

IMPRESSO ESPECIAL

CONTRATO
Nº 050200462-2/2001

ECT/DR/RJ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ



RADIS

comunicação em saúde



Nº 3 ♦ Outubro de 2002

Av. Brasil 4036/515, Manguinhos
Rio de Janeiro, RJ ♦ 21040-361

Formação profissional em Saúde

Aspecto crítico da
construção do sistema
de saúde brasileiro

O SUS CRIATIVO
Seminário Nacional de
Experiências Inovadoras

SÚMULA DA IMPRENSA
Cresce a hipertensão
entre os jovens

SÉRGIO
AROUCA
Reforma Sanitária
e o umbigo do SUS



Há 16 anos, Arouca já alertava para a necessidade de uma Reforma Sanitária

Como relembrar é viver, o Radis foi buscar em seus arquivos a entrevista de Sérgio Arouca, publicada há 16 anos na extinta Revista Tema (número 07, de agosto de 1986). Na época, esse médico sanitarista ocupava o cargo de presidente da Fiocruz e tinha acabado de presidir a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). Na entrevista, Arouca falou sobre o processo de convocação e de realização da VIII CNS, sua importância para a história da Saúde no Brasil, como foi o momento que sucedeu o evento e sobre a necessidade de uma reforma sanitária no país. Para reviver esse instante histórico, o Radis selecionou alguns trechos da entrevista. 

Várias das propostas discutidas e aprovadas na Conferência têm longa trajetória e muitos anos de amadurecimento.

A 8ª Conferência colocou claramente uma tese: (...) todos querem reformular o sistema de saúde, mas isso não é o suficiente. Não conseguiremos avançar enquanto a conquista da transformação não for o resultado de um movimento social que, organizado, ganhe força política.

A 8ª Conferência, pelo número de pessoas que participaram, representou o evento mais significativo em termos de debate da política de saúde já acontecido na história deste país.

É sempre fundamental estar trabalhando com utopias; entretanto, numa determinada junção de forças políticas, essas propostas ganham força e acabam se tornando realidade.

Quem pensasse, alguns meses atrás, que a Conferência aconteceria como foi, seria considerado um alucinado, um sonhador. Eu me lembro que as estimativas avaliavam que, com sucesso, conseguiríamos a presença de cerca de 1.200 pessoas e na hora apareceram 5.000.

A 8ª CNS apontou para a necessidade de uma Reforma Sanitária, ou seja, a um processo de mudanças semelhante ao que foi o choque heterodoxo na área da economia.



SÉRGIO AROUCA



Toda pessoa que trabalha no sentido de transformar está criando fantasmas.

Arouca é o presidente do Conselho Organizacional da 8ª CNS. Sua liderança tem sido fundamental na condução do processo que culminou na Conferência e continua neste período pré-Constituinte.

RADIS - Como você vê o processo de convocação e de realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde?

SÉRGIO AROUCA - Eu penso que o primeiro foi o sucesso de ampla mobilização e debate democrático que precedeu todo o processo e a realização do evento, que ocorreu hoje como se fosse inevitável. A 8ª Conferência foi convocada em todo o território nacional, possibilitando



em seu tempo possível e que todos os setores tiveram suas contribuições, suas propostas para a sociedade nacional. Agora, é importante frisar que esse movimento não se trata de preparação da 8ª CNS. Várias das propostas discutidas e aprovadas na Conferência têm longa trajetória e muitos anos de amadurecimento, pelo menos nos círculos acadêmicos ou mesmo nos órgãos de planejamento que sempre se dedicaram à discussão das questões do saúde no Brasil.

Sobretudo na questão social, em 1977, com o Congresso de Anistiação Política de Sérgio Pôrto e de Secretário Nacional de Saúde, houve uma discussão política muito rica sobre a questão da saúde, com formulação de propostas que estabeleceram o eixo da discussão, orientando a elaboração da política de saúde e a organização institucional. Nesta época, a perspectiva de mudança social que não estava o discurso, mas se refletiu na prática, permitindo a realização "orgânica" e, nesse momento, que sempre tivemos resultados. Eu acho que isso é o que nos trouxe até aqui, em termos de política de saúde - isto é, a política trabalhada na área de saúde, porque acho que toda pessoa que está trabalhando no sentido de transformar está criando fantasmas - esta é a função que é dada ao "criar fantasmas".

A área de saúde brasileira tem uma característica: a área social nunca foi trabalhada adequadamente, não foi trabalhada politicamente. Então "criar fantasmas" é a possibilidade de se formar uma visão, criar uma utopia, mas que ainda não tem realidade, isso que pode acontecer na área política, isso também é uma forma de ver o tempo. Então, sempre disse, a questão da saúde e a questão da organização de estruturas de trabalho doméstico podem gerar uma situação, situação, isso é uma situação de forças políticas, ou seja, projetos políticos, forças políticas se encontram. Por isso é sempre fundamental estar trabalhando com utopias. Então, sempre houve de formar propostas, que ilusões ser conquistadas pelo povo político, no mesmo tempo que se discute, se discute, e sempre é a discussão para transformá-las efetivamente em realidade.

Descobrimo e construindo caminhos

Nos tempos do filósofo e político romano Sêneca, no Século I dC, 'profissão' se chamava *officium*, palavra que designava a execução de certa tarefa ou a própria tarefa a ser executada, também contendo o sentido de 'dever, obrigação moral'. A palavra podia ainda designar um cargo público, e dela igualmente deriva-se *officina*, que tem o sentido tanto de 'fábrica, local de trabalho', quanto de 'escola'. Já o termo *professionis* (de onde vem a nossa 'profissão') tinha o sentido de 'declaração, testemunho', e de sua raiz provém também a palavra 'professor'.

Este é o ambiente em que o Radis inaugura uma série de cinco reportagens sobre um tema que tem ocupado espaços de discussão, planejamento e ação cada vez mais extensos e urgentes: a Formação profissional em Saúde. Tudo mudou da Constituição de 88 para cá, quando as diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde foram traçadas. Tudo se tornou novo, e necessariamente *tinha* de tornar-se: as instituições, a assistência, os processos de trabalho, os trabalhadores e até mesmo os usuários, que deixaram de ser 'aqueles que têm carteira assinada' para serem cidadãos que detêm um direito, o de ter acesso à saúde. Uma nova assistência à saúde (baseada na equidade, na integralidade e na universalidade) pressupõe novos trabalhadores e novos processos de trabalho que, por sua vez, pressupõem uma nova formação profissional. Quais são os princípios, critérios e demandas desta nova formação? Qual é o seu contexto? Estaria ela vinculada a novos princípios e dimensões mundiais e

locais da Educação, do mercado de trabalho, das funções do Estado? Estas são as questões a responder.

Neste primeiro bloco da extensa reportagem que se estenderá pelas próximas quatro edições da Radis, traçamos um panorama geral da área no Brasil, tentando identificar os grandes temas, a agenda de debates e políticas, os atores envolvidos e também as questões mais importantes, os 'nós' e obstáculos presentes quando se fala em Formação Profissional. Nos próximos meses, aprofundaremos cada uma das áreas temáticas que escolhemos para organizar o assunto: Graduação, Nível Médio, Educação a Distância e Pós-Graduação.

Não foi por acaso, por outro lado, que nesta revista entrevistamos o sanitarista Sérgio Arouca e realizamos a cobertura do Seminário sobre Experiências Inovadoras de Gestão de Serviços e Novas Tecnologias Assistenciais no SUS. Arouca, oportunamente, desafiou o SUS a enxergar-se segundo o prisma da Reforma Sanitária "e não de seu próprio umbigo", e as experiências inovadoras compõem o aspecto pragmático dessa visão. Sêneca tampouco foi escolhido por acaso para abrir esta conversa e também para fechá-la. Pensando na Formação profissional em Saúde, lembrando-nos de Sérgio Arouca e também do amigo João Yunes, que nos deixou este ano, as palavras do filósofo são mais do que apropriadas e desafiadoras: "Descubra um caminho, ou então construa um". Estamos trilhando caminhos já abertos, com certeza. Mas, se quisermos mesmo 'chegar lá', ainda temos outros tantos a construir.

CACO



Memória	2
♦ Sérgio Arouca, há 16 anos	
Editorial	3
♦ Descobrimo e construindo caminhos	
Caco	3
Cartas	4
Homenagem	4
♦ João Yunes, generoso e entusiasta	
Premiação	4
♦ Ensp recebe prêmio da Opas	
Súmula da Imprensa	5
Experiências inovadoras	7
♦ Seminário nacional celebra a criatividade dos que fazem o SUS	
♦ Subprojeto <i>Fomento, Análise, Avaliação e Disseminação de Experiências Inovadoras</i> : áreas temáticas	
♦ A Noas nas palavras de Maria Helena Brandão de Oliveira	
Tema Especial	11
♦ Fôrma, forma, formar	
♦ Formação profissional em Saúde: histórico, contexto atual, as mudanças no mercado de trabalho, habilidades e competências, os grandes temas, os atores, os principais programas e os maiores desafios	
Entrevista: Sérgio Arouca	18
♦ O eterno guru da Reforma Sanitária fala sobre os rumos e o saldo do movimento, as grandes questões na atualidade, biotecnologia, política industrial na área de medicamentos e sobre a necessidade de mudança do modelo assistencial do SUS	
Serviços	22
Pós-Tudo	23
♦ Quanto vale o meu rim?	
Ora, Pílulas...	23
Capa: Aristides Dutra	

CARTAS

USANDO E ABUSANDO DAS PUBLICAÇÕES DO RADIS



Recebi 40 exemplares da Revista Radis, nº 1 (agosto/2002) que foram distribuídas para os alunos do Curso Gerus de Aperfeiçoamento e Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde, realizado para profissionais de saúde da rede básica do município do Rio de Janeiro. Achei de grande importância a matéria sobre XVIII Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde e a divulgação da carta dos secretários aos candidatos. O conteúdo da revista veio ao encontro do que vem sendo trabalhado no curso. As revistas Tema nºs 21 e 23 foram encaminhadas para a Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, que havia solicitado material sobre os assuntos tratados.

Gosto das publicações Radis e as utilizo em diferentes momentos do meu trabalho, repassando para outras pessoas revistas cujo tema seja do interesse delas. Parabéns pelos vinte anos do Radis.

Elizabeth Romeiro
Rio de Janeiro / RJ

As publicações do Radis são de alto nível e trazem assuntos atuais, abordados com grande profundidade. Dou muito valor aos documentos produzidos por vocês e em minhas atividades docentes sempre recomendo a leitura e a assinatura das publicações. Gostaria de parabenizá-los pela perseverança e pela continuidade do trabalho (20 anos), que não é comum em nosso país e, ainda mais, no serviço público. Minha sugestão é que, sempre que possível, sejam disponibilizadas referências bibliográficas sobre o assunto tratado.

Vitor Hugo Della Valentina
Porto Alegre / RS

HOMENAGEM

Algumas linhas para João Yunes, generoso entusiasta



FOTO: FRANCISO EMOLLO

No dia 26 de setembro morreu João Yunes, diretor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Oficialmente, talvez bastasse uma nota de falecimento. Mas o Radis perdeu um grande amigo e colaborador, e a saúde pública perdeu uma de suas grandes figuras. Estas linhas, para nós, equivalem a uma homenagem, ainda que infinitamente pequena frente ao que ele realizou durante a sua vida profissional e ao ser humano que foi. Médico-sanitarista, João Yunes exerceu inúmeros cargos importantes no Brasil e no exterior. Entre outras coisas, foi secretário de Políticas de Saúde do

Ministério da Saúde (MS), secretário de Saúde do estado de São Paulo, coordenador dos Programas de Saúde Materno-Infantil e de Saúde da Família e diretor da Divisão de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde. Além disso, representou o Brasil no Conselho Executivo da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e da Organização Mundial de Saúde (OMS).

O currículo extenso reflete uma profunda dedicação às questões da Saúde e sua capacidade profissional, mas não serve nem de longe para mostrar o entusiasmo com que ele exercia cada uma dessas funções ou a disponibilidade que ele demonstrava nas diversas vezes que foi procurado pelo Radis. Entrevistá-lo era certamente uma diversão, porque Yunes não se limitava a responder perguntas. Havia sempre algo mais: uma informação extra, uma curiosidade, uma risada relaxante, uma dica importante. Convidar uma repórter iniciante para participar de uma reunião da OMS, coisa impensável para muitas 'cabeças coroadas', era algo que ele fazia com naturalidade e generosidade, marcas de sua existência nesse mundo. João Yunes morreu de câncer no pulmão, aos 66 anos, e sua morte fez bater uma tristeza danada aqui no Radis. ■

PREMIAÇÃO

Escola Nacional de Saúde Pública recebe medalha da Opas

Em comemoração ao seu centenário, a Organização Pan-americana da Saúde (Opas) premiou quatro instituições e dois médicos que tiveram importante atuação na Saúde Pública brasileira. A entrega das medalhas comemorativas foi realizada em Brasília, no dia 4 de outubro, durante a abertura do seminário internacional 'Os desafios para uma Assistência Farmacêutica Integral'. Além do

Núcleo de Assistência Farmacêutica da Escola de Saúde Pública da Fiocruz (NAF/Ensp/Fiocruz/), foram premiados o Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, o Dr. Omilton Visconde (*in memorian*), pelo seu trabalho no Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o Dr. Mozart de Abreu e Lima, da Opas. ■

SÚMULA DA IMPRENSA

CONTAMINAÇÃO POR CHUMBO É ALTA NO PAÍS

A Fundação Oswaldo Cruz divulgou recentemente o *Estudo da especiação química do chumbo em sangue para avaliação da exposição ocupacional*, coordenada pela pesquisadora Maria de Fátima Ramos Moreira. A pesquisa começou em 1996, quando o resultado de exame de sangue feito com operários de uma empresa de baterias apontou uma grande quantidade de chumbo no sangue. A partir desses dados, o estudo teve como objetivo melhorar a situação dos operários que trabalham diretamente com o metal, apontando soluções e caminhos para a diminuição da contaminação por chumbo, que no país ainda é muito grande.

Na mesma época, o *Jornal do Brasil* (em 08/09/2002) também divulgou uma nota sobre a contaminação por chumbo em uma região do município baiano de Santo Amaro da Purificação, levantando a discussão sobre a necessidade de mobilizar a atenção dos órgãos públicos para o problema e relatando que, apesar do uso do metal ser extremamente tóxico, ele ainda tem sido usado freqüentemente por empresas de 'fundo de quintal' na fabricação de canalizações, baterias e tintas.

HIPERTENSÃO ENTRE JOVENS É TRÊS VEZES MAIOR



Uma pesquisa realizada pela Pontifícia Universidade Católica (PUC), em Sorocaba, mostra que entre os estudantes do ensino médio existe uma alta incidência de hipertensão arterial. O trabalho, que durou três anos, envolveu 542 alunos com idade média de 17 anos e concluiu que 15% apresentavam hipertensão. A diminuição do número de casos está ligada,

entre outros fatores, às ações de educação e saúde realizadas nas escolas e ao atendimento médico específico aos hipertensos.

De acordo com o site do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br), as doenças do aparelho respiratório causam 225 mil mortes por ano e, dentro desse grupo, 25% dos casos referem-se a problemas de hipertensão. Ainda segundo o site, o diagnóstico da hipertensão é feito por meio de medição da pressão. Se houver pessoas hipertensas na família, o cuidado deve ser maior e a pressão deve ser medida ao menos duas vezes por ano.

ONU CONCLUI DOCUMENTO SOBRE A FOME NO BRASIL



A Organização das Nações Unidas concluiu o primeiro Relatório Internacional sobre a fome no Brasil, e que será lançado apenas no ano que vem. O documento foi preparado pelo relator da ONU para o direito à alimentação, o suíço Jean Ziegler, e aponta não só que um em cada 10 brasileiros sofre de desnutrição (um dos índices mais altos do mundo), mas também que todos os dias 280 crianças brasileiras morrem por doenças causadas pela desnutrição antes de completar um ano. A ONU mostra que esses números não são diferentes daqueles apresentados na década de 80, quando 23 milhões de pessoas passavam fome.

Ao avaliar o fim da fome no país, o documento mostra que o Brasil é um dos maiores exportadores agrícolas do planeta e produz alimentos em quantidade suficiente para alimentar toda a população. Apesar da abundância de alimentos, as dificuldades para fazer com que a população seja alimentada estão ligadas ao baixo valor do salário mínimo e a falta de acesso à terra. Outra preocupação é que,

segundo o documento, apesar do modelo econômico adotado nos anos 90 ter trazido crescimento, não conseguiu erradicar a pobreza e a fome.

PORTARIA CRIA REDE NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR

Os acidentes de trabalho representam um problema de saúde pública no país, com 390 mil ocorrências todo o ano, e mobilizam as atenções do Governo para medidas de prevenção e assistência à saúde do trabalhador. Uma das iniciativas nesse sentido é a Rede Nacional de Atenção à Saúde dos Trabalhadores (Renast), que foi criada pela Portaria 1669, publicada no Diário Oficial em 20/09/02. Resultado de uma parceria do Ministério com segmentos organizados da sociedade civil, a rede tem como meta combater os problemas gerados pelas condições de saúde no Brasil por meio de uma assistência integral, ações de vigilância à saúde e registro dos casos de acidentes. Com a nova legislação, as pessoas terão acesso ao tratamento dos problemas mais comuns gerados pelo trabalho como as Lesões por Esforço Repetitivo (LER), doenças provocadas por agrotóxicos e por inalação de grãos de areia, entre outros.

Mais informações:

Tel.: (61) 315-2098/2005/2784

FIQUE DE OLHO

FALTA LEGISLAÇÃO PARA PUBLICIDADE DE CIRURGIA PLÁSTICA

Uma chamada no site da Revista *Corpo a corpo* (www.uol.com.br/corpoacorporo) chama a atenção para novas técnicas que permitem que o corpo seja 'corrigido'. — "Bumbum caidinho? Levante com próteses mais seguras. Gordurinha nas axilas? Remova com cirurgia. Pregas no pescoço? Estique com botox." — dizia a chamada. A matéria levanta a discussão sobre os perigos da banalização da prática promovida por meio de propagandas e campanhas publicitárias. Segundo informações do Disque ANS (0800-701656), apesar do grande número de intervenções cirúrgicas, ainda não há regulação específica sobre a propaganda de cirurgias

plásticas. Os interessados no acesso à legislação sobre publicidade médica deverão recorrer à Resolução CFM 1.036, de 21 de novembro de 1980, que estabelece normas a respeito de anúncios, ao Decreto-Lei n° 4.114 de 14 de fevereiro de 1942 que regula a propaganda de médicos, e ao Código Brasileiro de Auto-regulamentação Publicitária (Conar).

US\$ 68 MILHÕES PARA O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Foi divulgado recentemente na imprensa que o Banco Mundial (Bird) concedeu um empréstimo de US\$ 68 milhões para a ampliação do Programa Saúde da Família (PSF) que será investido em municípios com mais de 100 mil habitantes para o treinamento de profissionais, alcançando na primeira fase aproximadamente 10 milhões de pessoas. Em depoimento para o Jornal Gazeta Mercantil (em 26/09/2002), o Diretor do Banco Mundial para o Brasil disse que o objetivo do financiamento é ajudar o país a manter e expandir os avanços na área da saúde, oferecendo serviços de qualidade para a população. O empréstimo beneficiará diretamente as famílias e comunidades pobres das zonas urbanas do Brasil. Os desembolsos acontecerão ainda esse ano e irão até 2006.

Mais informações sobre o PSF:
Site: www.saude.gov.br/psf/

VIOLÊNCIA NO RIO E RELATÓRIO DA OMS

Divulgado em todos os veículos da grande imprensa, o dia 30 de setembro foi marcado pelo medo generalizado que tomou conta da cidade do Rio de Janeiro, quando uma ordem vinda de traficantes de drogas teria fechado comércios e escola, fazendo o carioca antecipar o fim do

expediente. A imprensa atribuiu esse medo à violência, que hoje é um dos maiores problemas na cidade.

A situação também nos remete ao Relatório Mundial sobre violência e saúde (*The World Report on Violence and Health*), o primeiro documento que aborda o problema da violência em nível global, lançado recentemente pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo o documento, em todo o mundo, 1,6 milhões de pessoas morrem todos os anos em decorrência da violência. Para a diminuição do índice dessa epidemia, o relatório recomenda a formação de programas de apoio e medidas para o controle do porte de armas, o aprimoramento da vigilância para a coleta de dados sobre casos de violência, entre outras medidas.

Mais informações:

Site: www5.who.int/violence_injury_prevention/main.cfm?p=0000000117

FAST FOOD ESTÁ NA MIRA

Aqueles lanchinhos nas conhecidas lanchonetes *fast food*, aparentemente inofensivos, estão contribuindo para o aumento da obesidade, que hoje se apresenta como epidemia no país atingindo 13% das mulheres, 6% dos homens e aumentando em 240% a obesidade infantil nos últimos 20 anos. Uma das soluções apontadas para o problema é a criação de uma legislação (propondo que os alimentos prejudiciais estejam com uma tarja vermelha alertando para o perigo do consumo em excesso) e o investimento em programas educativos.

CLONAGEM EM PAUTA

Já estão abertas as discussões na Organização das Nações Unidas sobre ética na clonagem de seres humanos. O tema gerou a criação de um comitê da ONU para a produção de

um tratado com o objetivo de banir a criação de seres humanos. Os 190 países da ONU participam desse debate. Segundo o Jornal Estado de São Paulo, a produção do tratado pode levar anos, pois muitas questões econômicas, religiosas e políticas estão envolvidas.

SAÚDE MENTAL NO RIO DE JANEIRO



Dando continuidade aos debates iniciados na Súmula n° 85 sobre a III Conferência Nacional de Saúde Mental, o Radis segue noticiando os avanços e retrocessos da área. Apesar do intenso debate na área sobre as mudanças referentes ao modelo hospitalocêntrico, um estudo feito pelo pesquisador João Paulo Lyra, da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), concluiu que no Rio de Janeiro a maior parte dos doentes mentais ainda continua internada em hospitais psiquiátricos. Dos 3223 pacientes internados em manicômios em 1995, apenas 20 estão atualmente matriculados nos Centros de Apoio Psicossocial (Caps). E isso pode estar relacionado com a distribuição da verba pública para o setor: 80% das despesas ainda são destinados aos manicômios, enquanto apenas 20% vão para os Caps. ■

SÚMULA DA IMPRENSA é produzida a partir da leitura crítica dos principais jornais diários e revistas semanais do país.

Responsável pela seção:
Daniela Sophia

EXPEDIENTE

RADIS é uma publicação da Fundação Oswaldo Cruz, editada pelo Programa Radis (Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde), da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp).

Periodicidade: Mensal

Tiragem: 42 mil exemplares

Assinatura: Grátis

Presidente da Fiocruz: Paulo Buss

Diretor da Ensp: Jorge Bermudez

PROGRAMA RADIS

Coordenador: Rogério Lannes Rocha
Editor: Caco Xavier

Redação: Ana Beatriz de Noronha, Daniela Sophia e Katia Machado (reportagem e redação) e Aristides Dutra (projeto gráfico)

Administração: Luis Otávio e Vanessa Santos

Estudos, Pesquisas e Projetos: Justa Helena Franco (gerência de projetos)

Endereço

Av. Brasil, 4036 sala 515 - Manguinhos
Rio de Janeiro - RJ / CEP 21040-361
Telefone: (21) 3882-9118
Fax: (21) 3882-9119

E-Mail: radis@ensp.fiocruz.br

Site

www.ensp.fiocruz.br/publi/radis/prgradis.htm

Impressão e Fitolito

Ediouro Gráfica e Editora S.A.

EXPERIÊNCIAS INOVADORAS

Seminário Nacional Experiências Inovadoras Celebração da capacidade criativa dos que fazem o SUS



Caco Xavier e Katia Machado

“Este Seminário é uma comemoração, uma celebração da capacidade criativa dos que fazem o SUS no Brasil”. Com essas palavras, o secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (MS), Renilson Rehem, recebeu os cerca de 400 participantes do Seminário de Disseminação das Experiências Inovadoras, que aconteceu em Brasília entre os dias 9 e 12 de setembro, coroando com êxito o Subprojeto Fomento, Análise, Avaliação e Disseminação de Experiências Inovadoras, criado por meio da secretaria de Assistência à Saúde (SAS) em conjunto com a Secretaria de Gestão em Investimentos em Saúde, no âmbito do Componente II do Projeto Reforsus que, além do Experiências Inovadoras, abriga ainda outros 38 projetos, entre eles o do Cartão Nacional SUS e o do Treinamento de Gestores.



O Subprojeto, iniciado em agosto de 2000, convocou Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES e SMS) e também as Instituições de Ensino Superior (IES) a apresentarem propostas de experiências inovadoras em vários campos de atuação, para financiamento e acompanhamento. Em janeiro de 2001, foram criadas comissões de seleção para avaliarem as propostas e projetos que seriam apresentados. No total, e até novembro de 2001, foram inscritos 115 propostas recebidas das SES/SMS e mais 19 projetos de IES.

Classificaram-se, a princípio, 60 propostas, sendo 42 aprovadas para celebração de convênios, mediante a pontuação máxima decrescente de valor absoluto nos seguintes critérios: consistência da proposta, originalidade, caráter da inovação, relevância da proposta, qualificação profissional, generalização da

experiência e sustentabilidade financeira. Com relação às IES, foram selecionados quatro projetos (três de doutorado e um de mestrado). O principal critério para a aprovação das propostas foi a contribuição para a consolidação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. O subprojeto contou com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), no que concerne à implementação de bolsas de pesquisa e acompanhamento de resultados dessas atividades junto às IES.

Renilson Rehem lembrou ainda, em sua apresentação na abertura do Seminário, que o SUS tem a peculiaridade de “fazer muita coisa com poucos recursos”, e que a diversidade e a qualidade das experiências oriundas de vários estados e municípios, abrangendo todas as cinco regiões do país, mais uma vez demonstram que esse fato é verdadeiro. “O melhor vem agora”, finalizou o secretário, apontando para a etapa de divulgação e disseminação das experiências.



Momento criativo e divertido do Seminário: o grupo alagoano de Informação, Educação e Comunicação Penedo, formado por agentes comunitários de saúde, apresenta para uma disposta platéia uma "novela da vida real", a peça *Saúde pra Você*. Dois atores e duas atrizes engraçados revezam-se na veiculação de um programa de rádio à moda antiga. Nele, em meio a inusitados reclames publicitários, o grupo conta casos de necessidades de saúde da população carente e oferece informações para a sua solução. O tema principal, claro, são as ações do SUS.



No Seminário, os participantes puderam assistir à apresentação de todas as 42 experiências aprovadas e dos quatro projetos das Instituições de Ensino Superior. Além disso, puderam ainda conhecer de perto como vão as habilitações de vários estados do país à Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas - 2002), que reconfigura a gestão do SUS no Brasil (veja box). Apresentaram-se os seguintes estados: Amapá e Pará (Re-

gião Norte), Rio de Janeiro, Paraná e Santa Catarina (Regiões Sul e Sudeste), Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul (Região Centro-Oeste) e Ceará, Paraíba, Alagoas e Sergipe (Região Nordeste).

COMPONENTE DE INTEGRAÇÃO

Para Gabriel Ferrato, secretário de Gestão de Investimento em Saúde do MS, o Componente II do Reforsus vem desenhando as inovações no pró-

prio processo de mudanças do SUS e nos avanços da descentralização. "O Reforsus só existe porque tem parceria importante com todas as secretarias estaduais e municipais do país. Este é um componente de integração", disse o secretário.

A palavra 'integração', como a palavra 'criatividade', foi muito lembrada durante os pronunciamentos de abertura do Seminário, e este componente coletivo ficou muito evidente, como lembrou Otavio Mercadante, Secretário Executivo do MS, representando na mesa inicial o Ministro da Saúde, Barjas Negri: "No SUS, é a partir das experiências locais que as normas avançam. Esse processo é a grande riqueza dessa construção coletiva". Com isso concorda Maria Helena Brandão de Oliveira, diretora do Departamento de Descentralização e Gestão da Assistência à Saúde e gerente do Subprojeto Experiências Inovadoras. Para ela, além dos benefícios e



Áreas temáticas e campos de atuação

No Seminário Nacional, foram apresentadas todas as propostas aprovadas no *Subprojeto Fomento, Análise, Avaliação e Disseminação de Experiências Inovadoras*. Seis secretarias estaduais de saúde e 17 secretarias municipais apresentaram os 42 relatos, e foram quatro as propostas das Instituições de Ensino Superior, sendo 17 propostas provenientes da região Sudeste, doze da região Sul, nove da região Nordeste, cinco da região Norte e uma da região Centro-Oeste. Cada proposta das secretarias recebeu financiamento de R\$ 50 mil, ao longo de dois anos, e os projetos das IES foram contemplados com bolsas de estudo.

Os trabalhos foram agrupados em duas áreas temáticas, e cada área subdividiu-se em campos de atuação, da seguinte maneira:

— ÁREA TEMÁTICA I — Gestão da Rede de Serviços de Saúde (GRS)

Seis campos de atuação, englobando ações relacionadas a iniciativas inovadoras em planejamento, organização, regulação, controle e avaliação das atividades de atenção aos usuários nos serviços de saúde.

- 1 — Programação integrada e mecanismos de garantia de referência para acesso da população a serviços de níveis de complexidade secundário e terciário.
- 2 — Controle, avaliação e auditoria.
- 3 — Utilização integrada das bases de dados nacionais (SIH, SAI, SIAB, SIM, SINASC, SINAN) e de sistemas de informações próprios das SES/SMS.
- 4 — Mecanismos de programação de atividades e regulação da oferta da rede de serviços, para execução direta e/ou compra a terceiros.
- 5 — Mudanças na organização loco-regional de serviços, com ênfase na articulação entre atenção ambulatorial e hospitalar em rede regionalizada.
- 6 — Reorganização da oferta de serviços de diagnóstico para suporte a atenção ambulatorial.

— ÁREA TEMÁTICA II — Desenvolvimento/Incorporação de Novas Tecnologias Assistenciais (NTA)

Sete campos de atuação, englobando ações voltadas para o desenvolvimento e incorporação de novas tecnologias assistenciais, que visem à melhoria do atendimento aos usuários nas unidades ambulatoriais e hospitalares das redes de serviços de saúde municipais ou estaduais.

- 1 — Internações domiciliares.
- 2 — Alternativas para realização de partos assistidos, não hospitalares.
- 3 — Desospitalização de pacientes crônicos ou de longa permanência.
- 4 — Dispensação e suprimento de medicamentos.
- 5 — Atendimento a portadores de deficiências.
- 6 — Atendimento a idosos.
- 7 — Cirurgias ambulatoriais.

Em razão da riqueza das experiências, e também de seu caráter inovador e de suas condições de reprodução, o Radis propõe-se a, ao longo do próximo ano, descrever em suas páginas algumas delas.

avanços que as secretarias estaduais e municipais alcançaram com o financiamento de suas propostas, o projeto trouxe também para o próprio Ministério da Saúde uma reflexão sobre a prática. "Foi um banho de realidade", disse Maria Helena.

Garantir o financiamento de propostas, evidentemente, estimula a produção em várias áreas. Roseni Pinheiro, coordenadora do Subprojeto e organizadora do Seminário Nacional, afirma que, além do financiamento, que permitiu a muitos estados e municípios uma oportunidade única para levarem adiante suas propostas inovadoras, o mais importante, no entanto, é a comprovação "da capacidade e da criatividade que a idéia do SUS promove e estimula nas pessoas". Na cerimônia de encerramento do Seminário, Roseni assegurou



que também ela aprendeu muito com o processo de construção e acompanhamento do Subprojeto. "Vesti a camisa de todos os projetos", disse ela, "estamos todos de parabéns".

SISTEMATIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Um dos mais importantes resultados do Subprojeto, na opinião de Sofia Daher, do CNPq, é a possibilidade que se criou para que a área da gestão seja vista não apenas como ação ou política, mas também como objeto de pesquisa. "Há um volume enorme de informações, no SUS, que precisa ser transformado em conhecimento", disse ela. Maria Helena, lembrando é e sempre será uma "pessoa dos serviços", reconhece que quem é dos serviços nunca escreve, e que termina cabendo à Academia escrever sobre

o que se faz nos serviços. "Esse projeto juntou as duas coisas", disse ela, acrescentando que o Subprojeto "permitiu a quem está nos serviços escrever e publicar suas experiências". Ela bem sabe as dificuldades que muitos enfrentaram ("Muitos quiseram até devolver o dinheiro, com a experiência já realizada, porque não queriam escrever", disse), mas ressaltou que é preciso que os serviços se acostumem a sistematizar o que produzem. "Quando se escreve", diz ela, "as possibilidades de vitalidade e de utilização pelos outros é bem maior". Maria Helena encerrou o Seminário, depois de três dias de intensas trocas de experiências, referindo-se novamente à construção coletiva embutida no SUS:

— Quem acredita na produção coletiva tem que escrever, tem que sistematizar. As experiências são singulares, e quem as registra contribui e muito para o processo coletivo. ■

ENTREVISTA: Maria Helena Brandão de Oliveira

O estado deve assumir a centralidade

Maria Helena Brandão de Oliveira é diretora do Departamento de Descentralização e Gestão da Assistência à Saúde (DDGA) e gerente do Subprojeto Experiências Inovadoras

Qual é a diferença básica entre a Norma Operacional Básica (NOB-96) e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas - 2002), sabendo-se que ambas tratam da questão da operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS)?

Quando o SUS começou a ser implantado no Brasil, não se tinha como iniciar pela regionalização. O Ministério da Saúde precisou trabalhar, primeiro, diretamente com os municípios. Isso foi um grande avanço, porque a municipalização criou novos atores em cinco mil municípios. O risco, nesse momento, era o de 'fechar fronteiras', mas seria impensável um sistema onde o município, sozinho, desse conta de tudo. A principal diferença entre a NOB-96 e a Noas é que esta última instrumentaliza o papel do estado, por meio do Plano Diretor de Regionalização (PDR), da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e do Plano Diretor de Investimento (PDI). O estado, assim, ganha liderança



sobre o processo, e o município é chamado a uma redefinição e a trabalhar articuladamente.

Por que razão alguns estados estão bastante avançados na habilitação, enquanto outros não?

A Noas está centrada no estado. Então, quando o estado assume essa centralidade, a coisa anda; quando o estado não faz, os municípios não podem fazer. Acontece, também, que muitos estados já tinham propostas de regionalização e a Noas veio fortalecer esse processo. Hoje, temos três grupos de estados: aqueles que já tinham projeto nesse sentido e incorporaram a Noas; aqueles que não

tinham projetos mas abraçaram a Noas; e aqueles em que o processo de habilitação enfrenta dificuldades. Entre estes últimos, há dois casos: há os estados que não concordam com o processo da Noas (em sua maioria, são estados que já têm outros projetos, voltados para outras direções), e aqueles que têm atualmente um projeto clientelista, que dificulta o processo.

Como a senhora vê os esforços, em todo o país, em relação à habilitação dos estados na Noas? Que tipo de apoio o Ministério da Saúde presta aos estados, nos processos de habilitação?

Os primeiros estados habilitados são aqueles que relataram seus processos no primeiro dia do Seminário (doze estados e mais o Distrito Federal), porque a habilitação iniciou-se recentemente. A DDGA coopera com os estados disponibilizando documentos técnicos, apresentações e estudos, e também destacando um técnico para cada estado do país, para promover trocas efetivas e esclarecer sobre os processos de descentralização. ■

Mais informações no site:

www.saude.gov.br/sas/ddga/homeddga.htm

TEMA ESPECIAL

fôrma, forma, formar

Caco Xavier

A primeira pergunta seria o bom e velho *'Ti estin'* grego, o que é isto, o *'formar'*? A resposta, se não queremos aprofundar definições conceituais, remete-nos não ao grego, mas ao latim. A palavra deriva do verbo *formare*, que aparece – como no português – com o sentido de 'dar forma a algo', 'configurar', 'modelar'. A palavra inicial, o substantivo que dá origem ao verbo, é 'forma', do latim *forma*. Se a grafia é idêntica, o sentido nem tanto. Desta palavra, derivaram-se para o português 'forma' e 'fôrma', distinção que não existe no latim. *Forma* tem o sentido primário de 'modelo, molde' e, somente de modo figurado, 'tipo ideal'. A palavra latina era utilizada num contexto bem menos abstrato do que o nosso: *forma* era o recipiente usado para a cunhagem de moedas e de utensílios de metal. Em português, destinamos a 'fôrma' o sentido primeiro e mais concreto do latim e a 'forma' um sentido mais abstrato de determinação, definição de algo, que chega a confundir-se com este próprio algo, que somente é quando possui uma *forma*.

Investigar origens e processos de formação de palavras é ter acesso ao pensamento que as definiam. Contando com a ajuda de prefixos, derivavam-se, no latim, algumas outras palavras sempre relacionadas ao contexto do *formare*, igualmente presentes no português, nem sempre guardando o sentido original. 'Reformar', por exemplo, é uma dessas palavras. O *re* latino empresta à palavra um novo sentido ao acrescentar um 'tornar a fazer', uma idéia de repetição. Mas a melhor interpretação da palavra original *reformare* é não tanto pensá-la no contexto de 'melhorar', mas no sentido que lhe atribui o grande Ovídio (43 aC – 18 dC): 'devolver à primeira forma, restabelecer'. Nesse caso, uma reforma ampla e densa como a Reforma Sanitária, por exemplo, não pode ser entendida como uma simples melhoria ou

repetição do mesmo, mas como um autêntico 're-reformar', 'formar de novo', restabelecer uma forma original e primeira da idéia de Saúde.

Outras duas palavras, 'de-formar' e 'con-formar', devem ser também analisadas no ambiente de *formare*. À primeira, o préverbo *de* ('afastamento, privação, separação') confere o sentido de 'desfigurar a forma inicial' sem que se lhe dê outra. Uma de-formação é algo que já teve uma forma, uma definição, e agora não tem mais, ou melhor, não é mais nada. A partícula *con*, ao contrário, tem o sentido de 'ajuntamento', de con-junção. Con-formar, significa, portanto, adaptar, ajustar a um modelo. *Conformare* e *formare* eram, no latim, praticamente a mesma coisa. Uma *forma* é algo conforme, con-formado segundo um modelo. Mas o sentido mais comum da palavra moderna 'conformar' não é mais o de 'ajustar, adequar', e sim de 'resignar-se' (que, por sua vez, deriva-se de *resignare*, 'rasgar o selo, violar um segredo' ou, em sentido figurado, 'anular' e 'renunciar'. De-formação ou re-formação de uma palavra original latina?)

Uma das mais interessantes descobertas, nessa arqueologia de palavras, é o sentido original de 'informar' que, em seu prefixo *in*, traz para a expressão *formare* o sentido próprio de 'passagem a um novo estado', 'resultado de um movimento', e 'movimento de fora para dentro'. O sentido, portanto, de in-formar seria algo como 'formar-dentro', 'dar forma a partir de um certo movimento'. Cícero (106 – 43 aC) usa *informare* como quase um sinônimo de 'educar' ou 'instruir': "formar no espíri-

to" e "formar o espírito". Bem diferente do que entendemos hoje por informar, exemplo de palavra esvaziada em seu sentido. In-formar, para nós, é mesmo 'educar', se acreditamos que conhecimento não se limita a 'informações' e sim a in-formações. Conhecer não é acumular dados, mas tornar-se capaz de produzir mudanças, em si e nos outros. Conhecer é in-formar-se para trans-formar-se. No nosso contexto da Formação Profissional em Saúde, trans-formar significa 'passar de uma *forma* a outra, passar além, para o outro lado, ultrapassar uma 'fôrma', mudar de *forma* a-través'.

Casando o sentido primeiro com o sentido recente de nossa palavra-objeto, jamais poderíamos impunemente dizer que 'formar' pessoas é meramente 'encher um molde' e cunhar moedas de troca (se bem que ainda existem ambientes onde ela é vista exatamente dessa maneira), e este é o objetivo desta breve introdução etimológica: elevar o conceito de 'formação' a uma real determinação de identidade, a uma con-formação onde se dê o encontro do mundo com o sujeito e deste com o mundo, por meio da in-formação, evitando de-formações e o 'conformismo' e sabendo que, ocasionalmente, são necessárias verdadeiras e radicais re-formas visando à constantes transformações. Se todos estes hífen já não nos assustam mais e, ao contrário, nos estimulam a enxergar novos sentidos para antigas práticas e palavras, é sinal de que estamos prontos para avaliar e discutir a Formação Profissional em Saúde.

Formação profissional em Saúde

Ana Beatriz de Noronha, com colaboração de Daniela Sophia e Katia Machado

Formação Profissional. As perguntas são muitas e as respostas se tornam complexas, devido às diversas facetas que compõem a questão e às infinitas opiniões que a discussão suscita. Uma intrincada trama que envolve não só um número enorme de atores, mas de fatores que se relacionam de forma dinâmica, traçando talvez tantas configurações quantos

sejam os olhares que tentam decifrá-las, como explica Ana Luiza Vilasboas, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA):

— A questão dos recursos humanos representa um aspecto crítico na construção do sistema de saúde brasileiro. A má distribuição da força de trabalho, determinada e condicionada pelas desigualdades inter e intra-regionais, o processo de formação fundamentado ainda num modelo de ensino que valoriza a formação em ciências básicas, desvalorizando os aspectos de promoção e prevenção da saúde,

a desarticulação entre as instituições formadoras e de serviços, o ensino dissociado do trabalho e a ausência de controle social na formulação e implementação de políticas específicas são alguns dos problemas que expressam a complexidade da questão e alertam para a necessidade de uma ação política/técnica mais competente para os que defendem um sistema de saúde baseado na equidade, integralidade e universalidade da atenção, descentralização e controle social da gestão.

A formação profissional do setor da saúde apresenta, no entanto, além dos desafios específicos, outros comuns a diversas áreas. Em geral, segundo Marise Nogueira Ramos, vice-diretora de Ensino da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), os processos de formação profissional não podem ignorar as atuais transformações econômicas, sociais, políticas e culturais pelas quais passa o mundo.

— Em relação ao mundo do trabalho, por exemplo, temos o desemprego estrutural, a reestruturação dos mercados e a flexibilização dos processos, a terceirização das atividades, a precarização dos empregos e a exclusão de amplos contingentes de trabalhadores do mercado formal — diz Marise.

De alguns anos para cá, a discussão ganhou maior visibilidade e importância devido à definição de políticas públicas e à real possibilidade de investimento para a formação, em larga escala, de recursos humanos mais preparados para lidar com as mudanças enfrentadas pelo setor da saúde.

Para Paulo Seixas, diretor técnico da Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos (CGPRH) do Ministério da Saúde, o forte investimento que o Ministério vem realizando e a articulação com estados, municípios e instituições formadoras permitiram a construção de uma política consistente e sustentável nessa área, que se materializa na constituição dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família, na criação de programas de incentivo às mudanças curriculares na graduação, num projeto nacional de qualificação para gestão e gerência do SUS, no fomento e apoio à formação de profissionais de nível médio requeridos pelos serviços e na intervenção na regulação da oferta de profissionais.



A REFORMA SANITÁRIA E O SUS

Durante a década de 70, o sistema público de saúde era organizado segundo o modelo médico-assistencial e beneficiava somente os 'trabalhadores de carteira assinada', que contribuíam para Previdência Social. Politicamente, o país vivia um regime autoritário. Com a abertura política, iniciou-se um processo de reorganização de movimentos sociais que lutavam pela melhoria das condições sociais. Entre esses estava o Movimento Sanitário, resultado de um grupo de profissionais da saúde que se uniu para propor alternativas para a construção de um novo sistema de saúde com características mais democráticas. As conquistas do Movimento Sanitário foram acontecendo gradativamente até que, em 1986, foi convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), com o objetivo de discutir mudanças na estrutura e na política de saúde do país. A Conferência resultou em diversas propostas reunidas no projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

Em 1988, a nova Constituição Brasileira adotou a proposta da Reforma Sanitária e criou o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado em 1990 pela Lei Orgânica da Saúde, e operacionalizado pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1992 e 1996, e pela Norma de Assistência à Saúde (Noas) de 2000.

A luta pela construção do SUS resultou em grandes conquistas, como o direito constitucional à saúde. A efetivação do SUS, no entanto, ainda enfrenta uma série de dificuldades. Apesar de todos os avanços, o acesso a serviços de saúde de qualidade ainda não é considerado um direito real da maioria dos brasileiros. A mudança do modelo de atenção, o fortalecimento da participação popular e a formação de profissionais com espírito crítico, capazes de refletir e atuar ativamente no aprimoramento do Sistema, têm sido apontadas como algumas das diversas estratégias de resolução do impasse. Mas como se relacionam as discussões sobre a formação profissional, o movimento da Reforma Sanitária e o SUS?

Para Tânia Nunes, vice-presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o fato de o Movimento Sanitário e mais tarde o SUS terem surgido a partir de um conjunto de pensamentos presentes entre acadêmicos, profissionais de serviços e políticos, num contexto de redemocratização do país, fez com que ambos fossem impregnados por um espírito que



não poderia se perder e que acabou refletido numa grande movimentação pelas mudanças na educação profissional.

— A questão da formação profissional está na Reforma desde a sua origem. Já naquela época se via a necessidade de um salto qualitativo dado pela politização e pela inquietação que deveriam caracterizar uma educação profissional mais comprometida com o movimento típico da reforma da saúde. Na prática, isso acabou acontecendo à medida em que os quadros que originaram o movimento e aqueles que foram formados pelo grupo inicial foram reproduzindo os fundamentos de uma formação profissional mais adequada às necessidades da Reforma e do Sus — diz ela.

Muito tem sido feito nesse sentido, mas ainda há muito por fazer. Segundo Márcio Almeida, da Secretaria Executiva da Rede Unida, é preciso que os cursos universitários formem profissionais com novas competências, novos compromissos ético-profissionais e novas posturas como cidadãos, capazes de interagir com os modelos de atenção e as modalidades assistenciais que estão sendo rapidamente incorporadas à realidade do mercado de trabalho brasileiro, como a internação domiciliar, a estratégia do Programa Saúde da Família, as cirurgias ambulatoriais e as ações de promoção e de prevenção.

A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM QUESTÃO

A formação profissional assumiu um papel de destaque no debate travado entre todos que estavam envolvidos tanto no processo de disseminação do Movimento Sanitário quanto no de criação e implantação do SUS. O Sistema demandava uma mudança de referência de formação e isso fez com que a educação profissional começasse a ser pensada dentro de um sentido mais libertador, incorporando as idéias de Paulo Freire, problematizando certas noções e associando conteúdos de renovação à politização. Como explica Tânia Nunes:

— A questão da formação profissional foi impregnando o movimento de reforma, e com várias traduções.

Criada em 1985, a Rede Unida reúne pessoas e grupos que executam projetos ligados ao desenvolvimento de recursos humanos na área de saúde. Formada atualmente por 70 instituições, a Rede atua principalmente na discussão da reforma curricular dos cursos relacionados ao setor da saúde, defendendo a comunicação e o relacionamento efetivo entre a academia, os serviços e a comunidade.

Mais informações: **Rede Unida**
Rua Senador Souza Naves, 9/110
Londrina / PR — CEP: 86010-921
Tel.: (43) 324-2340
E-mail: rede.unida@uol.com.br
Site: www.redeunida.org.br

Ator: conceito entendido, no âmbito da saúde pública, como um coletivo de pessoas ou uma personalidade que participa de determinada situação, tem organização minimamente estável, é capaz de intervir nesta situação e tem um projeto.

Alguns dos atores se preocuparam mais com a educação formal. Outros começaram a pensar o ensino de uma forma mais ampla, para além da sala de aula, com a idéia de que quando a gente informa por meio de publicações como as do Radis ou faz um programa de rádio ou de TV, está, na verdade, fazendo educação. O importante, nessa concepção, é fazer com que a relação ensino/aprendizagem se processe em vários meios.

A noção de ensino ampliado e o mergulho na formação, mesmo no campo formal, com inúmeras novidades — projetos, cursos descentralizados, reforço das Escolas de Saúde Pública e posteriormente do nível médio — acabaram por materializar a idéia de Isabel dos Santos (atual consultora do Profae) e de José Paranaguá de Santana (atual consultor de Recursos Humanos da Opas no Brasil) de se trabalhar em larga escala. “A idéia que eles tinham sobre formação profissional e que, apesar de revolucionária, não era encampada pelos governos, começou a ser posta em prática na forma de projetos. Anos depois, de forma ampliada, essa idéia ganha status de política pública e entra na agenda de saúde, como, por exemplo o Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da área de Enfermagem (Profae)”, conta Tânia.

O tema da formação profissional sempre gerou inúmeras discussões. Dentro do próprio movimento sanitário, muitas vezes predominou a visão de que o mercado de trabalho condicionaria e determinaria as diretrizes do ensino. Essa visão, no entanto, foi muito combatida, pois se acreditava que ela pudesse levar à priorização da ação na construção do SUS e ao enfraquecimento da luta por mudanças no processo de formação, que mudaria ‘naturalmente’ por pressão do mercado de trabalho. Hoje, predomina a visão de que entre o mercado de trabalho, a prática profissional, a estrutura dos cursos de formação e a prática educativa se formam interrelações dinâmicas, obrigando que as mudanças sejam feitas simultaneamente.

— Na década de 70, o Carlyle Guerra de Macedo, que era coordena-

dor do grupo de recursos humanos da Opas Brasil — um grupo de pessoas extremamente capazes e comprometidas ideologicamente com as mudanças — fez um discurso no Congresso de Higiene, em São Paulo, falando que o mercado de trabalho puxava a formação. Na época, nós, que éramos muito jovens, fomos em cima dele, dizendo que tínhamos que fazer justamente o discurso contrário. Ele disse que mais tarde a gente ia ver que isso realmente acontece. Hoje, depois de exercer várias funções de gestão e de ensino, eu acho que há uma conjunção de fatores, uma sinergia — lembra Tânia Nunes, acrescentando que a questão não é apenas formar e ter mercado ou ter mercado e fazer a formação adequada. “Existe, no meio disso, o fenômeno do assalariamento do profissional de saúde”, diz. Segundo Tânia, o mercado empobreceu, as pessoas não têm mais dinheiro para comprar serviços médicos. Muitos profissionais

A área de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas/RH) trabalha dentro de quatro áreas temáticas: políticas e gestão, formação e capacitação, organização profissional e mercado de trabalho. A partir das quatro áreas, a Opas divulga documentos e informações sobre o mercado de trabalho na área da saúde, programas de qualificação profissional e discute estratégias de ação dos profissionais na área. Uma das iniciativas da área de recursos humanos são as redes colaborativas que, por meio da internet, ampliam o processo de comunicação entre instituições e profissionais.

Mais informações:
Site: www.opas.org.br/rh

que eram arredios à idéia de saúde coletiva porque acreditavam na possibilidade de ter uma clientela particular, hoje sabem que não é assim.

— Por causa da redução dos salários, por um lado, e de uma substancial melhora do Sistema de Saúde, a população começa a procurar o SUS. À medida que o SUS avança, principalmente nos pequenos municípios, fica inviável para o médico a manutenção de um consultório particular. O SUS ganha adesões a partir de mudanças no mercado. Não é mais possível que as escolas formem profissionais completamente distantes da situação real. É preciso adequar a formação à realidade. É preciso fazer com que o médico de Saúde da Família seja respei-

Hoje já existem 30 pólos distribuídos em 27 estados, reunindo mais de 100 instituições de ensino superior — universidades, faculdades e escolas de medicina e enfermagem —, que estão organizados em uma rede envolvida não só com a articulação dos participantes com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, mas também com a qualificação dos profissionais que atuam no Programa Saúde da Família.

Mais informações: **Programa Saúde da Família**

Esplanada dos Ministérios, Bloco G
7º andar — Brasília / DF

CEP: 70058-900

Tel.: (61) 321-3452 e 315-2546

E-mail: psf@saude.gov.br

Site: www.saude.gov.br/psf

tado. É preciso que se formem professores para uma possível graduação em saúde pública e que a pós-graduação em todos os níveis prepare para essa dimensão educativa — diz.

De acordo com a Agenda Estratégica da Rede Unida para 2002-2003, a interdependência entre o mercado de trabalho, a prática profissional, os cursos de formação e a prática educativa ficou evidenciada com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), cuja maior dificuldade de ampliação e consolidação está na escassez de profissionais formados com o perfil necessário. Segundo o relatório final da oficina de trabalho sobre a atuação dos membros da Rede Unida nos Pólos de Capacitação de Saúde da Família, realizada em Londrina (PR), em agosto de 2001, “os Pólos de Capacitação em Saúde da Família têm sido a estratégia oficial para enfrentar os problemas da formação de profissionais adequados ao trabalho nessa nova modalidade de organização da atenção”. Os Pólos, que têm como tarefa principal a reconversão dos profissionais que já estão atuando no mercado, estariam servindo também como “porta para uma ação estratégica junto às escolas, no sentido de incentivar as necessárias mudanças na graduação universitária”.

O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), desenvolvido pelo Ministério da Saúde para incentivar a ida de médicos e enfermeiros para municípios carentes onde não há cobertura de assistência básica a saúde, faz parte da estratégia de reorganização da atenção básica e de fortalecimento do PSF. Apesar de não ser um programa específico de formação, o Pits acaba por demandar cursos de especialização em saú-

de da família cujo objetivo é a capacitação dos profissionais contratados pelo Programa. Atualmente, o Pits já está implantado em 239 municípios e conta com 708 profissionais (259 médicos e 449 enfermeiros), totalizando 247 equipes. Como explica Ana Luiza Vilasboas:

— A prioridade dada à Saúde da Família reacende o debate sobre recursos humanos, especialmente no que se refere à formação e à permanência de profissionais nas equipes. Não é possível promover mudança alguma, sem agir de modo responsável e enfático sobre a formação de recursos humanos. É importante considerar que a implementação de uma política de recursos humanos coerentes com a imagem de um 'SUS democrático' implica em ações articuladas e sinérgicas nos campos da gestão, da organização de serviços e de outros aspectos de infraestrutura.

Para Marise Ramos, no entanto, pode ser um equívoco atrelar a formação profissional ao mercado de trabalho e ao "fetiche das novas competências". "É preciso", diz ela, "considerar as especificidades dos processos de trabalho na elaboração dos cursos de formação, mas a questão não pode se resumir a isso. A sociedade não pode ser tratada como uma máquina que funciona de maneira previsível e os trabalhadores não podem ser vistos apenas como objetos do processo de trabalho". A formação profissional, segundo ela, deve seguir princípios científicos modernos e universalmente desenvolvidos pela humanidade, podendo ter como referência as tecnologias mais avançadas, sem esquecer, no entanto, que a escola é incapaz de acompanhar todas as inovações, deve desenvolver plenamente as capacidades humanas, potencializando a apropriação pelos trabalhadores dos saberes construídos pela humanidade e, portanto, a reapropriação de seus próprios saberes em benefício da sociedade.

É Paulo Seixas que resume o fato:

— Ao tratarmos da formação profissional, lidamos, na dimensão da construção da política de recursos humanos, com a distribuição de três grupos de bens: diretamente, das oportunidades educacionais e de acesso ao sistema de profissões, e, indiretamente, do perfil profissional e, portanto, da qualidade (na medida em que esta depende de outros fatores que vão além da preparação) da assistência prestada à população, bem como das competências incorporadas pelos profissionais nesta relação, o que também implica em redefinições sobre os campos de prática.

AS MUDANÇAS NO MUNDO DO TRABALHO

Paralelamente a todas as mudanças ocorridas no setor da saúde no Brasil, muitas outras coisas contribuem para que a questão da formação profissional ganhe relevância. Vivemos um período no qual o mundo do trabalho é marcado, dentre outras coisas, pelo desemprego, pela precarização dos vínculos trabalhistas, pela falta de recursos para investimento em pessoal, por práticas de organização da produção muito diferentes daquelas às quais estávamos acostumados, pela influência cada vez mais forte das novas tecnologias de comunicação e pelo valor cada vez maior da informação.

Há 40 anos, a organização industrial ainda exibia fortes traços herdados do fordismo/taylorismo: produção em série, uso intensivo de materiais, capital fixo, domínio da eletromecânica e da petroquímica, base energética oriunda do petróleo e, o que mais nos interessa no momento, gestão de mão-de-obra baseada na divisão do trabalho e na fragmentação do saber, que torna-va estanques a teoria e a prática. Ainda era um tempo de Estados fortes e de políticas de bem-estar social.

Nos anos 70, a crise do petróleo obrigou as empresas a repensarem seu modo de produção. A queda nos lucros exigia produtividade máxima com o mínimo de custos. A entrada em cena da microeletrônica também foi um fator importante nas mudanças. As relações de trabalho entram em processo de flexibilização. A produção é descentralizada. Aos poucos, a crise no mundo ocidental traz de volta as políticas liberais que enfraquecem e empobrecem o Estado, reduzindo os investimentos em programas sociais. Cresce no mundo inteiro a desigualdade social. Surge o desemprego estrutural, isto é, desaparecem pouco a pouco os postos de serviço, enquanto cresce a população.

Por conta das mudanças na economia, surgem formas de gestão. O uso cada vez mais intensivo de tecnologias refinadas obriga os trabalhadores a se atualizarem constantemente. Lado a lado com o desemprego e com o aumento do trabalho informal, desponta a demanda por trabalhadores polivalentes, multiquificados, aptos a exercerem funções cada vez mais intelectuais. Na atualidade, portanto, o trabalho torna-se cada vez mais intelectualizado, complexo, autônomo e coletivo, e o novo trabalhador deve ser capaz de trabalhar em equipe, se comunicar, observar, problematizar, diagnosticar, propor soluções, antecipar, prevenir, decidir e intervir em cada

uma das situações que surgem no seu cotidiano profissional, características que dificilmente podem ser desenvolvidas no âmbito de uma formação baseada na 'pedagogia da transmissão'.

A base técnica e a organização do trabalho passam a exigir dos trabalhadores novas competências, mas isso, no entanto, não pode ser aceito sem algumas reflexões. Ainda que se professe a importância de o trabalhador saber tomar decisões frente a situações imprevistas, grande parte dos sistemas automatizados já determinam procedimentos a serem realizados ou falta autonomia ao trabalhador que depende na maior parte das vezes da opinião ou permissão de seu superior. Como ressalta Marise Ramos:

— Por mais que se anuncie a horizontalização das relações de trabalho, no Brasil ainda predominam fortemente os princípios tayloristas-fordistas, que ratificam as hierarquias.

A QUESTÃO DAS COMPETÊNCIAS E HABILIDADES

A questão das competências tem permeado as discussões sobre a formação do novo trabalhador. O dicionário Aurélio define a palavra competência como "qualidade de quem é capaz de apreciar, resolver certo assunto, fazer determinada coisa". De acordo com Lea Depresbiteris, professora da Universidade de São Paulo (USP), a competência é entendida como capacidade para aplicar habilidades, conhecimentos e atitudes em tarefas ou combinações de tarefas operativas; habilidade de alguém de utilizar seu conhecimento para alcançar um propósito; capacidade de mobilização de um conjunto de saberes.

O modelo de competência começou a ser utilizado na Europa, em 1980, e tem origem nas Ciências das Organizações. Segundo Neide Deluiz, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), ele traz consigo o conceito da qualificação, seja do *emprego* (definida pela empresa), do *trabalhador* (que incorpora as qualificações sociais ou implícitas) e *operatória* (potencialidades do trabalhador perante sua função), seja a qualificação como uma relação social. No setor da saúde, esse modelo vem ganhando destaque, tanto em relação à técnica do trabalho quanto à posição ético-política, à comunicação e às relações interpessoais. Mais do que nunca, os trabalhadores em saúde devem se perceber como sujeitos integrais do processo de mudança.

De acordo com Neide Deluiz, a formação do profissional da saúde deve ter por base alguns níveis de competências associados às respec-

tivas categorias de capacidades e habilidades. Entre elas, estão as competências: *técnica* (capacidade de dominar as tarefas, regras e procedimentos da área específica de trabalho), *organizacional* (capacidade de auto-planejamento e de auto-organização, na medida em que desenvolve a flexibilidade no processo de trabalho), *comunicativa* (com seu grupo de trabalho), *social* (uso de conhecimentos adquiridos no mundo do trabalho e na vida cotidiana no desempenho de sua função), *pessoal* (assumir a responsabilidade sobre o trabalho), *de cuidado* (capacidade de interagir com o paciente, levando em consideração suas necessidades e escolhas), *de serviço* (compreensão dos impactos que suas ações terão direta ou indiretamente sobre os serviços ou usuários) e *sócio-política* (capacidade de refletir sobre a esfera do mundo do trabalho).

OS GRANDES TEMAS

Quando se fala em formação profissional na área de saúde, é importante que se tenha em mente a existência de inúmeros tipos de trabalhadores, de níveis de formação, de profissões que atuam no setor e de funções desempenhadas. Também não se pode esquecer o número de profissionais envolvidos, as dimensões continentais do país e até mesmo as dificuldades de acesso a instituições de ensino formal, distribuídas desigualmente pelo território nacional. As perspectivas, portanto, são muitas. Podemos, no entanto, para fins operacionais, considerar quatro grandes temas: a formação de Nível Médio, a Graduação, a Pós-Graduação e a Educação a Distância.

No Nível Médio, temos questões ligadas às Escolas Técnicas do SUS, ao diálogo que está ocorrendo entre elas por meio da RET-SUS (rede colaborativa formada para facilitar a troca de experiências entre as escolas que funcionam dispersas em todas as regiões do país) e a dois grandes programas de formação — em extensão e abrangência — Profae e Proformar. Ainda nesse grande tema, iremos considerar o Programa Saúde da Família (PSF) dentro da perspectiva da formação dos Agentes Comunitários de Saúde (PACs).

No ensino de graduação, as discussões estão centradas principalmente na implantação de mudanças com base nas diretrizes curriculares, levando-se em conta que a mudança deve ser orientada pela reorganização das práticas de atenção à saúde e que a qualificação dos profissionais deve seguir o princípio de humanização dos

serviços que norteia a estratégia de saúde da família. Ao falar do ensino de graduação, voltaremos também a tratar do Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (Promed) e do Pits.

Na Pós-Graduação, a inovação fica por conta da aproximação dos cursos com os serviços, que ocorre principalmente por conta do Mestrado Profissional. Destaca-se, também a importância das Escolas de Saúde Pública que, além de terem sido o berço do pensamento que animou tanto o Movimento Sanitário quanto as primeiras discussões sobre a educação profissional, têm um papel fundamental na área de formação de pessoal ligado ao planejamento em saúde. Dentro desse grande tema, incluiremos ainda o projeto de Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (Gerus).

A Educação a Distância (EAD) assume grande projeção por ser um tema transversal, comum e imprescindível ao novo processo de formação profissional, sendo utilizada por quase todos os programas da área. Mais do que uma mera ferramenta, a EAD levanta discussões importantes sobre tutoria e sobre o uso de diferentes mídias — impressa, rádio, televisão e computadores — e de saberes de comunicação. Junto a esse tema, trataremos do uso da internet na construção de redes colaborativas, cujo objetivo é a troca permanente de informações e experiências na área de formação e o aprimoramento de recursos humanos para o setor da saúde.

OS ATORES

Ao falar de formação profissional, podemos identificar inicialmente dois tipos de atores. Os sujeitos da ação, representados por aqueles que discutem, planejam e implantam os programas. E, como não há 'sujeito' sem 'objeto', po-

deríamos supor os profissionais aos quais os programas se destinam como o tal objeto. Acontece que tais profissionais, ao exercerem suas práticas de trabalho, são também sujeitos em relação a outro objeto, a população atendida por eles. Esse público, por sua vez, a partir mesmo de uma prática de trabalho baseada na construção compartilhada do conhecimento, torna-se sujeito de suas próprias transformações sociais. Finalmente, tais mudanças demandam novas discussões, novo planejamento e implantação de novas ações voltadas para uma formação contextualizada por elas. Está assim fechado um grande círculo que constantemente se auto-alimenta e se regenera.

Apenas para se ter uma idéia da magnitude de qualquer empreitada na área de formação profissional no setor de saúde, basta se olhar os dados da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Segundo esses dados, em 1999, 1.891.552 profissionais atuavam na área da saúde. Desse total, 1.472.617 prestavam serviços ao SUS, sendo cerca de 73% de pessoal de saúde e 27% de profissionais administrativos e de serviços gerais. Do pessoal de saúde, cerca de 44% têm nível superior, 40% é de nível técnico/auxiliar e 16% é de nível elementar (Tabela 1). Com relação à distribuição no território nacional, dos 1.472.617 profissionais do SUS, aproximadamente 6% trabalham na região Norte, 26% no Nordeste, 7% na região Centro-Oeste, 47% no Sudeste e 15% no Sul (Tabela 2).

Além disso, não se pode deixar de pensar na massa de profissionais que anualmente é acrescida a esse universo. De acordo com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais do Ministério da Educação (Inep/MEC), em 1999 cerca de 7.700

Tabela 1 — PROFISSIONAIS DO SUS, POR GRUPO DE OCUPAÇÃO

Pessoal de saúde	nível superior	475.699
	nível técnico/auxiliar	428.999
	qualificação elementar	175.244
	Subtotal 1	1.079.942
Pessoal administrativo	administração	186.730
	serviços de limpeza, conservação e segurança	205.945
	Subtotal 2	392.675
TOTAL		1.472.617

Fonte: IBGE — Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS) — 1999

Tabela 2 — PROFISSIONAIS DO SUS, POR REGIÃO DO PAÍS

Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Brasil
87.009	384.198	98.979	688.269	214.162	1.472.617

Fonte: IBGE — Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS) — 1999



A Abrasco, fundada em 1979, é uma Sociedade científica não governamental que apoia pessoas e instituições envolvidas no ensino de pós-graduação por meio de comissões científicas, grupos de trabalho e congressos, tendo como proposta intensificar o intercâmbio entre os órgãos e qualificar o corpo docente e de pesquisa em Saúde Coletiva.

Mais informações: **Abrasco**
Rua Leopoldo Bulhões, nº 1480
sala 208 – Rio de Janeiro / RJ
CEP: 21041-210
Tel.: (21) 2560-8699 / 2560-8403
E-mail: abrasco@ensp.fiocruz.br
Site: www.abrasco.org.br

médicos, 8 mil odontologistas, 5.300 enfermeiros, 6 mil farmacêuticos, 2.100 nutricionistas e 5 mil fisioterapeutas concluíram seus respectivos cursos, totalizando 34.400 formandos. Esse número é quase 52% maior do que o total de 22.643 diplomados em 1992.

Não é à toa que a discussão desperta as atenções de uma infinidade de especialistas e instituições, dentre as quais, o próprio Ministério da Saúde, as Escolas Técnicas de Saúde, as

Escolas de Saúde Pública, a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), as faculdades e universidades, os Pólos de Saúde da Família, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), diversas Associações de Profissionais de Saúde, a Rede Unida e a Opas/RH.

A presença de tantos atores nas discussões sobre formação, apesar de ser altamente positiva e representativa, acarreta sempre alguns conflitos oriundos, como acredita Ana Luiza Vilasboas, de uma “delicada arquitetura política” que envolve geralmente relações intra-institucionais assimétricas tanto no âmbito do próprio Ministério da Saúde quanto na relação com outros atores pertinentes, como o Ministério da Educação e Cultura (MEC), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e as entidades de classe.

OS PRINCIPAIS PROGRAMAS

Muitos são os programas voltados para a questão da formação de recursos humanos para a área da saúde.

de. Dentre eles, o Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da área de Enfermagem (Profae), o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (Promed), o Programa de Formação de Agentes Locais em Vigilância em Saúde (Proformar) e o Projeto Gerus, que serão tratados com mais profundidade nas próximas edições.

O Profae foi criado pelo Ministério da Saúde, em 2000, com a proposta de inserir uma nova cultura nos serviços prestados pela rede de atendimento médico-hospitalar e promover o exercício da enfermagem com responsabilidade. Além de qualificar cerca de 315 mil profissionais de nível médio (auxiliares e técnicos) que já trabalham no SUS, o Programa vem fortalecendo instituições do SUS para promover a educação permanente dos trabalhadores da saúde, com a modernização de escolas, formação de docentes, avaliação de competências e elaboração de material didático. O volume de recursos previstos é da ordem de US\$ 370 milhões, provenientes de um empréstimo feito junto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), do Tesouro Nacional e do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT).

O Promed foi criado em abril de 2002 e tem como eixo central a discussão e implantação das Diretrizes Curriculares nos cursos de medicina, visando não apenas a mudanças de currículo dos cursos e maior integração entre o ciclo básico e o ciclo profissional, mas inclusão na formação do médico da importância do relacionamento entre profissional e comunidade. Segundo o coordenador do Promed, Roberto Padilha, em novembro, das 48 escolas de medicina inscritas para participar do Programa serão selecionadas 20 que receberão, cada uma, R\$1,2 milhão.

Criado em 1976, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), uma associação sem fins lucrativos, aglutina profissionais e estudantes e tem como objetivo a democratização da saúde. De âmbito nacional, o eixo central do Cebes é a produção de conhecimento ligado a uma prática política. Dentre suas atividades, destaca-se a publicação da Revista Saúde em Debate.

Mais informações: **Cebes**
Av. Brasil 4036, Sala 1010 – Fiocruz
Rio de Janeiro / RJ
CEP: 21040-361
Tel.: (21) 2590-9122 – R. 240/241
Fax.: (21) 2270-1793
E-mail: cebes@ensp.fiocruz.br
Site: www.ensp.fiocruz.br/parcerias/cebes

O Proformar tem como meta a capacitação dos 66 mil trabalhadores de nível médio que desenvolvem atividades de campo no controle de doenças e em epidemiologia, transformando as práticas locais e desenvolvendo ações de promoção e proteção à saúde. Iniciado em 1999, a partir da estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, o projeto está sendo desenvolvido em parceria com a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). A capacitação é feita em duas etapas: uma presencial e outra a distância.

O Projeto Gerus é uma estratégia do Ministério da Saúde para aumentar a capacidade gerencial dos gestores das Unidades Básicas de Saúde, qualificando-os técnica e administrativamente. O Projeto também apóia as Secretarias Municipais de Saúde na promoção de cursos descentralizados de especialização em gerência de Unidades Básicas e contribui para a reorientação do modelo assistencial, segundo as diretrizes da Estratégia Saúde da Família. Realizado em cooperação com a Opas-RH, e com amplo apoio da Ensp/Fiocruz, o Projeto Gerus já atendeu a 400 municípios, formando 2.700 especialistas. As atividades do projeto ocorrem em quatro etapas: sensibilização dos representantes da Secretaria de Saúde, realização de oficinas com potenciais monitores, capacitação técnica dos monitores selecionados e realização do curso de especialização.

AS QUESTÕES, OS MAIORES DESAFIOS

Quando a política de educação profissional aponta para a fragmentação, o desafio, para Marise Ramos, está em se construir propostas político-pedagógicas e teórico-metodológicas que recuperem essa totalidade. "Um grande problema a ser enfrentado é a construção de uma cultura, tanto nos serviços quanto na escola, que parta da compreensão totalizante do processo de trabalho e do pressuposto de que os trabalhadores são sujeitos desses processos", diz ela, destacando ainda o problema do baixo nível de escolaridade resultante do processo histórico brasileiro de se negar às classes populares — de onde advém a maioria dos trabalhadores de nível médio em saúde — o direito à educação básica. "Não se pode falar de formação profissional plena e de qualidade quando não se garante o acesso e a apropriação dos saberes considerados básicos para as pessoas viverem em sociedade e serem senhores de si", completa.

Para Ana Luiza Vilasboas, um dos grandes desafios seria o de ampliar a articulação ensino-serviços mediante o trabalho em rede. Em sua opinião, a concepção de rede parece ser apropriada para viabilizar a costura política entre atores que têm distintos interesses, por conta mesmo da própria idéia de rede que envolve os conceitos de articulação, conexão, heterogeneidade e cujo poder está na riqueza de seus vínculos.

— Acho importante priorizar o apoio financeiro e técnico dos três níveis de gestão do SUS e as iniciativas de formação e educação permanente que adotem o formato de rede em seu trabalho e que incluam os gestores e as instituições de ensino na condução, programação, execução e acompanhamento dessas ações. Creio também que o financiamento de ações de desenvolvimento de recursos humanos deve estar vinculado a incentivos em infraestrutura, organização de serviços e gestão. Esses recursos devem ser concentrados em municípios que possam funcionar como 'efeito demonstrativo', permitindo acúmulo de poder político para os que defendem um sistema de saúde mais eficiente e eficaz.

Apesar de tudo que tem sido feito com o intuito de se ampliar e promover as interações entre os cursos universitários, os serviços de saúde e as comunidades, um obstáculo, na opinião de Márcio Almeida, tem sido a falta de investimentos na área de formação e a dificuldade de se implementar mudanças nas universidades sem que se considere apenas as alterações nas práticas profissionais e no mercado de trabalho.

— No caso da graduação, são necessárias mudanças urgentes e em profundidade para acabar com o predomínio da educação 'bancária', centrada na pedagogia da transmissão e nos currículos cheios de disciplinas que fragmentam os processos de ensino/aprendizagem. Isso está comprovadamente superado, é anacrônico, sendo rejeitado por grandes parcelas dos professores e dos alunos. Nesse sentido, é preciso estabelecer novos modelos acadêmicos com ênfase no papel dos alunos como sujei-

tos ativos do processo, na valorização do papel ativo do professor, na interação com os serviços de saúde e com as comunidades, nos novos instrumentos de avaliação do desempenho escolar, com predomínio da avaliação formativa e na aprendizagem do trabalho em equipe multiprofissional — diz ele.

Na opinião de José Paranaguá, há duas questões a serem enfrentadas. A primeira seria a garantia de infraestrutura para manutenção de um grande estoque de formação. A segunda é a ampliação do modelo do Profae para outras áreas da saúde. "O Profae já está fazendo sua parte, mas temos ainda uma enorme demanda em relação aos profissionais de nível médio. Esse programa pode servir de modelo para outras iniciativas", sugere.

Para Paulo Seixas, ainda que o acompanhamento e a avaliação das inúmeras iniciativas desenvolvidas venha sendo realizado com maior frequência, a incorporação sistemática da avaliação de impacto nos processos de preparação ainda é pouco realizada.

— Isso implica na implementação de um sistema de registro e acompanhamento das 'capacitações'. O Sistema de Informações Gerenciais em Capacitação (SIG-CAP), desenvolvido com financiamento da CGPRH, representa um importante instrumento para este processo — diz.

Para ele, é preciso ainda uma melhor articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação no que diz respeito à discussão sobre os critérios para autorização e avaliação dos Mestrados Profissionalizantes, por parte da CAPES, e sobre a atuação mais ativa dos gestores do sistema sobre as Residências Médicas, em particular na Comissão Nacional de Residência Médica e nas Comissões Estaduais.

Bem, o panorama geral está minuciosamente traçado ainda que falte algo aqui ou sobre algo ali. A tarefa mais 'pesada' começa agora, que é mergulhar verticalmente em cada um dos quatro temas que serão objetos das quatro próximas revistas. Pausa para respirar, e na Radis 4 retomamos o tema, enfocando as questões que atravessam o nível da Graduação e suas implicações. 



O RADIS ADVERTE:

Formar profissionais tecnicamente capazes de exercer sua função e conscientes da importância de seu papel na humanização dos serviços faz bem para o SUS e para a saúde da população.

RADIS ENTREVISTA

Sérgio Arouca

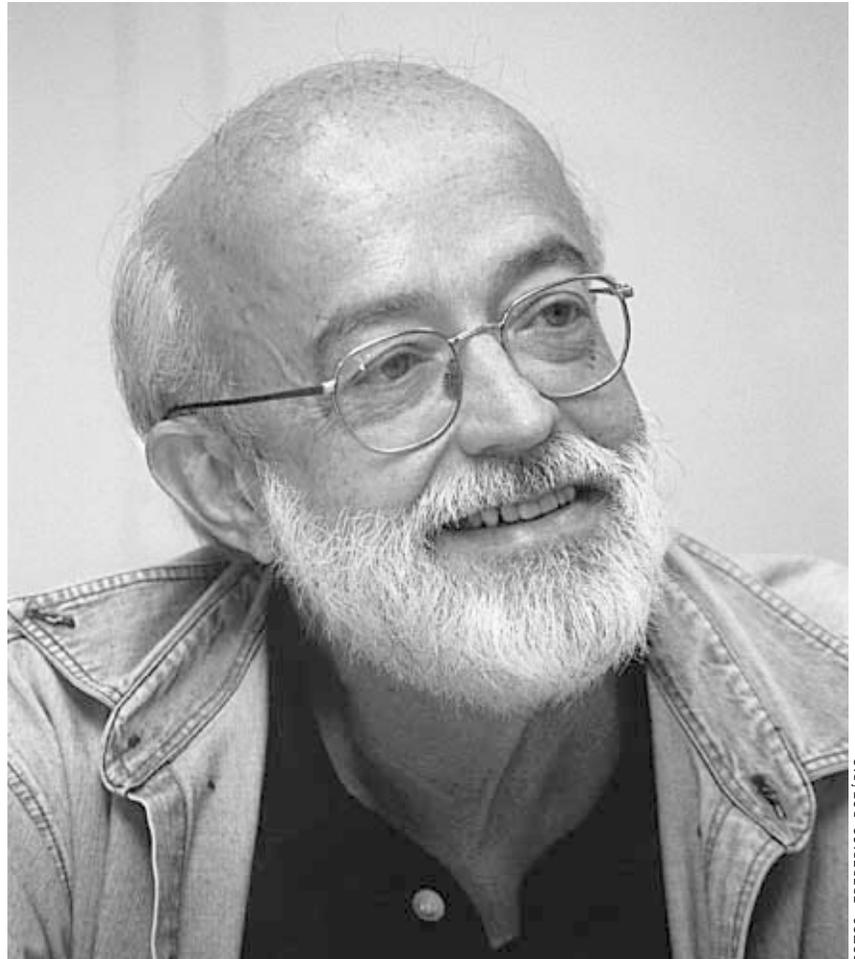
O eterno guru da Reforma Sanitária

Antonio Sérgio da Silva Arouca é paulista de Ribeirão Preto, comunista histórico, médico sanitário e doutor em Saúde Pública. Foi presidente da Fiocruz entre 1985 e 1989, presidente da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, eleito deputado federal e exerceu ainda as funções de secretário municipal e estadual de saúde do Rio de Janeiro. A biografia 'oficial', no entanto, não é capaz de espelhar a riqueza da vida e do pensamento de Sérgio Arouca, lembrando mesmo aquelas frias estatísticas do futebol moderno, que registram quantos minutos uma equipe ficou com a posse da bola mas deixam de fora os lances geniais e o drama do gol. O melhor a fazer, então, é passar diretamente ao 'jogo', mergulhar na leitura desta incisiva entrevista concedida à equipe do Radis e perceber que Arouca, como é bem do seu estilo, não deixa nenhuma bola quicando na entrada da área, mas permanece na ponta-de-lança do questionamento crítico da Saúde brasileira. Entre os companheiros do 'time da Reforma Sanitária', Arouca era conhecido pelo carinhoso apelido de Rhalah Rikota, o humaníssimo personagem-guru do cartunista Angeli. O apelido parece ainda hoje mais do que justificado, de ouvi-lo dizer que o SUS precisa ser repensado à luz da Reforma Sanitária e a Saúde, humanizada.

Participaram da entrevista Ana Beatriz de Noronha, Caco Xavier, Daniela Sophia, Katia Machado e Rogério Lannes Rocha. As fotos são de Frederico Rozário, cedidas pelo OPasquim21.

A Saúde Pública mudou nesses últimos anos, quando muitas questões sociais e estruturais foram adicionadas ao seu contexto. Em relação a essas mudanças, e mais de uma década depois da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), tem sentido ainda falar em Reforma Sanitária?

A pergunta tem a ver com a origem do movimento da Reforma Sanitária, com a passagem do pensamento crítico



FOTOS: FREDERICO ROZÁRIO

para uma proposta de ação. O movimento da Reforma Sanitária nasceu dentro da perspectiva da luta contra a ditadura, da frente democrática, de realizar trabalhos onde existiam espaços institucionais. Na área da saúde, existia a idéia clara de que não poderíamos fazer disso uma esquizofrenia, ser médico e lutar contra a ditadura. Era preciso integrar essas duas dimensões. O espaço para essa integração era o da Medicina Preventiva, movimento recém-criado no Brasil, que começou na Escola Paulista de Medicina, em Ribeirão Preto, e na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). A idéia era que o Sistema de Saúde não precisava mudar em nada, que se poderia deixar as clínicas privadas e planos de saúde

como estavam e que bastava mudar a mentalidade do médico. O movimento da Reforma Sanitária cria uma outra alternativa, que se abria para uma análise de esquerda marxista da saúde, na qual se rediscute o conceito saúde/doença e o processo de trabalho, em vez de se tratar apenas da relação médico/paciente. Discute-se a determinação social da doença e se introduz a noção de estrutura de sistema. Começamos a fazer projetos de saúde comunitária, como clínica de família e pesquisas comunitárias, e fizemos treinamento do pessoal que fazia política em todo Brasil. No PCB, havia uma dinâmica para o debate sobre saúde. Quando a ditadura chegou ao seu esgotamento, o movimento já tinha

propostas. Não só criou quadros de profissionais, mas também meios de comunicação, espaço acadêmico consolidado, movimento sindical estruturado e muitas práticas. Assim, esse movimento conseguiu se articular em um documento chamado *Saúde e Democracia*, que foi um grande marco, e enviá-lo para aprovação do Legislativo. Nós queríamos conquistar a democracia para então começar a mudar o sistema de saúde, porque tínhamos muito claro que ditadura e saúde são incompatíveis. Nosso primeiro movimento era, portanto, no sentido de derrubar a ditadura, e não de melhorar a saúde. Tudo isso aconteceu antes da Constituinte.

O panorama, nessa época, parecia favorável a essas mudanças?

Nessa época, eu me torno presidente da Fundação Oswaldo Cruz, o Hésio Cordeiro se torna presidente do Inamps, Renato Archer começa a atuar na Ciência e Tecnologia e Waldir Pires assume a Previdência Social. Há um núcleo de pensamento da esquerda em conflito com um núcleo conservador. Carlos Santana, que ideologicamente era considerado conservador, mas que era um radical na área da saúde, se torna Ministro da Saúde. Começa aí a discussão em torno do primeiro passo a ser dado. O marco era transferir o Inamps para o Ministério da Saúde, e qualquer reforma deveria começar pela integração. Mas havia um problema: a Saúde estava na mão de um conservador e a Previdência com a oposição. Até que, na calada da noite, o Carlos Santana consegue um decreto que autoriza o Sarney a passar o Inamps para o Ministério da Saúde. Waldir Pires então *veta* o decreto, dizendo que "o Inamps é um patrimônio dos trabalhadores e que por isso essa decisão deveria ser participada a eles". Pensamos em fazer isso convocando uma Conferência. Mas, na época, as Conferências de Saúde eram espaços burocráticos, onde os temas e os resultados já estavam pré-definidos. Propusemos então convidar *a sociedade* para discutir a questão e realizar uma conferência com a participação de 50% de usuários. A VIII Conferência Nacional de Saúde conseguiu reunir, pela primeira vez, mais de 4 mil pessoas que trabalharam durante cinco dias consecutivos, produzindo relatórios diários e participando de uma assembléia final que durou mais de 24 horas. Da Conferência, sai o movimento pela Emenda Popular, a única emenda constitucional que nasce do movimento social. Esse foi o maior sucesso da Reforma Sanitária, que enfrentou mudanças de ministros e até de um presidente da República (o ex-presidente Fernando Collor, que era absoluta-

mente contra o SUS). Para ele, segundo o pensamento da reforma neoliberal do Estado, o SUS era uma excrescência. Como presidente da Fiocruz, vivenciei diretamente alguns desses fatos. Apresentei o documento *Saúde e Democracia*, presidi a VIII Conferência Nacional de Saúde, apresentei a Emenda Popular e, como Deputado Federal, fui designado como relator da extinção do Inamps. Todos achavam que era um suicídio, pois eu estava propondo a extinção de uma instituição com mais de cem mil funcionários e que iria mobilizar tanto trabalhadores quanto aposentados. De fato, sofreu muita pressão. A surpresa é que, na hora da decisão final, as lideranças do Movimento dos Trabalhadores do Inamps eram favoráveis à extinção, em nome de um novo projeto.

“ Nós temos
que retomar
o conceito
da Reforma Sanitária,
para retomar políticas
dentro do
sistema sem
burocratizá-lo. ”

Depois da VIII Conferência Nacional de Saúde, do texto da Constituição e do SUS implantado — objeto da Lei Orgânica 8080 —, qual é o saldo de hoje?

Conquistamos a universalização na Saúde (o princípio constitucional que estabelece que todo brasileiro tem direito à saúde), definindo com clareza o dever do Estado e a função complementar da saúde privada. Conseguimos estabelecer que a Saúde deve ser planejada com base nas Conferências e conseguimos formalizar os Conselhos de Saúde como parte do SUS, tendo 50% de usuários. O último passo desse movimento pela Reforma Sanitária foi a formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que transformou o texto da Constituinte na Lei Orgânica 8080. Dessa forma, todas as propostas reformistas de esquerda viraram Lei e isso acabou possibilitando a aprovação de outros projetos da esquerda.

Era preciso abrir canais para que o pensamento crítico da área da saúde alcançasse uma expressão própria, dando início à formulação setorial de novas políticas públicas. De um lado, o SUS avança por meio das Conferências, dos Conselhos, da municipalização, da universalização dos direitos. Por outro,

na operação do modelo assistencial, segue a lógica do Inamps. O Ministério da Saúde é organizado segundo este mesmo modelo do Inamps, segundo a lógica hospitalar, com estrutura medicalizante. A grande vitória é que a Reforma Sanitária cria novos atores na área da Saúde.

A Noas [Norma Operacional de Assistência à Saúde] representa progresso ou retrocesso na lei?

Nos últimos anos de gestão do José Serra, foram emitidos oito atos normativos por dia. Houve secretarias de Saúde que contrataram assessores para ler e interpretar esses atos, pois não davam conta de seguir essa fúria regulatória, que trata o Amazonas como o Rio Grande Sul, a Saúde da Família igual para todos, assim como o repasse de recursos. Passamos a ter a regulação como ênfase, com bons ou maus regulamentos. A Noas, por exemplo, é um bom instrumento de regulação que preenche a lacuna de esvaziamento do papel do nível estadual. Quando se perde o papel dos estados, se perde a possibilidade de planejamento regional. A Noas retoma o papel da municipalização, mas dá ênfase à questão da regionalização. A lacuna que ainda resta é que o conceito da Reforma Sanitária foi abandonado. Essa é minha briga atual. Nós temos que retomar o conceito da Reforma Sanitária, para retomar políticas dentro do sistema sem burocratizá-lo. Ele já foi burocratizado o suficiente.

Atualmente, qual é o pauta dessa luta?

Retomar os princípios básicos da Reforma Sanitária, que não se resumiam à criação do SUS. O conceito saúde/doença está ligado a trabalho, saneamento, lazer e cultura. Por isso, temos que discutir a saúde não como política do Ministério da Saúde, mas como uma função de Estado permanente. À Saúde cabe o papel de sensor crítico das políticas econômicas em desenvolvimento. O conceito fundamental é o da intersectorialidade. Não basta aprofundarmos cada vez mais o modelo 'Ministério da Saúde e Secretaria de Assistência à Saúde', temos que discutir saúde segundo políticas intersectoriais. O modelo assistencial é anti-SUS. Aliás, o SUS como modelo assistencial está falido, não resolve nenhum problema da população. Essa lógica transformou o governo num grande comprador e todas as outras instituições em produtores. A Saúde virou um mercado, com produtores, compradores e planilhas de custos. O modelo assistencialista acabou universalizando a privatização. O grande desafio que nós temos, imaginando o campo da

oposição a esse modelo assistencial, é conseguir estabelecer um governo que tenha projeto e que não seja simplesmente um somatório de ministérios. Esse tipo de governo, onde sociedade, ministérios e secretarias são fraturados e onde cada um desses sujeitos compete com os outros, é uma falência.

Qual é o ambiente em que pode se dar essa luta?

Primeiro, é preciso repetir que a 'inampização' do SUS nunca vai resolver os problemas da população. Eu estou propondo a convocação de uma Conferência extraordinária, cujo tema é a mudança do modelo assistencial do SUS, acabando com a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e com o pagamento por prestação de serviços, que seria substituído por um contrato global com metas de desempenho, qualidade e prioridades definidas pela população. Podemos contratar o setor privado onde não existe o setor público, mas definindo prioridades e metas. O PSF [*Programa Saúde da Família*], por exemplo, pode ser entendido de duas maneiras. Ele pode ser simplesmente mais um programa paralelo, como no Rio de Janeiro, onde dez equipes de Saúde da Família não representam nada, ou pode ser um modelo reestruturante do sistema de saúde, no qual uma equipe dará atendimento personalizado às famílias segundo o conceito de desenvolvimento local, integral e sustentável. É preciso que os programas de governo ganhem intersectorialidade nos municípios. É preciso trabalhar a questão da humanização da saúde. Um Projeto de Lei sobre os direitos do paciente rolou oito anos na Câmara, e eu não consegui aprovar. O projeto dizia simplesmente que o paciente tem direito aos seus dados e a optar por terapias, devendo ser tratado como cidadão — com nome e sobrenome.

Quando discutíamos a Reforma Sanitária e fazíamos crítica à prática da medicalização, já falávamos sobre a abertura às práticas alternativas de saúde, como a fitoterapia, a acupuntura e a homeopatia. O genérico é um avanço, mas só atende a quem já tinha acesso a medicamentos, diminuindo o custo. Cerca de 50 milhões de brasileiros não chegam nem aos genéricos. Por isso, é necessário estabelecer uma política que pense na fitoterapia e em hortas de produção de medicamentos naturais, que trabalhe com práticas de promoção e prevenção da saúde e que participe das discussões sobre Cidades Saudáveis.

Como você vê os avanços da tecnologia mundial de ponta, como a

biotecnologia e os transgênicos?

Quando fui candidato a vice-presidente da República, com Roberto Freire, a bandeira da candidatura era a questão da revolução científico-tecnológica. Essa revolução tecnológica tem a característica de transformar grupos humanos em descartáveis e até mesmo uma nação em algo descartável. Para se proteger da globalização, o Estado tem que ser forte e muito mais competente. Nossa pergunta era: "Como entrar na revolução científico-tecnológica? Na nossa área, a resposta para essa pergunta seria a biotecnologia, pois nós temos uma das mais ricas biodiversidades do mundo. Nessa área de pesquisa, poderemos trabalhar pela preservação e na produção de novos medicamentos, reagentes e novos alimentos, sem precisar de grandes aparatos técnicos. Do ato de protesto de José Bové — que é um conservador — destruindo uma plantação de transgênicos no Brasil, só restou uma discussão maniqueísta e equivocada entre os que acreditam que a biotecnologia é solução para tudo e os que, vendo a biotecnologia como um demônio, querem proibir até a pesquisa. A biotecnologia é um enorme avanço, mas apresenta enormes riscos. O único experimento *on-line* em massa é a alimentação com transgênicos. Milhões de pessoas estão sendo submetidas a experimentos dos quais não se sabe o resultado e que não são controlados.

Há também um pensamento 'producionista', no campo da genética, querendo explicar que o comportamento é determinação genética e esquecendo tudo o que já foi desenvolvido no campo da cultura e da antropologia. A vida é uma rede. Você está em contato permanente com vírus e bactérias que já vivem dentro do seu corpo e que fazem parte do seu DNA. O organismo humano tem a capacidade de produzir mudanças para sobreviver e essas mudanças são geradas segundo as influências do meio em que vive. Quando eu especializo uma planta, jogando sobre ela um único inseticida, qual será o impacto na rede da vida que está embaixo daquele solo? Para que eu possa interferir no DNA, eu utilizo uma bactéria como vetor para fazer a mudança, e as bactérias são seres vivos que também se modificam e se incorporam a seres mais complexos.

Dizer que a biotecnologia vai resolver o problema da fome é uma falácia. O problema da fome não está na produção de alimentos e sim na distribuição deles. A discussão tem que mostrar onde estão os avanços e onde a sociedade civil pode exigir o controle social. A energia nuclear era contida no laboratório e o risco

era de haver uso político ou acidentes. A biotecnologia não tem paredes, ela está na rede da vida e exige, portanto, um controle social que não passa pelos pares da ciência. Está faltando uma Comissão de Bioética que tenha uma representação da sociedade e que não seja só de pesquisadores. Uma comissão que incluía também filósofos, pensadores e usuários. O Estado tem que se capacitar para esse mundo novo que nós estamos vivendo e a legislação brasileira não está nem chegando perto de começar essa discussão. Ela chegou à Lei de Biossegurança, mas não avançou. É preciso começar a discutir a questão da clonagem.

Hoje em dia, qual seria a política industrial para a saúde? Em relação às vacinas e aos medicamentos, a proposta ainda é ter autonomia na produção?

Estamos cada vez mais ligados a uma balança de pagamento em que é preciso ter o dólar, e por isso não podemos nos relacionar com o mundo globalizado sem estabelecer mecanismos de proteção. Precisamos de uma política de substituição de importação, que é possível, apesar da Lei de Patentes. A Saúde é uma área privilegiada, pois a grande maioria dos medicamentos não está protegida. Se hoje somos um dos maiores compradores de medicamentos do mundo, o Estado pode utilizar o poder de compra para fazer transferência de tecnologia, como fizemos com a [*vacina*] Sabin na Fiocruz: "Compramos vacina de sua empresa desde que você me associe, me transfira tecnologia e me capacite para produzir".

Existem parceiros possíveis de se associar?

Existem, sim. Em vez de entrar de uma forma suicida na Alca, nós podemos nos associar a países com tecnologia de medicamentos. Isso significa fortalecer os laboratórios públicos. Eu não posso simplesmente permitir um fluxo de recursos e não atrasar o pagamento das bolsas de estudo se, quando uma pessoa termina o doutorado, não tem emprego. De que adianta mandar pessoas para o mundo inteiro para fazer mestrado e doutorado, se depois eles não são absorvidos? Paralelamente à política industrial, é preciso ter uma política agressiva na área da ciência e tecnologia. Em vez de ser um exportador de cérebros, o Brasil tem que ser um importador. Se quero profissionais em Biologia Molecular, preciso saber quem é que está trabalhando com isso no mundo e trazer para o país. A política em Ciência e



Arouca, no início do movimento da Reforma Sanitária, foi carinhosamente apelidado de Rhalah Rikota, personagem do cartunista Angeli. Por que será?

Tecnologia não pode ser esta que a Capes e o CNPq oferecem.

Independentemente de quem estará no próximo governo, de seus erros e acertos, quais são os principais desafios apresentados à sociedade?

Eu tenho participado de debates onde não se tem saída para nada. Mesmo no Conselho Nacional de Saúde, onde estive recentemente, as últimas perguntas que eu respondi manifestavam grande angústia. Este é um período crítico, em que presenciamos instituições internacionais perdendo espaço e Bush assumindo uniteralidade em tudo, tanto no comércio quanto na guerra. Você vê uma cultura guerreira. É uma coisa horrível o que está acontecendo nos EUA, é uma redução dos direitos humanos. O que está sendo feito lá é um tremendo retrocesso autoritário, digno de uma boa ditadura. Por outro lado, você tem pessoas que dão boas respostas. Eu acredito que as lutas pela cidadania, expressas na defesa do consumidor, na defesa de necessidades especiais, nas discussões sobre os direitos da mulher e dos novos temas envolvendo violência e saúde pública, estão ganhando força. O Ministério Público também propiciou enorme avanço na questão da cidadania. O desafio é dar conteúdo a essas questões.

O momento que estamos vivendo revela a paralisia do pensamento crítico nacional. O movimento sindical está paralisado e a universidade não tem feito nenhum debate crítico mais avançado. Isso exige que retomemos a Reforma Sanitária, enxergando o SUS a partir dessa reforma, e não vendo o SUS pelo umbigo do SUS. O umbigo do SUS vai apenas tentar regular o que está aí. Outro dia, ouvi um médico dizer com maior orgulho que tinha triplicado o número de amputações de diabéticos. Se o conceito é de

produtividade e serviço, então ele aposta mais para ganhar mais. Para mim, isso é a falência. O conceito fundamental dessa última fase do SUS é o faturamento. Foi uma distorção na implantação do SUS.

Segundo a lógica de indução de mercado, quando pensamos em assessoria aos municípios, na formação profissional e nas universidades, há uma tendência de se direcionar pesquisas para onde há recursos.

De um lado, a universidade tem o papel de Estado, deve estar preocupada com gerações futuras, com conhecimentos novos e que não são privilegiados. Ela, no entanto, deve ter liberdade de atuação. Não pode estar subordinada a políticas de governo. De outro, o governo deve propor pactos à universidade. Nós queremos universidade aberta para vários tipos de curso. Eu posso pactuar com a universidade para o ensino a distância e treinamento dos quadros atuais que estão nos serviços. Se a pública não pactuar, pactue-se com quem faça, estipulando metas de desempenho e recursos. Desta forma, a universidade ganha uma dimensão de parceira do desenvolvimento. O Carlos Lessa [reitor da UFRJ] diz que nós temos que voltar a desenvolver o corporativismo, no sentido de autonomia, permitindo-nos pensar além da política conjuntural de governo.

Em relação ao mercado, o governo Fernando Henrique congelou os salários de todo o setor público e começou a dar aumentos indiscriminados (dentro da Reforma Bresser) por áreas de atuação. O governo acabou criando induções, e a maior delas foi a do mercado de projetos públicos, envolvendo cada pesquisador individualmente em interesses personalizados. As instituições não têm mais projeto global, elas foram fragmentadas por

baixo. Cada pesquisador precisa ter vários projetos individuais, para ter acréscimo salarial e prestígio. Você acha que esse pesquisador vai querer participar de um projeto coletivo? Essa é a distorção máxima: o serviço público vendendo serviços para o próprio setor público. É a privatização do mercado que se fez por baixo, privatizando os desejos e as mentes das pessoas. Ela envolveu os prestadores de serviço, dizendo que o negócio é faturar, e os pesquisadores, dizendo que a coisa é projetar.

Como você analisa sua experiência parlamentar e suas experiências como secretário de Saúde?

Eu sou muito mais identificado como sanitarista da Fundação Oswaldo Cruz do que como militante político ou deputado, e é como eu me sinto bem. Outro dia, brincando com um amigo, eu disse que meu tempo de permanência em alguns cargos executivos nesses conflitos de poder tem diminuído radicalmente. Fui secretário de saúde do estado do Rio durante nove meses, e meu período como secretário municipal caiu para quatro meses. Como deputado federal, eu era líder de um partido de três. Isso foi um aprendizado fantástico, pois me permitiu atuar não só na área da Saúde. Eu fiz a Lei do Sangue, a Lei de Saúde de Populações Indígenas, participei da extinção do Inamps e da defesa dos direitos do paciente, fui negociador da questão das patentes e das gratificações de desempenho e participei da reforma educacional junto com Darcy Ribeiro, entre outras coisas. Nesse campo, penso que já dei minha contribuição. Vou estar na política sempre, mas não volto a me candidatar. Sou muito mais sanitarista.

Em relação aos meios de comunicação, que caminhos você vê para a sociedade?

Eu acho que todas as experiências, em nossa área específica, têm tido sucesso. Nós temos o Radis, o *Saúde em Debate*, do Cebes, e as revistas da Abrasco, entre outras. Eu só tenho medo que, em algumas delas, o academicismo retire essa dimensão do pensamento crítico e a substitua pela 'lógica da epidemiologia' para aceitar artigos. Nós temos espaço, e a questão é como apresentar o debate. A discussão substantiva que o campo do pensamento crítico da oposição deve assumir é a mudança do modelo assistencial, retomando a Reforma Sanitária e reformando o SUS. Esse seria o diferencial e também a nossa grande unidade. A possibilidade de repensar o SUS como Reforma Sanitária pode ser nossa grande unidade. ■

SERVIÇOS

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

CONGRESSO DA REDE UNIDA

‘Governos novos, desafios antigos: investindo sempre nos processos de mudança’ será o tema central do V Congresso Nacional da Rede Unida, a ser realizado de 27 a 30 de maio de 2003, em Londrina/PR. Durante o evento, acontecerão ainda o I Fórum Nacional de Redes em Saúde e a II Mostra Paranaense de Produção em Saúde da Família. A inscrição de trabalhos para o Congresso poderá ser feita entre os dias 10 de outubro e 15 de dezembro.

Mais informações: **Rede Unida**

R. Souza Neves, 9/110 – Londrina / PR
CEP: 86010-921

Tel.: (43) 324-2340

E-mail: rede.unida@uol.com.br

Site: www.redeunida.org.br

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS
PROMOVERÁ DEBATES SOBRE TRATAMENTO

Já estão abertas as inscrições para o II Encontro da Rede Social de Tratamento e Reinserção do Dependente Químico, que acontecerá entre os dias 26 e 27 de novembro, em São Paulo. Organizado pela Secretaria Nacional Antidrogas, o evento tem como meta a troca de informações de representantes de federações, associações, entidades e profissionais que atuam na área de tratamento e intercâmbio das comunidades terapêuticas com outros profissionais dos serviços psicossociais.

Mais informações:

Secretaria Nacional Antidrogas

Tel.: 0800-614321

Site: www.senad.gov.br

V CONFERÊNCIA LATINO-AMERICANA
SOBRE MEIO AMBIENTE

Com o tema ‘Educação e informação Ambiental’, a 5ª Conferência Latino-americana sobre Meio Ambiente acontecerá entre os dias 24 e 27 de novembro em Belo Horizonte, Minas Gerais. Promovida pela Organização das Nações Unidas, Ministério do Meio Ambiente e Governo do Estado de Minas Gerais, o evento tem como proposta contribuir para a formação de uma consciência ambiental nas instituições e promover ações efetivas que busquem o desenvolvimento sustentável.

Mais informações:

Rua Tomé Souza, 1065

1º andar – Belo Horizonte / MG

CEP: 30140-131

Tel.: (31) 3223-6251

Fax: (31) 3225-7440

E-mail: internacional@ecolatina.com.br

RIO DE JANEIRO - VIII FÓRUM ESTADUAL
DE HOMEOPATIA NA REDE PÚBLICA

A inserção da homeopatia na Rede Assistencial de Saúde será debatida durante o VIII Fórum Estadual de Homeopatia na Rede Pública. O evento acontecerá no dia 27 de novembro no Centro de Convenções do South American Copacabana Hotel - Rua: Francisco Sá, 90 - Copacabana, no Rio de Janeiro. Para dar continuidade às discussões, no dia 4 de dezembro ocorrerá uma reunião com representantes dos municípios que estejam desenvolvendo ações em homeopatia ou tenham interesse em implantar.

Mais informações:

Tel.: (21) 2220-8488

I SIMPÓSIO BRASILEIRO DE VIGILÂNCIA
SANITÁRIA

Para difundir a importância da Vigilância Sanitária na promoção da saúde, será realizado em São Paulo, entre os dias 2 e 4 de dezembro de 2002, o I Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária (I Simbravisa). O evento, que será realizado por meio do Grupo Temático de Vigilância Sanitária da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), tem como objeti-

vo promover intercâmbio de conhecimento e congregar profissionais da área. O prazo para envio de trabalhos já terminou, mas as inscrições para o Simpósio ainda estão abertas. Mais informações:

Tel.: (11) 3256-2355 e 3256-2747

Fax: (11) 3257-7611 ramal 1820

E-mail: simbravisa@simbravisa.com.br

Site: www.simbravisa.com.br.

PUBLICAÇÕES

OMS E OS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

A Organização Mundial de Saúde publicou a primeira edição do Formulário Modelo com informação sobre os 325 medicamentos contidos na lista da OMS de medicamentos essenciais especificando-se em cada caso as indicações terapêuticas, a posologia, efeitos adversos e contra indicações. O documento tem o objetivo de servir como modelo aos governos e instituições nas elaborações de seus próprios formulários nacionais.

Mais informações:

Site: www.who.int/medicines

Tel.: (4122) 791-3528 (telefone internacional)

E-mail: hogerzeilh@who.int

NA INTERNET

A PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES
NA HISTÓRIA SOCIAL DO BRASIL

Para os interessados em material sobre a participação de trabalhadores na história do país, foi lançado recentemente o site ‘Arquivos da História Social do Brasil’, produzido pelo pesquisador da Fiocruz Eduardo Stotz e pela professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro Eulália Maria Lahmeyer Lobo. Na página estão disponibilizados depoimentos, notícias, fotografias e estudos, entre outros recursos sobre o tema. 

Site: www.arquivosdehistoriasocial.org

O RADIS VAI ESTAR:

- ♦ No Congresso Mundial de Bioética (30/10 a 04/11)
- ♦ Na Oficina para Implantação de Política Editorial e de Comunicação da Anvisa (31/10 a 03/11)
- ♦ No Seminário Acesso a Medicamentos: direito fundamental, papel do Estado (20 a 25/10)

PÓS-TUDO

Quanto vale meu rim?

Ana Beatriz de Noronha

Como em todo roteiro de cinema, a vida da gente vai bem até que um evento qualquer ocorre para desestabilizar o que, aparentemente, estava em equilíbrio. No meu caso, o evento foi uma crise renal, daquelas de bater com a cabeça na parede (quem já teve uma, sabe do que estou falando). De repente, lá estava eu, precisando de médicos, exames e tratamento. Mas, afinal, por que o drama? Era uma simples crise renal e tudo se resolveria facilmente...

A primeira visita ao urologista foi frustrante. O médico só olhava para o micro, como se a conversa fosse via internet. Tentei achar aquilo normal, pois estamos na era das novas tecnologias. O saldo da consulta? Alguns pedidos de exames. Lá fui eu para uma urografia excretora (nome feio, meu Deus!), que confirmou a existência de uma pedra no ureter direito. Na segunda consulta, fui orientada a procurar um médico que me livrasse da pedra com urgência, uma vez que a minha função renal já estaria comprometida. Eu, assim como Eremildo, o Idiota, personagem assíduo na coluna do Elio Gaspari, ainda acreditava que tudo seria fácil. A medicina estava do meu lado. Engano meu. Vinte dias depois da crise inicial, vivendo à base de analgésicos e impedida de trabalhar ou estudar regularmente, me transformei numa 'negociante', tentando 'comprar' a minha cura. Sem que eu soubesse, meu rim foi a leilão.

Para o primeiro médico procurado, meu rim valia R\$2,2 mil sem recibo e cerca de R\$3 mil, se eu fizesse questão daquele papelzinho bobo do qual depende o pagamento de impostos.



Nada feito. Minha consciência cidadã me impediu de 'negociar' com um profissional que se propõe a "tungar os cofres da viúva", como, mais uma vez, diria o irônico colunista. Uma semana depois, para um segundo médico (a famosa 'segunda opinião'), meu rim já valia quase R\$10 mil, numa valorização de deixar o dólar com inveja. Para a Caberj, meu plano de saúde, meu rim parecia não valer nada. Ainda que um dos atendentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) me garantisse que, de acordo com a lei, "em caso de possibilidade de perda da função parcial ou total de um órgão" a carência não deva ser considerada, a decisão da diretoria do plano foi de apostar que o meu rim resistiria até o final da carência. E se eu perdesse o rim? Eles perderiam a aposta, mas que graça tem a vida sem nenhum risco? O que doe, no entanto, não foi a negativa de me atender, mas a covardia de não assumir isso por escrito. Sem provas, não há crime aos olhos da lei.

Mas e o SUS? Amparada pela Constituição, lá fui eu, Eremilda, a Idiota, em busca dos meus direitos. Depois de dar entrada num pronto-socorro, fui encaminhada para um dos centros de referência em urologia do município

do Rio de Janeiro, onde foi marcada uma consulta para dali a quarenta dias. Nada mal para quem está bem, mas para quem, segundo dois médicos, pode perder o rim em sessenta dias, é assustador. Tudo bem, eu entendo. A equipe tem apenas quatro ou cinco médicos e atende gente de quase todo o estado. Eles certamente não podem fazer milagres. Faltam médicos, equipamentos e leitos. Falta quase tudo. Sobra dedicação de idealistas 'eremildos'. Mas eu sou teimosa e, para mim, meu rim não tem preço. Achei que valia a pena brigar e briguei. Consegui que um médico olhasse meus exames e me colocasse na fila de cirurgia, com a expectativa de ser operada em três ou quatro meses. Descobri, então, que para o poder público, o meu rim (e a saúde de toda a população) também não vale grande coisa, pois o hospital não tem nem um equipamento de litotripsia externa, que custa cerca de US\$ 6 mil e que, segundo os médicos, pode resolver cerca de 40% ou mais dos casos de cálculo renal, sem os gastos de internação. Descobri também que, na maioria das vezes, o Sistema funciona pelo esforço de alguns profissionais que, sem as mínimas condições de trabalho, continuam lutando.

Esgotadas todas as possibilidades, só me restava a sorte. Felizmente, ela não me faltou. Um problema com o computador bagunçou a lista de espera e possibilitou que eu fosse operada na rede pública em menos de quinze dias. Foi como ganhar a megassena. Para o Sobrenatural de Almeida, dessa vez parafraseando Nelson Rodrigues, meu rim deve valer alguns milhões. Bendito o dia em que o rim (ou o corpo inteiro) de cada cidadão receba o devido valor, sem que seja necessário apostar na sorte. ■

ora, pílulas...

