conceitos atuais de um antigo campo da Saúde Pública

capa

Beatriz Salomão e Jéssica Santos (colaborou Katia Machado)

Duas vezes por semana, às 8 horas da manhã, Tiago Leal inicia a visita a cerca de 20 casas, em Bangu, zona oeste do Rio de Janeiro, em busca de possíveis focos de dengue. Enquanto remove vasilhas e objetos com água parada, ele conversa com os moradores sobre os cuidados para evitar o mosquito vetor da doença. Em outro ponto do país, no Acre, Max de Lima percorre bairros de Rio Branco com uma mochila-fumacê e anota casos de pessoas com doenças como malária, febre amarela e leishmaniose. O que eles têm em comum? Atuam no abrangente campo da vigilância em saúde, que envolve as vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental, além da saúde do trabalhador.

Atividade que remonta ao fim do século 19, com o surgimento da microbiologia e da imunologia, a Vigilância em Saúde se consolidou como instrumento de Saúde Pública. Por outro lado, o lançamento do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps), em 2009, visando estimular a qualificação e habilitação de trabalhadores em cursos de Educação Profissional para o setor Saúde, evidenciou a importância do curso técnico na área, hoje, ofertado por pelo menos 11 das 36 instituições da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS). (ver página 15)

Mas, o que se entende por esta área? O titular da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), Jarbas Barbosa, sintetiza: "Vigilância em Saúde Pública é o monitoramento contínuo e sistemático de eventos de importância em Saúde. O trabalho interfere na tomadas de decisão, no planejamento de ações de prevenção e controle".

O artigo 6º da Lei 8.080, de setembro de 1990, inclui, no rol de atuação do SUS, as vigilâncias sanitária e epidemiológica, além de ações inerentes à saúde do trabalhador, proteção do meio ambiente, controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias. Segundo o texto da chamada Lei Orgânica da Saúde, são papéis do SUS, entre outros, a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas, para consumo humano, e a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos. Ou seja, tarefas relativas ao campo da Vigilância.

Segundo o artigo 1º da Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009, a "Vigilância em Saúde tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como a coletiva dos problemas de saúde".

Nas palavras do professor da Universidade Federal da Bahia (Ufba) e doutor em Saúde Pública Jairnilson Paim, a área foi originalmente concebida para o nível local, a partir da redefinição das práticas de saúde. E, apesar de sua perspectiva coletiva, a Vigilância em Saúde permite o diálogo com as ações individuais atra-

vés de medidas preventivas. “Toma como objetos danos, riscos, necessidades e determinantes de saúde (condições de vida e trabalho), requerendo ação intersetorial”, observa, reafirmando o quanto este campo dá ênfase a problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos com ações sobre o território, articuladas sob a forma de operações.

De acordo com Paim, a Vigilância em Saúde pode ser definida como um modo tecnológico de intervenção em saúde, que “articula um conjunto de ações setoriais e intersetoriais sobre danos, riscos e determinantes socioambientais”.

A mesma portaria, ao aprovar as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios, em seu segundo artigo, classifica vigilância em saúde como “ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde”, definindo as áreas de abrangência deste campo da Saúde Pública.

De acordo com o texto, trabalhos voltados à eliminação, diminuição ou prevenção de riscos à saúde, bem como a intervenção em problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços fazem parte da vigilância sanitária.

A vigilância e o controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos competem à vigilância epidemiológica. A vigilância da saúde do trabalhador visa, segundo o artigo, “à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processo produtivos”. Já a vigilância epidemiológica compreende a vigilância e o controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos.

Jarbas, porém, revela que esta norma será revogada e substituída por outras com conceitos e diretrizes mais atualizados e relevantes ao atual cenário no país. O secretário estuda também apresentar projeto de lei (PL) que atualize a **Lei 6.259, de 30 de outubro de 1975**.

De acordo com o secretário, ainda no segundo semestre deste ano, devem ocorrer debates com Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), instituições da área e deputados de PL. “Todo sistema de notificação compulsória está baseado na Lei de 1975, que está desatualizada e centrada somente na vigilância de doenças transmissíveis. Esta Lei foi feita antes do surgimento do SUS, em uma outra realidade”, justifica

A ideia, acrescenta, é ter um projeto de lei que considere a construção do SUS, as mudanças aplicadas à Lei Orgânica da Saúde, além das transformações do perfil epidemiológico no Brasil. “Hoje temos a necessidade de fazer a notificação não só de doenças, mas também das condições que possam ser risco à saúde pública. Precisamos também de uma melhor descrição das atribuições distintas dos três entes federativos”, conclui.

■ Papel do técnico

Diante de uma área tão abrangente, qual é o papel do técnico? Resumidamente, consiste em desenvolver ações de inspeção e fiscalização sanitárias. De acordo com o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos do Ministério da Educação (MEC), lançado em 2008, o técnico em vigilância em saúde aplica normatização relacionada a produtos, processos, ambientes (inclusive do trabalho) e serviços ligados à saúde. Cabe ao profissional investigar, monitorar e avaliar riscos e determinantes de agravos e danos à saúde e ao meio ambiente.

Ainda, segundo o catálogo, o técnico “atua no controle do fluxo de pessoas, animais, plantas e produtos em portos, aeroportos e fronteiras e desenvolve ações de controle e monitoramento de doenças, endemias e de vetores”.

Os profissionais fazem parte de equipes multidisciplinares de planejamento, execução e avaliação do processo de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador. Profissão não regulamentada por lei, o técnico em vigilância em saúde pode atuar em locais como instituições de saúde, agências de vigilância, além do setor público. Dentro desta última instância, é consenso que a formação é indispensável.

Jarbas Barbosa considera o técnico como uma ponte fundamental entre a equipe de Saúde da Família e a área de Vigilância e entre esses dois setores e a comunidade. Nesse sentido, o secretário da SVS ressalta a importância da integração do técnico com a Atenção Primária, sobretudo com os agentes comunitários de saúde, em ações de intervenção na comunidade. “São pessoas que têm mobilidade de ir a campo aplicar a metodologia da vigilância nos problemas que estão acontecendo”, observa.

Para o secretário, o trabalho de vigilância em saúde só é eficaz se feito em equipe multidisciplinar, com o técnico inserido nela. “O técnico é um excelente exemplo desse profissional generalista, que maneja o instrumental da vi-

A lei dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações e estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças. O texto estabelece ser responsabilidade do Ministério da Saúde a elaboração do Programa Nacional de Imunizações

gilância em saúde como um todo, para identificar riscos, problemas e propor ações. Nos municípios, não podemos ter um especialista em cada área, por isso o ideal é que esse técnico tenha a formação ampla”, opina.

Na avaliação de Paim, o papel desse profissional é seguir, pelo menos, as ações descritas pela Portaria 3.252 e articular-se com os diversos níveis de atenção. Afinal, o artigo 4º desta norma, diz que a “Vigilância em Saúde, visando à integralidade do cuidado, deve inserir-se na construção das redes de atenção à saúde, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde”.

Nereu Henrique Mansano, assessor técnico do Conass, responsável pelo núcleo de epidemiologia, lembra a importância da formação técnica e considera importante um pós-técnico com foco nos campos específicos que compõe a vigilância. “O técnico é uma lacuna importante que nós tínhamos dentro do SUS. Até pouco tempo, não havia formação adequada e tínhamos profissionais como auxiliares de enfermagem, técnicos em enfermagem ou outros de nível médio que atuavam na vigilância em saúde, mas sem ter uma formação específica para isso”, recorda.

Assessor técnico do Conasems, Marcos da Silveira Franco percebe ainda grande carência de profissionais com formação adequada e com visão técnica suficiente para desenvolver as ações de vigilância em saúde nos municípios. O assessor ressalta ser fundamental entender não apenas as especificidades da vigilância, mas a importância da área como instrumento de intervenção no processo saúde-doença. Outro problema, segundo Marcos, é a dificuldade de fixar os profissionais no SUS, devido aos contratos fragilizados. “Além de investir na formação do técnico, é preciso garantir que ele permaneça no SUS. Essa dificuldade ocorre porque muitos municípios não conseguem criar cargos por causa da Lei de Responsabilidade Fiscal. Devido a contratos fragilizados e sem estabilidade, o profissional não permanece no serviço público”, explica.

Criada por meio da Lei 9.782, de 26 de janeiro de 1999, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) — que tem como missão promover a proteção da saúde da população através do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária — tem 13% do quadro total de profissionais composto por técnicos. Entre eles, está o técnico em regulação e vigilância sanitária, que atua em registro, regulação, inspeção, fiscalização e controle das instalações físicas, da produção e da comercialização de alimentos, medicamentos e insumos sanitários, bem como na implementação de políticas e na realização de estudos e pesquisas.

■ Formação técnica

Dados do Censo Escolar do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), do Ministério da Educação (MEC), sugerem mudanças na formação dos profissionais que atuam na Vigilância em Saúde.

A pesquisa, realizada entre 2001 e 2006, revela que nove instituições (apenas uma privada) ofertavam curso na área, com nomes como: Técnico em Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental; Técnico em Vigilância Sanitária e Saúde; Técnico em Saúde com Habilitação em Vigilância Sanitária; e Curso de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental. Das nove instituições, quatro estavam em Santa Catarina e as demais, em Mato Grosso, Minas Gerais e Rio de Janeiro. O número de alunos matriculados em todos os cursos era 873.

Já dados do Censo de 2007 a 2011 indicam que 31 instituições passaram a ofertar o curso, todos com o mesmo nome: Vigilância em Saúde. Sete são federais, 11 estaduais e 11 privadas, totalizando 1,6 mil alunos matriculados.

Professor-pesquisador do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde (Lavsa), da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), Maurício Monken afirma que a formação técnica em Vigilância em Saúde ganhou consistência com o Profaps, em 2009. Antes do programa do Ministério da Saúde, recorda, os cursos eram ofertados de forma fragmentada, com foco nos chamados ‘Curso Básico de Vigilância Epidemiológica’ e ‘Curso Básico de Vigilância Ambiental’. “A formação técnica contemplando todas as áreas contidas na Vigilância em Saúde começou mesmo com o Profaps. Antes disso, não se formavam técnicos. Os cursos eram de qualificação profissional, tinham carga horária menor e abordavam partes específicas deste campo”, explica.

Monken lembra que o campo se confunde com a história da saúde pública, e a inserção do profissional técnico vem desde as campanhas sanitárias de Oswaldo Cruz. “Antigamente, tínhamos os guardas sanitários, depois vieram os mata-mosquitos. Agora, é que o técnico de vigilância em saúde está sendo mais bem estruturado. Antes, os profissionais que atuavam no campo da vigilância tinham formações focadas em algumas doenças. A fragmentação sempre foi um problema. Tanto que, hoje, ainda temos diversas nomenclaturas para um mesmo profissional, como agente de endemias, agente de saúde ambiental”, observa.

Para o professor da EPSJV, o Profaps traz um norte na formação e pode ser a solução para esta fragmentação. Vale citar que o curso técnico em Vigilância em Saúde da EPSJV, que começou a ser oferecido aos alunos do Ensino Médio em 2008, já trabalha nesse sentido. De acordo com ele, a formação entende a vigilância como modo tecnológico de organização do trabalho no território. O professor ressalta que a proposta do curso é tornar o técnico apto a atuar de forma intersetorial nas diversas questões a partir do território, em aspectos ligados a ambiente, doença, epidemiologia, vacinação, além da vigilância sanitária.

Segunda Ieda Barbosa, coordenadora do curso de Vigilância em Saúde da EPSJV, a formação está organizado em 1,4 mil horas e, desde março deste ano, ofertada a 150 trabalhadores da rede municipal do Rio de Janeiro, divididos em cinco turmas. A previsão é que outras cinco turmas co-

mecem no segundo semestre para outros 150 alunos. As primeiras turmas devem se formar em dezembro deste ano.

O curso trabalha a interface entre as quatro áreas da vigilância e a integração do técnico na Atenção Primária, sobretudo na Estratégia Saúde da Família (ESF), em conformidade à Portaria nº 1.007, de 4 de maio de 2010. A norma define critérios para regulamentar a incorporação do agente de combate às endemias ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na Atenção Primária à Saúde, visando o fortalecimento das ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família.

No contexto de fortalecimento do técnico de vigilância em saúde, Ieda destaca o Programa de Formação de Agentes de Vigilância em Saúde (Proformar), lançado em 2001, com o objetivo de desenvolver ações que envolvessem a qualificação de trabalhadores de nível médio que atuavam na área. Ela recorda que, por meio do programa, realizado em parceria com a EPSJV, através de cursos a distância, com momentos presenciais, foram qualificados, de 2004 a 2006, 30 mil agentes de vigilância em saúde em todo o país.

A origem desta iniciativa está na Portaria do Ministério da Saúde nº 1.399, de dezembro de 1999, por meio da qual a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) cedeu guardas de endemias e agentes de saúde pública a estados e municípios. O programa, por fim, foi responsável pela qualificação de cerca de 32 mil profissionais, pela produção e disseminação de mais de 35 mil livros didáticos e pela articulação de uma ampla rede técnico-pedagógica, envolvendo mais de 260 núcleos descentralizados e 1.100 docentes em todo país. "O programa fortaleceu a ideia de que o técnico de vigilância em saúde é fundamental no SUS, porque realiza no território trabalho que permite identificar não só a doença, mas diversos outros fatores que interferem na saúde da população. Outra questão muito importante é a promoção e a educação em saúde, sem desconsiderar as ações intersetoriais", avalia.

Há dez anos trabalhando como auxiliar de controle de endemias na secretaria municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Tiago de Aragão Leal está, desde abril, na Clínica da Família Kelly Cristina de Sá Lacerda Silva, em Bangu. Desde fevereiro, ele cursa o técnico em Vigilância em Saúde na EPSJV e afirma que a formação está ampliando sua visão sobre o tema. O curso técnico é o primeiro que faz na área da Saúde. "Trabalho de forma integrada com o agente comunitário de saúde e com outros profissionais da clínica. O curso técnico é muito amplo e me dá uma visão multidisciplinar de todas as áreas da Vigilância em Saúde", relata.

■ Formação na Rede

Cursos técnicos neste vasto campo da Saúde Pública estão sendo oferecidos por, pelo menos, 11 das 36 instituições de ensino pertencentes à RET-SUS: Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha (ETSUS Acre); Escola de

Saúde Pública do Ceará (ESP-CE); Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG); Escola de Saúde Pública do Estado do Mato Grosso (ESP-MT); Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba (Cefor-RH PB); Escola de Saúde Pública de Pernambuco (ESP-PE); Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha, no Paraná (Cefor PR); EPSJV/Fiocruz (Rio de Janeiro); Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manoel da Costa Souza (Cefor RN); Escola de Formação em Saúde (Efos), em Santa Catarina; e Escola Municipal de Saúde de São Paulo (EMS-SP).

No Rio Grande do Norte, o Cefor Dr. Manoel da Costa Souza iniciou nove turmas do Técnico no dia 1º de junho, quando foi realizada aula inaugural no auditório da instituição. Oferecido pela primeira vez, o curso é ofertado a 300 alunos das oito Regionais de Saúde do estado. A formação é executada com recursos do Profaps e tem como objetivo habilitar técnicos de nível médio para realizar ações de vigilância na perspectiva da atenção integral.

Diretora técnica da escola, Magda Barrêto conta que o processo de mapeamento da demanda foi debatido em reuniões com a coordenação de promoção à saúde, subcoordenadorias das vigilâncias da Secretaria de Estado da Saúde Pública e com os gestores municipais de saúde. "Isso também foi discutido durante Seminário Estadual de Educação Permanente, ocorrido em 2007, e reafirmado em questionário que a escola enviou aos municípios", lembra.

Na ESP-MT, há duas turmas em andamento. Iniciadas em 2009, depois de um período de paralisação, estão previstas para terminar no segundo semestre deste ano e início de 2013. São 54 estudantes, oriundos de cidades das Regionais de Saúde Ponte de Lacerda e Juina, municípios sedes onde as turmas são executadas. "Essas turmas iniciaram antes de sair às orientações curriculares para este curso. A partir das diretrizes, serão implantadas seis novas turmas", anuncia Márcia Regina Baicere, coordenadora do curso na escola.

Das seis turmas, quatro serão ofertadas com recursos do Profaps. Com 1.600 horas, serão 30 vagas para cada uma. "Tudo é pactuado nos Colegiados de Gestão Regional, desde as vagas até o modo como iremos organizar as turmas", diz a coordenadora. Com previsão para início no segundo semestre deste ano, a ESP-MT já está no processo de seleção de docentes. A ideia é que os profissionais selecionados participem de uma capacitação pedagógica e façam o planejamento das aulas com as equipes da Vigilância em Saúde e da Atenção Básica do estado.

Entre 1996 e 2004, a ESP-MT formou 188 profissionais, em nove turmas do Técnico em Vigilância Sanitária.

ria e Saúde Ambiental. “Nosso currículo já trabalhava as quatro vigilâncias, mas eu achava que não tinha essa integração. Espero que com essa nova matriz, eles consigam perceber que uma depende da outra e uma complementa a outra”, ressalta. Para a coordenadora, o resultado esperado é melhorar a qualidade das ações para a população. “O curso vem para aprimorar e valorizar o trabalho e melhorar os serviços na área da saúde”, conclui.

Ainda, no segundo semestre deste ano, a ETSUS Acre irá promover a formatura de duas turmas do Técnico em Vigilância em Saúde. Uma é ofertada na sede da instituição, em Rio Branco, e a outra em Cruzeiro do Sul. As duas iniciaram em setembro de 2010, têm 1.560 horas, 35 alunos em cada turma e são oferecidas com recursos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps).

Para Anna Lucia Abreu, diretora da ETSUS Acre, a formação tem como objetivo fazer com que os profissionais consigam enxergar a vigilância como um todo. A escola pretende também, com recursos do Profaps, ofertar mais de 600 vagas do Técnico em todo o estado, a partir do segundo semestre. “Inicialmente, serão iniciadas quatro turmas com 80 vagas. As demais, no ano que vem”, informa Anna. Ainda de acordo com a diretora, há previsão de oferta de forma descentralizada nos municípios de Plácido de Castro, Capixaba, Acrelândia e Senador Guiomard.

A Efos, em Santa Catarina, também iniciou uma turma do Técnico em Vigilância, em setembro de 2010, com previsão de formatura em outubro deste ano. A formação ocorre na sede da escola e tem um total de 1.600 horas. Antes, entre 1997 e 1998, a Egos ofereceu o curso Técnico em Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental, no município de São José, formando 28 técnicos. Já, entre 1999 e 2000, foram formados 24 profissionais, em parceria com a ETSUS Blumenau. “Foi um curso excelente, deu uma bagagem muito grande para o pessoal que estava participando da formação”, recorda Terezinha Gorla de Oliveira, estudante da turma de 1997 e, hoje, coordenadora do curso oferecido pela Efos. Entre 2008 e 2010, a escola executou duas turmas do Técnico em Vigilância em Saúde nas regiões Serrana e Meio Oeste, formando 36 profissionais. Com recursos do Profaps, a escola pretende oferecer novas turmas.

A ESP-MG também irá iniciar seis turmas do Técnico em Vigilância em Saúde no próximo semestre. O curso, que conta com recursos do Profaps, terá 1.320 horas, das quais 610 serão destinadas a atividades teóricas e 710 para atividades práticas. Das seis turmas previstas, duas serão oferecidas na sede da escola, para 70 profissionais, e outras quatro serão descen-

tralizadas, abrangendo 140 alunos, o que totaliza 210 estudantes. Os municípios que receberão as turmas ainda serão definidos pela ESP-MG.

■ Descentralizada, pela primeira vez

O Cefor Caetano Munhoz da Rocha, no Paraná, iniciou em março deste ano, pela primeira vez, de forma descentralizada, o curso Técnico em Vigilância em Saúde. São 20 turmas nesse formato, contemplando as 21 Regionais de Saúde do estado, além de uma ofertada na sede da escola, em Curitiba. Estão sendo contemplados mais de 700 trabalhadores. “Este é um grande desafio, porque são as primeiras turmas”, comenta Arlete Spoladore, coordenadora pedagógica da escola. “Com esta formação, eles poderão trabalhar de maneira integrada às quatro áreas da vigilância”, acrescenta Claudia Pilotto, coordenadora do curso.

O curso tem 1.440 horas, distribuídas ao longo de 18 meses. De acordo com Claudia, a quantidade de turmas foi pensada a partir das necessidades locais. “A demanda por esta formação existe há muito tempo. Sempre quando tinha reunião nas regionais, era solicitada”, lembra a coordenadora. Entre novembro e dezembro de 2011, 126 profissionais passaram por uma capacitação pedagógica correspondente aos dois primeiros módulos do curso. No início de março, foi realizada uma capacitação técnica, que contou com a participação de 63 profissionais.

No Cefor Paraíba, as aulas inaugurais deste Técnico foram realizadas nos dias 27 e 28 de dezembro de 2011, em João Pessoa e Campina Grande. Entre os dias 9 e 11 de janeiro de 2012, as aulas tiveram início nos municípios de Cajazeiras, Catolé do Rocha, Monteiro, Patos, Cuité e Itaporanga. Ao todo, serão capacitados 400 trabalhadores, oriundos de 166 municípios paraibanos. O curso tem 1.440 horas, distribuídas entre teoria, prática e estágio. A formação também é ofertada com recursos do Profaps.

A ESP-PE está executando cinco turmas do Técnico em Vigilância em Saúde. Duas delas acontecem na sede da escola e tiveram início em outubro de 2011. Ao todo, a formação tem 58 alunos, oriundos da 1ª Regional de Saúde, que abrange 19 municípios. As outras três tiveram início em março deste ano e são oferecidas de maneira descentralizada nos municípios de Limoeiro, com duas turmas de 58 alunos, no total, e uma em Timbauba, com 26 estudantes. A formação tem 1.480 horas, distribuídas ao longo de 18 meses. A escola irá iniciar ainda a fase de matrícula nos municípios de Serra Talhada e Afogados da Ingazeira, com previsão de início no segundo semestre. De acordo com Patrícia, o objetivo da ESP-PE é oferecer a formação nas 12 Regionais de Saúde do estado. ■

"A vigilância é uma das atividades mais antigas na área de saúde pública", classifica Jarbas Barbosa. Ele lembra que, no Brasil, uma das primeiras práticas de vigilância ocorreu na transferência da Coroa Portuguesa ao país, em 1808. Na ocasião, cita o secretário, foram feitos registros de pessoas com doenças "quarentenáveis" que chegavam nos navios.

O doutor em Saúde Pública Jairnilson Paim, por sua vez, cita autores, como Juan Cesar Garcia (1932-1984), associando o termo "vigilância" ao campo militar, "pois se antes se cogitava em erradicar ou eliminar o inimigo, com o advento da Guerra Fria (1945-1991) caberia mais o controle e a vigilância, dada a impossibilidade de extinção do oponente". A Saúde Pública convencional, por sinal, está tomada por termos militares, como campanha, ataque, estratégia etc.

Segundo Paim, especialmente após a Segunda Guerra Mundial (1945), surgiu a expressão 'vigilância epidemiológica', associada a uma das etapas da campanha de erradicação da malária. O professor lembra que, na época, usava-se apenas este termo. "Na década de 60, o físico-químico norte-americano Irving Langmuir (1881-1957) deu ênfase a aspectos relativos à informação ou à inteligência epidemiológica, aproximando-se aos conceitos da CIA [traduzido do inglês, Agência Central de Inteligência]. Já o epidemiologista tcheco Karel Raska (1909-1987), no Leste Europeu, destaca a informação articulada com a ação ou a intervenção para o controle das doenças", cita.

A vigilância epidemiológica era um campo burocrático, composto por instituições e agentes vinculados ao Estado, relacionado com o componente da saúde pública voltado para o controle de epidemias, com ênfase nas doenças infecciosas. "A vigilância epidemiológica tradicional era caracterizada por práticas de vigilância identificadas no cotidiano dos serviços, instituídas historicamente e distantes do debate conceitual: ações de notificação, investigação, consolidação de dados e adoção de medidas de prevenção e controle referentes às doenças transmissíveis", explica.

Esse conceito, segundo o estudioso do tema, muda com o tempo. A Organização Mundial da Saúde (OMS), por exemplo, propõe a criação de Sistemas de Vigilância Epidemiológica e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), no início da década de 70, publica um artigo de Henri Fossaert e Clovis Tigre, estabelecendo definições e propondo formatos distintos de sistemas (vertical e horizontal). "Possivelmente este artigo e um seminário realizado no Brasil na primeira metade daquela década serviram de fundamento para um texto apresentado na 5ª Conferência Nacional de Saúde, em 1975, e para a promulgação da Lei nº 6.259 no mesmo ano", observa. Na década de 80, acrescenta, textos publicados pelo CDC [Government Centers for Disease Control and Prevention] começam a usar a denominação 'Vigilância em Saúde Pública'.

Esta denominação, segundo Paim, traz uma vertente "modernizadora" do campo, amplia o objeto de atuação e corresponde a uma tecnologia empregada em Saúde Públi-

ca para subsidiar a tomada de decisão sobre medidas de prevenção e controle de eventos relacionados à saúde (riscos e danos), ou recomendar ações de promoção da saúde.

De acordo com Eliseu Alves Waldman, do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), a origem do termo vigilância como uma prática de saúde pública surgiu no final do século 19, com o aparecimento da microbiologia e a imunologia como novos campos do conhecimento. Na época, o instrumento consistia no acompanhamento de pessoas que tiveram contato com pacientes vítimas de doenças infecciosas. "Esse acompanhamento deveria se prolongar pelo período máximo de incubação da doença com a qual a pessoa havia tido contato", explica.

Segundo ele, a vigilância com esse significado foi introduzida no Brasil no fim do século 19, nos primeiros códigos sanitários. "Era uma medida de controle que substituiu a quarentena e o isolamento que afastam completamente o indivíduo do convívio social". Ele alerta que essa concepção é completamente distinta da vigilância epidemiológica, que tem início da década de 1950. "Não é um instrumento de controle. Mas, sim, um sistema de inteligência epidemiológica que tem por finalidade, a partir da análise sistemática do comportamento das doenças, elaborar as bases técnicas que fundamentam as estratégias de controle", salienta.

De acordo com o Dicionário da Educação Profissional em Saúde, publicado pela EPSJV, em 1968, a 21ª Assembleia Mundial de Saúde promove ampla discussão sobre a aplicação da vigilância no campo da saúde pública, resultando "em uma visão mais abrangente desse instrumento como recomendação de sua utilização não só em doenças transmissíveis, mas também em outros eventos adversos à saúde".

Um dos grandes marcos que conceitua o campo data as décadas de 60 e 70, durante a Campanha de Erradicação da Varíola, institucionalizada nos serviços básicos de saúde em 1975. Segundo Eliseu, a implantação da vigilância epidemiológica na rede de serviços básicos de saúde do Brasil tem início com a Lei de 1.975, que cria o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.

Outros dois marcos destacados por Jarbas Barbosa é a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em 1999, e a criação da SVS, em 2003. "Hoje, no Brasil, temos parâmetros comparáveis a qualquer país desenvolvido do mundo na parte de registros para medicamentos, produtos médicos e serviços. Antes da Anvisa, o trabalho era precário", afirma.

No que se refere à secretaria, para Jarbas, o grande ganho foi reunir em uma estrutura ações que estavam espalhadas dentro do Ministério da Saúde. "Reunimos todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças e de promoção à saúde. Isso fortalece essas ações e acaba com a fragmentação que havia antes", conclui.

Instituição formou profissionais técnicos em Saúde Bucal, Enfermagem e Nutrição e Dietética e planeja realizar, este ano, os Técnicos em Citopatologia e em Radiologia.

ETSUS Rondônia: oito anos dedicados à educação profissional

escola em foco

Katia Machado

O Centro de Educação Técnico Profissional na Área da Saúde (Cetas), em Rondônia, tem hoje 160 alunos em formação técnica, todos servidores lotados e em efetivo exercício no SUS. São duas turmas do Técnico em Enfermagem, três do Técnico em Nutrição e Dietética e duas do Técnico em Saúde Bucal. O desafio de capacitar pessoas para desenvolver um bom atendimento, como observa a pedagoga Sandra Borges, coordenadora do Cetas, se destaca em um momento importante: a escola, no mês de maio, completa oito anos de dedicação à formação técnica para o sistema de saúde do estado.

Não por acaso, neste ano ainda, a escola pretende iniciar, no contexto do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps), 15 turmas de Especialização Pós-Técnica em Saúde do Trabalhador, destinadas a técnicos em enfermagem que trabalham na área, e novas turmas dos Cursos Técnicos em Nutrição e Dietética e em Saúde Bucal. Em 2013, a proposta é organizar uma turma do Técnico em Radiologia e uma de Citopatologia, os dois cursos com recursos do Profaps.

Estão também previstas para 2012 quatro turmas do Técnico de Enfermagem e duas do Técnico em Registro e Informação em Saúde, destinadas a 180 alunos, e, em 2013, a realização de 13 turmas do Técnico de Vigilância em Saúde, para 390 profissionais que atuam na área, e 12 turmas do Técnico em Análises Clínicas, para 360 pessoas. Além desses, outros cinco cursos de qualificação estão no planejamento: Saúde do Idoso; Saúde Mental; Saúde da Mulher; Assistência de Enfermagem para a Qualidade do Atendimento ao Usuário; e Urgência e Emergência. Essas formações compreenderão 1.700 educandos.

Mais de cem alunos em formação: desafio de capacitar pessoas para desenvolver um bom atendimento



Arquivo ETSUS Rondônia

Resgate da história

No dia 20 de maio de 2004, por meio da Lei nº 1.339, era criado o Centro de Educação Técnico Profissional na Área da Saúde (Cetas), em Rondônia. Mas, foi dois anos depois, em 3 de abril de 2006, que a Escola Técnica do SUS (ETSUS) do estado foi inaugurada. São oito anos de criação e seis de inauguração. O período entre um ano e outro foi marcado por muito trabalho: organização e planejamento de suas atividades.

O ano de 2005 foi dedicado à elaboração, apresentação e aprovação de documentação, como Estatuto e Regimento Interno da escola, bem como de preparação e apresentação ao Conselho Estadual de Saúde (CEE) do Plano de Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (1ª etapa).

Diretora do Cetas desde setembro de 2011, mas na instituição desde a sua criação, Angelita Mendes lembra que naquele ano foram realizadas várias reuniões com prefeitos e secretarias municipais de Saúde para pactuação na execução da 1ª Etapa Formativa do curso técnico.

Esta primeira etapa, iniciada em 2006, contou com o apoio financeiro do município de Porto Velho e tinha como meta abarcar 2.410 agentes comunitários de saúde do estado. As expectativas, porém, foram superadas: entre 2006 e 2009, foram formados 2.898 agentes comunitários de saúde, de 52 municípios. “A formação, organizada em 400 horas, colaborou para a incorporação de novos conhecimentos técnicos e práticos pelos agentes comunitários no desenvolvimento de suas atividades laborais e sinalizou para a necessidade do reconhecimento e apoio institucional desse profissional para o melhor exercício de sua profissão”, registrou um projeto de pesquisa, executado em 2008, com recursos do Ministério da Saúde, a partir de entrevistas com um psicólogo, uma pedagoga, uma administradora pública e três agentes.

Pioneirismo

Ainda, em 2006, surgiram os primeiros cursos de qualificação, destinados a diferentes trabalhadores, como o de Primeiro Socorros, Biossegurança, Relações Humanas nos Serviços de Saúde, Atualização em Hemoterapia, Brigada de Incêndio, entre outros.

No mesmo ano, o Cetas apresentou ao CEE a proposta do curso Técnico em Higiene Dental, atual Técnico em Saúde Bucal. A primeira turma deste curso foi oferecida em 2008, paralelamente à criação dos cursos técnicos em Enfermagem e em Nutrição e Dietética. “Até hoje mantemos essas formações”, comemora Angelita. De acordo com a diretora do Cetas, somente o Técnico em Saúde Bucal formou 107 profissionais no estado. Até 2009, foram executadas uma turma em Porto Velho, uma em Cacoal, uma em Vilhena e outra em Rolim de Moura.

Hoje, são três cursos em andamento: Técnico em Enfermagem (duas turmas), com 1.800 horas; Técnico em Nutrição e Dietética (três turmas), com 1.440 horas; e Técnico em Saúde Bucal (duas turmas), com 1.450 horas. “A escola possibilita ao servidor vislumbrar uma melhor qualificação no serviço”, diz Angelita.

Vale destacar que o Centro de Educação é uma autarquia estadual voltada para a qualificação dos profissionais inseridos no SUS de Rondônia, tendo como princípio fundamental a formação técnica baseada no conceito de cidadania. Seus objetivos são: oferecer ensino técnico profissionalizante aos servidores, inseridos no SUS do estado e municípios de Rondônia; qualificar os servidores para atualização de novas práticas e conhecimentos, melhorando a qualidade no atendimento aos usuários do SUS; e desenvolver projetos de investigação científica, contribuindo para identificação de novas práticas de saúde e conhecimentos para o fortalecimento do SUS.



Arquivo ETSUS Rondônia

Qualidade no ensino assegurada pela equipe técnica e pedagógica

Aluna de uma das turmas do Técnico em Nutrição e Dietética — prevista para terminar em outubro deste ano —, Luzia Silva, que é auxiliar de Nutrição do Hospital de Base do estado, conta que o curso vem proporcioná-la conhecimentos que não tinha até então. “Hoje sei que uma anamnese é uma entrevista”, exemplifica. Para ela, a escola significa oportunidade de unir teoria e prática.

O que assegura o padrão de qualidade da escola é a composição de sua equipe técnica e pedagógica, afirma Angelita. A diretora informa que hoje a instituição conta com três mestres e conquistou seis vagas no Curso de Especialização em Gestão Pedagógica nas ETSUS (edição 51 da RET-SUS), oferecido pelo Ministério da Saúde com vistas a fortalecer o processo de gestão nos espaços de formação técnica do SUS. “A capacitação de nossos profissionais faz com que tenhamos um novo entendimento sobre a formação”, conclui. ■

'Reduzir a discussão do financiamento da saúde à má gestão é falacioso e cômodo'

Gilson Carvalho

entrevista

Kátia Machado

Médico-pediatra e de Saúde Pública, Gilson Carvalho tem tratado frequentemente em seus artigos, publicados no site do Instituto de Direito Sanitário Aplicado (Idisa) e no blog Saúde Brasil (antigo Saúde com Dilma), do financiamento da Saúde. Militante e defensor do sistema, Gilson fala, nesta entrevista à RET-SUS, sobre o desfinanciamento federal, desde a Constituição de 1988, e da necessidade de mais recursos para a área.

Ele defende os 10% da receita corrente bruta da União para a Saúde, proposta que foi derrubada no Senado Federal, em dezembro de 2011, quando a Casa Parlamentar aprovou a Lei Complementar 141, regulamentando a Emenda Constitucional 29. Sancionada em janeiro deste ano pela presidenta da República, Dilma Rousseff, a Lei estabelece, entre outros pontos, o que deve ser considerado gasto em saúde e os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Distrito Federal, estados e municípios em ações e serviços públicos de Saúde. Segundo o texto aprovado, permaneceu para a União a regra segundo a qual o governo deve aplicar na Saúde o valor empenhado (reservado para gasto) no orçamento anterior, acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Foram também mantidos os percentuais obrigatórios que estados e municípios devem investir na Saúde: 12% e 15% da receita, respectivamente.

De acordo com Gilson, são várias as evidências de necessidades de mais recursos públicos. Além das transições demográfica, epidemiológica, nutricional, tecnológica e cultural pelas quais o país passa, basta comparar o gasto público brasileiro com a média mundial. "No Brasil, o PIB de 2010 foi de R\$ 3,6 trilhões. Já o gasto com saúde pública foi de R\$ 138 bilhões, ou seja, 3,8% do PIB. Se aplicado os 5,1% do gasto médio dos países do mundo, o Brasil teria necessidade de R\$ 184 bilhões", calcula.

Segundo dados de 2008 da Organização Mundial da Saúde (OMS), os percentuais do PIB público em países do mundo foram de: 5,14% (mundo); 2,19% (países de baixa renda); 1,95% (países de média renda); 3,6% (países de alta média renda); e 6,9% (países de alta renda). "Temos certeza de que não será mais dinheiro capaz de resolver todos os problemas de saúde do Brasil. Mas também não se resolve sem dinheiro", afirma.

Em um de seus artigos sobre o tema do financiamento, você diz que há dois discursos em curso: uns dizendo que falta dinheiro e outros, radicalizando no extremo oposto, que o problema único ou maior é a falta de gestão. Não seria, no entanto, uma falácia dizer que o problema maior e único do SUS é a má gestão?

Reduzir a discussão do financiamento da saúde à má gestão é falacioso e cômodo. Aqueles, a quem convém, querem impingir esta causa como única e/ou principal. De um lado está o governo federal (o grupo que eu chamo de “planieconomocracia”), que não quer gastar mais dinheiro com Saúde. De outro lado, os empresários, que não querem aumentar a carga tributária, mesmo que esta sempre seja paga pelos cidadãos. Induzido pelos dois, a população não quer contribuir com mais, ainda que em pesquisas ache que com mais dinheiro a Saúde poderia ser melhor.

Quando se trata dos problemas do SUS, você fala em multicausalidade: falta de dinheiro, falta de gestão e falta de honestidade. É possível combater todas essas causas?

Tem que ser. São questões que devem estar presentes na organização da sociedade. É um estado de evolução necessário a que todas as nações devem chegar. É preciso ter dinheiro suficiente para conseguir os

objetivos primordiais propostos e, de outro lado, usar melhor este dinheiro pela eficiência e não ter nenhuma perda pela corrupção. Temos que buscar os meios para isso. Ainda que caminhemos por caminho correto, os problemas dessas três ordens (falta de dinheiro, de gestão e de honestidade) são muitos e as soluções, pouco aplicadas, e, conseqüentemente, andamos em passos “tartarugais”. Temos mais dinheiro, sim, graças aos recursos novos de estados e municípios e, menos, devido à estagnação do financiamento federal. Temos combatido a corrupção, melhorando os controles internos e externos do sistema. Na área da Saúde, contamos inclusive com a presença dos conselhos de saúde, que exercem tal papel, mas muitas vezes ainda de forma incipiente e pouco efetiva.

Por que a Saúde precisa de mais recursos?

Temos certeza de que não será mais dinheiro capaz de resolver todos os problemas de saúde do Brasil. Mas também não se resolve sem dinheiro. Chegar à conclusão de que a saúde precisa de mais recursos não é difícil. Gosto de fazer três comparações irrefutáveis, ainda que grosseiras e não tão finas e ajustadas: 1) comparar o gasto público com Saúde aos valores gastos pelos planos de saúde para não garantir a integralidade; 2) ao percentual do PIB gasto com Saúde Pública nos países do mundo; 3) ao gasto *per capita* dos países mais ricos, da Europa e da América.



Xico Carvalho

“ Se aplicados os 5,1% do gasto médio dos países do mundo, o Brasil teria necessidade de R\$ 184 bilhões.”

A que conclusões você chega a partir dessas comparações?

Em 2010, por exemplo, o gasto público com saúde foi de R\$ 138 bilhões, sendo R\$ 62 bilhões da União, R\$ 37 bilhões dos estados e R\$ 39 bilhões dos municípios. Já o gasto privado foi de R\$ 153 bilhões, sendo R\$ 73 bilhões de custos com planos de saúde, R\$ 25 bilhões com gastos diretos e R\$ 55 bilhões com medicamentos. Somando gasto público e privado, a Saúde contou com um montante de R\$ 291 bilhões. Isso significou um gasto público por brasileiro de R\$ 1,98 por dia. Já o valor por usuário dos planos foi de R\$ 1.560,00. Fazendo apenas essa comparação, entre gasto público e gasto dos planos de saúde, seriam necessários R\$ 298 bilhões. Ou seja, o Brasil precisaria de mais R\$ 160 bilhões públicos. E vale lembrar que os planos de saúde não oferecem o que o SUS tem obrigação de oferecer.

Se compararmos ainda os gastos da União, estados e municípios com Saúde Pública à média percentual do PIB gasto com Saúde por todos os países do mundo, em 2010, veremos que o Brasil precisaria de mais R\$ 46 bilhões. No Brasil, o PIB de 2010 foi de R\$ 3,6 trilhões. Já o gasto com Saúde Pública foi de R\$ 138 bilhões, ou seja, 3,8% do PIB. Se aplicados os 5,1% do gasto médio dos países do mundo, o Brasil teria necessidade de R\$ 184 bilhões. De acordo com a OMS, em 2008, os percentuais do PIB público em países do mundo foram de: 5,14% (mundo); 2,19% (países de baixa renda); 1,95% (países de média renda); 3,6% (países de alta média renda); e 6,9% (países de alta renda).

Já o gasto *per capita*, segundo dados da OMS de 2008, foi de US\$ 2.589,00 (países de maior renda), US\$ 1.520,00 (países da Europa) e US\$ 1.484,00 (países das Américas).

Considerando o dólar no valor de R\$ 1,693 (corrigido em dezembro de 2010) e comparando ao primeiro grupo, o Brasil necessitaria de R\$ 846 bilhões, ou mais R\$ 708 bilhões. Em relação ao segundo grupo, precisaria de R\$ 497 bilhões, ou mais R\$ 359 bilhões. E, em relação ao terceiro grupo, de R\$ 485 bilhões, ou mais R\$ 347 bilhões, tomando como referência os R\$ 138 bilhões gastos com a Saúde Pública em 2010.

É possível então afirmar que existe um subfinanciamento do SUS? Onde estão os males desse subfinanciamento?

Os males do subfinanciamento estão relacionados à quantidade de serviços e de sua qualidade. Não podemos esquecer que é multicausal e temos outras perdas, como dito antes. Comemorar o fato de o SUS, a cada ano, prestar mais serviços à população (3,8 bilhões de procedimentos em 2011) é insuficiente de maneira global, e mais insuficiente quando se está pensando no âmbito individual: minha saúde, meus filhos, meus pais etc. Qualquer falha que me toque diretamente é um problema enorme e com péssima repercussão.

Estariam municípios e estados cumprindo com o que determinada a Emenda Constitucional 29 e a Lei Complementar 141, ou seja, aplicando em serviços e ações de Saúde, no mínimo, 15% e 12%, respectivamente?

Nem todos os municípios cumprem os mínimos, mas a diferença é insignificante. A quase totalidade cumpre e o faz com mais recursos que os mínimos. Eles têm gastado com saúde até mais que o devido, a partir de 2000. Os municípios chegam a gastar 30% a mais que o mínimo em Saúde, segundo prescreve a EC 29 e, agora, repete a LC 141. Em 2009, por exemplo, os municípios estavam colocando 21,9% de sua receita própria em Saúde. Entre 2000 e 2009, aplicaram R\$ 11,5 bilhões a mais (corrigido pelo IGPM de dezembro de 2010). Quanto aos estados, nem todos ainda cumprem o percentual mínimo, mas a maioria dos que restam não cumprindo representam pouco dinheiro a mais para a Saúde, além de que vários estados cumprem a mais que o mínimo. Vale citar que, em 2007, 16 estados deixaram de aplicar o mínimo previsto. Em 2008, 13 estados, e, em 2009, dez. Entre 2000 e 2009, os estados ficaram devendo para a Saúde R\$ 31,8 bilhões (corrigidos pelo IGPM de dezembro de 2010).

Então a única esfera de governo que precisa de fato colocar mais recursos na Saúde é a União? Afinal você tem chamado atenção para o desfinanciamento federal para a saúde, desde a Constituição

Federal de 1988 e a Emenda Constitucional 29 de 2000. Quais são as evidências do baixo gasto da União com Saúde?

Os governos adoram nosso primitivismo em analisar financiamento. Eles propagam que estão investindo cada vez mais em Saúde, pois, se em 2000 era cem e em 2011, 150, o crescimento foi evidente. É uma falácia, em que os incautos caem com facilidade, para alegria dos falaciosos. Para sabermos quanto representa o gasto com Saúde a cada ano e se aumentou ou não, temos que ajustar os recursos anuais a um mesmo tempo, fazendo a deflação dos recursos. Depois, temos que dividir estes recursos pela população coberta, para chegarmos ao *per capita*, que é a maneira menos grosseira de avaliar aumento ou diminuição de recursos. Por estes estudos, vamos ver, por exemplo, que, excluindo os anos seguintes à gripe suína, que demandou mais dinheiro, o maior gasto *per capita* da União com Saúde foi o de 1997. Isto comprova, insofismavelmente, que a EC 29 foi um engodo, uma falácia, em relação ao financiamento federal para a Saúde. Nos anos seguintes à EC 29, os recursos *per capita* só foram decaindo: o gasto da União por habitante em 1997 foi de R\$ 294,00; em 2003, de R\$ 234,00; em 2008, R\$ 289,00. Em 1995, o gasto da União com percentual da receita foi de 11,72% e, em 2011, 7,3%. Vale lembrar que a luta de hoje é pelo menos 10%.

“ A aprovação da LC 141, sem aumentar os recursos federais para a Saúde, representa o mais redondo fracasso da Saúde Pública nos últimos anos. ”

O que significou a aprovação pelo Senado Federal da LC 141, regulamentando o parágrafo 3º do artigo 198 da Constituição Federal, sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União,

estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde, entre outras providências, sem o comprometimento de a União participar com 10% da sua arrecadação para saúde?

A aprovação da LC 141, sem aumentar os recursos federais para a Saúde, representa o mais redondo fracasso da Saúde Pública nos últimos anos, só comparável ao fracasso, no mesmo campo, da definição do financiamento federal na EC 29, em 2000. A finalidade da LC 141 era fazer esta definição de percentuais mínimos a serem aplicados. Tudo mais que vinha junto, por determinação da Constituição Federal, em seu artigo 198, parágrafo 3º, era secundário diante deste objetivo. A propósito, foi cometida uma inconstitucionalidade, pois a determinação da Constituição Federal (Art. 198, parágrafo 3º) era que fosse definido o percentual da União para a Saúde. A LC 141 não define percentual, mas sim, por um circunlóquio casuístico, que o governo federal deve investir em Saúde o equivalente ao empenhado no ano anterior, aplicada a variação nominal do PIB. Cadê o percentual? Quem vai arguir de inconstitucionalidade?

É possível ainda recuperar os 10%?

No dia seguinte da derrota do Movimento Sanitário em defesa de mais recursos para a Saúde, eu já estava redigindo uma proposta para apresentar aos parlamentares e à sociedade de retomada dos 10%, no mínimo, da receita corrente bruta da União para a Saúde. Dois deputados já apresentaram propostas nesse sentido: o presidente da Frente Parlamentar Darcísio Perondi (PMDB-RS), com o PL 123/12, e o Eleuses Paiva (PSD-SP), com o PL 124/12. As duas propostas já estão em tramitação.

Que outras propostas poderão recuperar recursos federais decrescentes?

Existe outra proposta de fazer uma lei de cunho popular. Para tanto, a sociedade está se organizando para colher, pelo menos, 1,4 milhões de assinaturas de eleitores brasileiros. Várias instituições já aderiram ao chamado Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública [lançado no dia 17 de abril pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB)], inclusive entidades de Saúde, sindicatos, conselhos e a grande força da Igreja Católica, que trouxe a Saúde como tema deste ano da Campanha da Fraternidade. Nesse momento, portanto, o caminho é a aprovação de uma nova lei que inclua a proposta de 10% da receita corrente bruta como mínimo de gasto federal com Saúde. ■

Uma história de dedicação aos estudos

trajetórias

Jéssica Santos

Aos 63 anos, Sr. Zezinho completa o curso de Complementação para Técnico em Enfermagem, no interior de São Paulo.

José Joaquim Pinto, 63 anos, realizou um sonho no dia 13 de abril deste ano: levou para casa o diploma do curso de Complementação para Técnico em Enfermagem, oferecido de forma descentralizada pelo Centro Formador de Recursos Humanos para o SUS de Araraquara, no município de Jales, a 500 quilômetros da capital paulista. “Eu, com 63 anos de idade, com quatro filhos casados, uma filha freira, cinco netos, fui enfrentar mais uma vez 10 meses de curso e consegui”, contou orgulhoso.

com a família muitas vezes, passando por várias cidades do interior mineiro e paulista. “Com 15 anos de idade consegui fazer a 2ª série do Ensino Fundamental [equivalente, hoje, ao terceiro ano]. Mas, pouco tempo depois, nós nos mudamos e, sem lugar fixo para morar, não consegui continuar os estudos”, recordou.

Aos 26 anos, José Joaquim casou-se com Angelina Soares Pinto. Depois do nascimento dos filhos, foi para a cidade de Urânia, em São Paulo, onde, alguns anos depois, foi trabalhar em um asilo. Esse seria o início da sua trajetória na área da Saúde. A princípio, foi contratado como servente e motorista e, logo depois, acompanhante dos idosos. “Era o meu sonho trabalhar na área da saúde. Então decidi que iria voltar a estudar”, informou.

De volta à escola

Na época, com 43 anos, Sr. Zezinho voltou para os bancos da escola, inicialmente para concluir o Ensino Fundamental. “Meus filhos já estavam na escola nessa época e eu estudava junto com eles”, recordou. Em seguida, iniciou o Ensino Médio junto com o curso de Auxiliar em Enfermagem, oferecido pelo Fundo de Amparo ao Trabalhador. Por alguns anos, ele atuou como auxiliar no próprio asilo e, pouco tempo depois, passou em um concurso para a Prefeita de Urânia, onde, hoje, trabalha na Santa Casa da Misericórdia.

Há um ano, mais ou menos, ele resolveu fazer o curso de Complementação para Técnico em Enfermagem. “Ele sempre gostou muito de estudar. Lutamos bastante e ele conseguiu. Temos muito orgulho de ele ser técnico em enfermagem”, destacou a esposa. O estudante de 63 anos também coleciona elogios dos professores do curso. “Ele foi um excelente aluno, não faltava às aulas e era sempre muito dedicado”, comentou a coordenadora pedagógica local do curso, Andréia Mura Peres. ■



Arquivo pessoal

Sr. Zezinho (ao centro, de beca): aos 63 anos, de volta aos bancos escolares.

Nascido em um sítio próximo à cidade de Formiga, no interior de Minas Gerais, Sr. Zezinho, como é chamado, percorreu um longo caminho até chegar à Santa Casa da Misericórdia, na cidade de Urânia, em São Paulo, onde é servidor, atuando como técnico em enfermagem, e realizar a formação. “Nasci em uma família humilde. Não tínhamos o suficiente nem para o básico. Era só trabalhar muito e ganhar pouco. Mas eu tinha o sonho de vencer, de ser alguém na vida”, revelou, contando que se mudou

ESP-MG inaugura Técnico em Hemoterapia

A Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG) iniciou, no dia 14 de maio, o curso Técnico em Hemoterapia. A iniciativa é inédita no estado e será realizada em parceria com a Fundação Hemominas. Organizado em 1.445 horas, o curso está sendo ofertado a 20 alunos do Hemominas e foi financiado com recursos do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps).

A formação, prevista para terminar no fim de 2013, tem trabalhadores que atuam em setores do Hemominas: núcleo de hemoterapia, unidade de coleta e transfusão e central de triagem laboratorial de doadores. Na avaliação de Sheilla Coutinho, coordenadora da área de Hemoterapia da ESP-MG, o curso se faz necessário para que o profissional tenha um maior conhecimento de todas as etapas do ciclo do sangue. "Somente dessa maneira alcançaremos um profissional mais completo, evitando assim o trabalho fracionado e garantindo uma visão global do processo", observou.

Paraná inicia Técnico em Vigilância em Saúde

Pela primeira vez, o Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha, no Paraná, oferece de forma descentralizada o curso Técnico em Vigilância em Saúde. São 20 turmas nesse formato, contemplando as 21 Regionais de Saúde do estado, além de uma ofertada na sede da escola, em Curitiba. Mais de 700 trabalhadores iniciaram a formação em março. "Este é um grande desafio, porque são as primeiras turmas", comenta Arlete Spoladore, coordenadora pedagógica da escola. "Com esta formação, eles poderão trabalhar de maneira integrada às quatro áreas da vigilância: epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador", acrescenta Claudia Pilotto, coordenadora do curso.

O curso tem 1.440 horas, distribuídas ao longo de 18 meses. Entre novembro e dezembro de 2011, 126 profissionais passaram por uma capacitação pedagógica correspondente aos dois primeiros módulos do curso. No início de março, foi realizada uma capacitação técnica, que contou com a participação de 63 profissionais que desenvolverão a função de docentes desse curso. Além disso, uma equipe da escola está elaborando o material didático, com a participação ativa dos instrutores e trabalhadores.

Cefor Araraquara inicia turmas da Especialização em Urgência e Emergência

Seis turmas da Especialização Pós-Técnica em Urgência e Emergência foram iniciadas pelo Centro de Formação de Recursos Humanos para o SUS (Cefor) de Araraquara, em São Paulo. A primeira turma, com 30 vagas, organizada no próprio município, começou no ano passado e termina em maio deste ano. Já as outras cinco turmas, cada uma com 30 alunos, iniciaram em abril deste ano e devem terminar no mês de outubro. Elas estão distribuídas nos municípios de São Carlos, Ribeirão Preto, Sales e Franca. "O curso significa oportunidade para o trabalhador da área se capacitar, refletir e analisar a organização do serviço", observa a coordenadora do curso, Maria Helena Colombo Pecin. A formação tem ao todo 390 horas, distribuídas em 240 horas de aulas teórico-práticas, 120 horas de estágio supervisionado e 30 horas para o chamado 'Trabalho de Conclusão do Curso' (TCC).

Técnico em Saúde Bucal na ESP-MG

A Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e Gerência Regional de Saúde (GRS) de Pedra Azul, realizou, entre os dias 14 e 18 de maio, o segundo encontro presencial do primeiro módulo do curso Técnico em Saúde Bucal. Desta formação, participam os auxiliares em saúde bucal dos municípios de Almenara, Bandeira, Cachoeira de Pajeú, Jacinto, Jequitinhonha, Joaíma, Pedra Azul, Ponto dos Volantes, Rio do Prado, Rubim, Santa Maria do Salto e Santo Antônio do Jacinto.

Sob o tema 'Políticas de Saúde no Brasil', este módulo do curso busca fortalecer a concepção dos alunos em relação ao SUS, ao apresentar e discutir a história das políticas públicas, desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, passando pela Constituição Federal de 1988, Leis Orgânicas da Saúde, Normas Operacionais Básicas (NOB) e importância do controle social.



Arquivo ESP-MG

ETSUS Pará: primeira escola do estado a ofertar o Técnico em Hemoterapia

A Escola Técnica do SUS Dr. Manuel Ayres, no Pará, iniciou, no dia 4 de maio, o curso Técnico em Hemoterapia, destinado a 25 alunos de hemocentros e agências transfusionais do estado e de municípios. Segundo Denise Maria Loureiro Contente, coordenadora do curso, a ETSUS Pará é a primeira instituição do estado a ofertar a formação técnica em Hemoterapia, que conta com financiamento do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps). "Não existia essa formação no estado e os profissionais que trabalham na área tinham outra formação, como Análises Clínicas. Essa formação é bem específica e vai ajudar a melhorar o serviço prestado no SUS", declarou. O curso, com 1.650 horas e duração de 25 meses, abordará assuntos como políticas públicas, temas específicos do sangue, biossegurança e gestão de resíduos, e os estágios serão realizados nos hemocentros.

Alunos da ETSUS Acre promovem atividades sobre alimentação saudável

Alunos do curso Técnico em Nutrição e Dietética, da Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha (ETSUS Acre), realizaram, nos dias 27 e 30 de abril e 02 de maio, atividades práticas que tiveram como tema 'Somos o que comemos'. Destinada aos servidores da ETSUS, ao grupo da terceira idade, atendido na Unidade de Saúde Barral y Barral, e às crianças da Escola Municipal Maria Adeiza Rodrigues, a iniciativa buscou desenvolver estratégias de reeducação alimentar.

Na Unidade de Saúde Barral y Barral, em Rio Branco (AC), os alunos realizaram a verificação do Índice de Massa Corporal (IMC) e distribuíram folders explicativos sobre a prevenção das diabetes e da hipertensão. Na escola municipal Maria Adeiza Rodrigues, no bairro Palheiral, promoveram atividades lúdicas e encenações teatrais com as crianças. Já na ETSUS, os educandos realizaram palestras e verificaram o IMC dos servidores presentes.

O curso Técnico em Nutrição e Dietética da ETSUS Acre, em sua segunda turma, destinada à comunidade, está organizado em 1.560 horas, sendo 1.200 horas de aulas teóricas e 360 horas de estágio supervisionado. A formação abarca três áreas de atuação: nutrição em unidades de alimentação; nutrição na área clínica; e nutrição na área de Saúde Pública. Uma nova turma deverá ser aberta ainda este ano, voltada aos servidores que trabalham nas Unidades de Alimentação dos Hospitais do SUS.



Arquivo ETSUS Acre

Auxiliares de Saúde Bucal de Buerarema concluem primeira etapa da formação

Alunos do Curso de Qualificação Profissional em Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), do município de Buerarema, organizado pela Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis (EFTS), na Bahia, se formaram em abril, em solenidade realizada na Secretaria Municipal de Saúde. Esta foi a primeira etapa da formação, informou a apoiadora descentralizada da EFTS, Mônica Souza. Agora, os três alunos que concluíram a etapa formativa seguirão com o Técnico em Saúde Bucal (TSB). A formação completa está dividida em dois momentos: o primeiro, em ASB, foi organizado em 849 horas; e o segundo, destinado ao TSB, terá ao todo 640 horas.

No total, a EFTS já formou, entre 2007 e 2011, 44.674 profissionais do Sistema Único de Saúde da Bahia.

Curso de Agentes Comunitários Indígenas de Saúde do Alto Rio Negro: primeira fase concluída

A primeira turma do projeto-piloto do Curso Técnico de Agente Comunitário Indígena de Saúde (CTACIS) do Alto Rio Negro, no Amazonas, concluiu a parte do Ensino Médio, em cerimônia realizada no dia 30 de março, em São Gabriel da Cachoeira.

O curso é realizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), no Rio de Janeiro, em parceria com o Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia), a Secretaria de Educação do Amazonas, a Prefeitura de São Gabriel da Cachoeira, o Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro (DSEIRN) e a Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN), e está dividido em duas fases: ensino Médio e Técnico.

Na primeira etapa, concluída em março, foram certificados no Ensino Médio 153 Agentes Indígenas de Saúde (AIS), que se juntarão a outros 47 alunos para concluir a fase técnica, prevista para terminar no fim de 2013. Ao término da formação, 200 indígenas, pertencentes às etnias tukano, wanano, tuyuka, piratapuaia, dessano, kubeo, taraiano, baré, baniwa, werekena, coripaco, hüpda e Nadeb, receberão o título de Agentes Comunitários Indígenas de Saúde. Eles trabalharão com a vigilância em saúde dos povos indígenas das comunidades do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro, onde residem, com cerca de 700 assentamentos.



Sully Sampato

A formação está organizada em 1.440 horas de aulas, divididas nas modalidades presencial e semipresencial, e contempla os eixos temáticos 'cuidado', 'política', 'cultura', 'território e informação', 'planejamento' e 'educação em saúde'. O formato do curso reafirma a interculturalidade, o bilinguismo, a relação dialógica, a especificidade e diferença, a diversidade cultural, além de priorizar a pesquisa e o trabalho como princípios educativos.

Em Araraquara: auxiliares concluem complementação do Técnico em Enfermagem

Em São Paulo, nas cidades de Jales e Fernandópolis, a cerca de 500 km da capital, 40 auxiliares concluíram a Complementação do Técnico em Enfermagem, oferecida pelo Centro Formador de Recursos Humanos para o SUS de Araraquara. As formaturas foram realizadas nos dias 12 e 13 de abril. Com 690 horas, essa é a segunda turma a se formar no município de Jales. Para a coordenadora pedagógica local, Andréia Peres, o curso é fundamental para a melhoria da qualidade do SUS. "Nas cidades do interior, faltam oportunidades para os profissionais concluírem a formação técnica. As classes descentralizadas são oportunidades desses trabalhadores se capacitarem", observa.



Arquivo Cefor Araraquara

Alunos do Cefor Paraná participam de atividades educativas sobre saúde bucal

Alunos do curso Técnico em Saúde Bucal (TSB), do Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha, no Paraná, realizaram atividade educativa no Centro de Educação Infantil Antonio Pietruza, no bairro Pinheirinho, em Curitiba. A ação foi desenvolvida nos dias 12 e 19 de abril e envolveu todas as crianças da escola.

Por meio de recursos lúdicos, como teatro de fantoche e jogos, os 40 alunos do TSB abordaram os temas da higiene bucal, da importância da escovação e do uso do fio dental. A formação está prevista para terminar em outubro deste ano. "A atividade colaborou na formação dos alunos. Eles puderam experimentar como fazer promoção da saúde com o público infantil, que é uma área muito importante no serviço. Fizemos em uma escola, para alcançar o maior número possível de pessoas", disse a coordenadora do curso, Cristiane Maria Rotava



Arquivo Cefor Paraná

ETSUS Blumenau oferta especializações técnicas

A Escola Técnica do Sistema Único de Saúde Blumenau vem oferecendo várias turmas de especializações pós-técnicas. No dia 3 de maio, teve início o curso de Enfermagem do Trabalho para técnicos em enfermagem, realizado em Rio do Sul. Com 41 alunos, a formação abrange trabalhadores de Agrolândia, Atalanta, Imbuia, Ituporanga, Pouso Redondo, Rio do Sul e Taió, na macrorregião Associação dos Municípios do Alto Vale do Itajaí. O curso conta com recursos do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps).

No dia 14 de abril, uma turma da mesma especialização foi aberta na cidade de Ibirama, com 33 alunos de Dona Emma, José Boiteux, Presidente Getúlio, Vitor Meireles e Witmarsum. Entre os objetivos do curso, com 375 horas, destacam-se a complementação do processo de formação do técnico em enfermagem, com foco no desenvolvimento de competências específicas da saúde do trabalhador, e a especialização do profissional comprometido com a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da saúde ocupacional.

No dia 23 de abril, a ETSUS realizou a aula inaugural do curso de Especialização Pós-Técnica em Enfermagem em Saúde da Família, em Itajaí, com 300 horas, destinado a 28 trabalhadores da macrorregião Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí. Já, no dia 24 de abril, no mesmo município, foi iniciada a Especialização Técnica em Nefrologia. Com 375 horas, o curso destina-se a 25 alunos de Balneário Camboriú, Camboiú, Itajaí, Itapema e Penha.



Acervo ETSUS Blumenau

ERRATA

Na edição nº 52, foi divulgado na seção 'Aconteceu' que a Escola Técnica de Saúde Profª Valéria Horta (ETSAL) é vinculada à Universidade Federal de Alagoas. Na verdade, a instituição está ligada à Universidade Estadual de Ciências de Saúde de Alagoas, que tem como reitora Rozângela Wyszomirska, presente à cerimônia de formatura do curso Técnico em Enfermagem, realizada pela ETSAL no dia 16 de março.

Censo 2010: cai percentual de jovens fora da escola e aumenta escolaridade

De 2000 para 2010, o percentual de jovens que não frequentavam a escola na faixa de 7 a 14 anos de idade caiu de 5,5% para 3,1%. Os dados são do Censo 2010, divulgado no dia 27 de abril de 2012. A pesquisa por amostra, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apresenta uma série de mudanças ocorridas no país de 2000 para 2010.

As maiores quedas quanto ao percentual de jovens fora da escola ocorreram nas Regiões Norte (de 11,2% para 5,6%, que ainda permaneceu como o maior percentual entre as regiões) e Nordeste (de 7,1% para 3,2%). Em 2010, revela a pesquisa, 966 mil jovens de 6 a 14 anos de idade (3,3% da população nessa faixa etária) não frequentavam escola em 2010. A Região Norte tinha o maior percentual de crianças que não frequentavam escola nesse grupo (6,1%), mais que o dobro da Sudeste (2,8%) e da Sul (2,5%). Os maiores percentuais ficaram com o Amazonas (8,8%), Roraima (8,3%) e Acre (8,2%), seguidos pelo Pará (5,5%). No outro extremo, o menor percentual desse indicador foi registrado em Santa Catarina (2,2%).

Na faixa de 15 a 17 anos de idade, 16,7% não frequentavam a escola em 2010, bem menos do que em 2000 (22,6%). O Sudeste manteve o menor percentual em 2000 (20,1%) e 2010 (15,0%). Os maiores percentuais em 2010 ficaram com as Regiões Norte e Sul, ambas com 18,7%. Em 2000, a Região Norte já detinha o maior percentual, 27,1%, e registrou a maior queda entre as regiões no período. O Acre tinha a maior parcela de adolescentes de 15 a 17 anos de idade fora da escola, 22,2%, seguido pelo Mato Grosso do Sul (20,5%), enquanto os menores percentuais foram os do Distrito Federal (11,6%) e Rio de Janeiro (13,1%).

A rede pública de ensino atendia a 78,1% das pessoas que frequentavam escola ou creche no país em 2010. Este percentual foi mais elevado na Região Norte (86,0%), bem maior do que o segundo lugar, da Nordeste (80,5%). Em seguida, vieram Centro-Oeste (74,9%), Sudeste (75,1%) e Sul (77,7%). Entre as unidades da Federação, o percentual variou de 61,4% no Distrito Federal a 90,3%, no Acre.

Na análise da população de 10 anos ou mais por nível de instrução, de 2000 para 2010, o Censo mostra que o percentual de pessoas com curso superior completo subiu de 4,4% para 7,9%, enquanto que o de pessoas sem instrução ou com o fundamental incompleto caiu de 65,1% para 50,2%.

Quanto a esses dados, houve avanços em todas as grandes regiões. No Sudeste, o percentual de pessoas sem instrução ou com o fundamental incompleto caiu de 58,5% para 44,8%, e o das pessoas com pelo menos o superior completo subiu de 6,0% para 10,0%. No outro extremo, estavam a Região Norte (de 72,6% para 56,5% e de 1,9% para 4,7%, respectivamente) e a Nordeste (de 75,9% para 59,1% e de 2,3% para 4,7%).

O Distrito Federal deteve o mais alto nível de instrução em 2010, com o menor percentual de pessoas sem instrução ou com o fundamental incompleto (34,9%) e o maior de pessoas com pelo menos o superior completo (17,6%). Em seguida, vieram São Paulo, com 41,9% e 11,7%, e Rio de Janeiro, com 41,5% e 10,9%, respectivamente.

A publicação completa dos Resultados Gerais da Amostra do Censo 2010 pode ser acessada em [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_gerais_amostra/default_resultados_gerais_amostra.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_gerais amostra/default_resultados_gerais_amostra.shtm)

Norte

Acre

Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha
(68) 3227-2716 / 3226-7330
escoladesaude.educacao@ac.gov.br
www.idep.ac.gov.br

Amapá

Centro de Educação Profissional
Graziela Reis de Souza
(96) 3212-5175
grazielareis2010@bol.com.br

Amazonas

Escola de Formação Profissional Enfermeira
Sanitarista Francisca Saavedra
(92) 3878-7620
etsus_saavedra@yahoo.com.br
www.cetam.am.gov.br

Pará

Escola Técnica do SUS Dr. Manuel Ayres
(91) 3202-9300 / 9301
etsuspa@gmail.com
www.sespa.pa.gov.br/etsus

Rondônia

Centro de Educação Técnico-Profissional
na Área de Saúde de Rondônia
(69) 3216-7307
cetas.ro@gmail.com
www.cetas.ro.gov.br

Roraima

Escola Técnica de Saúde do SUS em Roraima
(95) 3623-6891
etsus_rr@hotmail.com
www.saude.rr.gov.br/etsus_rr

Tocantins

Superintendência da Escola Tocantinense do
Sistema Único de Saúde – SETSUS/TO
(63) 3218-6280 / 6277 / 6281 / 1717
etsus@saude.to.gov.br
www.etsus.to.gov.br

Nordeste

Alagoas

Escola Técnica de Saúde Profª Valéria Hora
(82) 3315-3403
etsal@etsal.com.br
www.etsal.com.br

Bahia

Escola de Formação Técnica em Saúde
Prof. Jorge Novis
(71) 3357-0810 / 0811 / fax: 3276-6738
sesab.efts@saude.ba.gov.br
www.saude.ba.gov.br/efts

Ceará

Escola de Saúde Pública do Ceará
(85) 3101-1401 / 1403
esp@esp.ce.gov.br
www.esp.ce.gov.br

Maranhão

Escola Técnica do SUS
Drª Maria Nazareth Ramos de Neiva
(98) 3221-5547 / 9137-6220
etsusma@hotmail.com

Paraíba

Centro Formador de Recursos Humanos
(83) 3218-7763 / 7764 / 7765
diretorcefor@saude.pb.gov.br

Pernambuco

Escola de Saúde Pública de Pernambuco
(81) 3181-6090
esppe2009@gmail.com
www.saude.pe.gov.br

Piauí

Centro Estadual de Educação Profissional em
Saúde Monsenhor José Luiz Barbosa Cortez
(86) 3216-6406 / 2668
etsus.piceeps@mail.com

Rio Grande do Norte

Centro de Formação de Pessoal para os
Serviços de Saúde Dr Manoel da Costa Souza
(84) 3232-3679 / 7628
cefope@rn.gov.br
www.cefope.rn.gov.br

Sergipe

Escola Técnica de Saúde do SUS em Sergipe
(79) 3211-5005
etsus@funesa.se.gov.br

Centro-Oeste

Distrito Federal

Escola Técnica de Saúde de Brasília
(61) 3325-4944 / 3327-3914
etesb.fepecs@saude.df.gov.br ou
etesb.fepecs@yahoo.com.br
www.etesb.fepecs.edu.br

Goiás

Centro de Educação Profissional de Saúde da
Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás
Cândido Santiago
(62) 3201-3425
cepsaudees@gmail.com
www.saude.go.gov.br

Mato Grosso

Escola de Saúde Pública do Estado
do Mato Grosso
(65) 3613-2324
dgesp@ses.mt.gov.br
www.saude.mt.gov.br/portal/escola

Mato Grosso do Sul

Escola Técnica do SUS
Profª Ena de Araújo Galvão
(67) 3345-8055 / 8056
etsus@saude.ms.gov.br

Sudeste

Espírito Santo

Núcleo de Educação e Formação
em Saúde da SES
(27) 3325-3573 / 3137-2414
nefs.dir@saude.es.gov.br

Minas Gerais

Escola de Saúde Pública do Estado
de Minas Gerais
(31) 3295-5090 / 6772 / 3829
diretoria@esp.mg.gov.br ou
diretoriaesp@gmail.com
www.esp.mg.gov.br

Centro de Educação Profissional e Tecnológica
/ Escola Técnica de Saúde - Unimontes
(38) 3229-8594 / 8591 / 8592
ets@unimontes.br
www.unimontes.br

Rio de Janeiro

Escola de Formação Técnica em Saúde
Enfermeira Izabel dos Santos
(21) 2334-7274 / 7272 / 7268 / fax: 7264
etis@saude.rj.gov.br

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
(21) 3865-9797
epsjv@fiocruz.br
www.epsjv.fiocruz.br

São Paulo

Centro Formador de Pessoal para a Saúde
de São Paulo
(11) 5575-0510 / 0053
ceforetsus-sp@saude.sp.gov.br

Centro de Formação de Recursos Humanos
para o SUS de Araraquara
(16) 3335-7545
cefor-araraquara@saude.sp.gov.br

Centro Formador de Pessoal para
a Saúde de Assis
(18) 3302-2226 / 2216
drs9-eaeaceforassis@saude.sp.gov.br

Centro Formador de Pessoal para a Saúde
de Franco da Rocha
(11) 4811-9392 / 4243 / 4399
chj-cefor@saude.sp.gov.br

Centro Formador de Pessoal para a Área
da Saúde de Osasco
(11) 3681-3994 / 3699-1916
cefor-osasco@saude.sp.gov.br

Centro Formador de RH de Pessoal de Nível
Médio para a Saúde de Pariquera-Açu
(13) 3856-2362 / 9716
ceforh@consaude.org.br ou
ceforhrb@consaude.org.br
www.consaude.org.br

Escola Técnica do Sistema Único de Saúde
de São Paulo
(11) 3846-4569 / 1134
emsnucleoescolar@prefeitura.sp.gov
www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/
saude/ems/

Sul

Paraná

Centro Formador de RH Caetano
Munhoz da Rocha
(41) 3342-2293
cenforpr@sesa.pr.gov.br
www.saude.pr.gov.br

Rio Grande do Sul

Escola Estadual de Educação Profissional
em Saúde do Estado d Rio Grande do Sul
(51) 3901-1508 / 1494 / 1475
etsus@saude.rs.gov.br

Santa Catarina

Escola de Formação em Saúde
(48) 3246-6670 / 3343-8414
direcaoefos@saude.sc.gov.br
http://efos.saude.sc.gov.br

Escola Técnica do Sistema Único de
Saúde Blumenau
(47) 3322-4271 / fax: 3326-7422
etsusblumenau@blumenau.sc.gov.br



RET-SUS

Rede de Escolas Técnicas do SUS

A Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS) é composta por 36 Escolas Técnicas e Centros Formadores de Recursos Humanos do SUS presentes em todos os estados do Brasil. Trata-se de uma rede governamental criada pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil, que tem como proposta o incentivo à articulação, à troca de experiências e a promoção de debates coletivos e da construção de conhecimento na área da educação profissional em saúde, visando o fortalecimento da formação de nível médio para a Saúde.



Baixe um leitor QR code em seu celular, fotografe o código e acesse www.retsus.fiocruz.br

WICHA MES GILÂNCIA SAÚDE:



Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Ministério da Saúde

