

revista

# poli

saúde  
educação  
trabalho

Ano 1 — Nº. 5 — mai./jun. 2009

Impresso  
Especial

9912213586 DR/RJ

Fundação  
Oswaldo Cruz

CORREIOS



O direito por  
trás das grades

# Conheça o POLI

## Direção

55(21)3865-9700

## Vice-Direção de Desenvolvimento Institucional

55(21)3865-9707

## Vice-Direção de Ensino e Informação

55(21)3865-9729

## Vice-Direção de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico

55(21)3865-9705

## Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde

55(21)3865-9745

## Grupo de Trabalho em Saúde Mental

55(21)3865-9755

## Laboratório de Educação Profissional em Gestão em Saúde

55(21)3865-9780

## Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde

55(21)3865-9765

## Laboratório de Educação Profissional em Manutenção de Equipamentos de Saúde

55(21)3865-9788

## Laboratório de Educação Profissional em Técnicas Laboratoriais em Saúde

55(21)3865-9784

## Grupo de Trabalho de Biossegurança

55(21)3865-9743

## Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde

55(21)3865-9770

## Laboratório de Formação Geral na Educação Profissional em Saúde

55(21)3865-9720

## Laboratório de Iniciação Científica na Educação Básica

55(21)3865-9740

## Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde

55(21)3865-9750

## Coordenação de Administração

55(21)3865-9820

## Coordenação de Cooperação Internacional

55(21)3865-9730

## Coordenação de Comunicação, Divulgação e Eventos

55(21)3865-9860

## Coordenação Editorial da Revista Trabalho, Educação e Saúde

55(21)3865-9850

## Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde

55(21)3865-9732

## Coordenação Geral do Ensino Técnico de Nível Médio em Saúde

55(21)3865-9728

## Biblioteca Emília Bustamante

55(21)3865-9840

## Núcleo de Tecnologias Educacionais em Saúde

55(21)3865-9892

## Secretaria Escolar

55(21)3865-9865

## Serviço de Informática

55(21)3865-9810

## Serviço de Manutenção de Equipamentos e Instalações Prediais

55(21)3865-9870



Revista científica da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz

Revista Trabalho, Educação e Saúde

55 (21) 3865-9850 | [www.revista.epsjv.fiocruz.br](http://www.revista.epsjv.fiocruz.br)



Observatório dos Técnicos em Saúde

55 (21) 3865-9750 | [www.observatorio.epsjv.fiocruz.br](http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br)

## RETS

Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde

Secretaria Executiva da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS)

55 (21) 3865-9730



Biblioteca Virtual em Saúde

55 (21) 3865-9840 | [www.bvseps.epsjv.fiocruz.br](http://www.bvseps.epsjv.fiocruz.br)



Comitê de Ética em Pesquisa

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz

Comitê de Ética em Pesquisa

55 (21) 3865-9710

<b>Capa</b>	
Direitos por trás das grades	4
<b>Entrevista</b>	
Ricardo Antunes - A Classe trabalhadora ampliada	9
<b>Enem</b>	
O novo Enem em debate	12
<b>Em dia com a história</b>	
Isolamento obrigatório	14
<b>Almanaque</b>	16
<b>Emenda 29</b>	
Emenda Constitucional 29: impasses para regulamentar	17
<b>Políticas Públicas</b>	
Coisa de jovem	21
<b>Profissão</b>	
Técnico em farmácia	22
<b>Livros</b>	
Além do palato - resenha do livro 'Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca'	24
<b>Dicionário</b>	25
Atenção Primária à Saúde	

Por um lado, a ampliação do setor de serviços, que ganha mais destaque do que a produção; por outro, o desemprego estrutural: nada disso, no entanto, é suficiente para retirar a centralidade do trabalho na sociedade contemporânea. Para homenagear o Dia do Trabalhador, comemorado em 1º de maio, nada mais adequado do que essa análise, que Ricardo Antunes faz na entrevista desta edição.

O Almanaque traz outra lembrança — mas daquelas que não deixam nenhuma saudade: os 45 anos do Golpe Militar. Debate reatualizado recentemente, quando a Folha de São Paulo referiu-se à ditadura brasileira como “ditabranda”, a relação entre a imprensa e o golpe é o foco dessa seção. Limitação de direitos e perda da liberdade — embora em outro registro — são também terreno para a matéria de capa deste número da Revista, que enfoca as políticas de saúde e educação voltadas para a população carcerária.

A seção de Políticas Públicas apresenta um apinhado de iniciativas governamentais que visam atingir o segmento jovem da população. As mudanças no acesso à universidade, propostas pelo Ministério da Educação, são tema de outra matéria que parte desse ‘gancho’ para discutir, com especialistas, o impacto dessas transformações na melhoria do ensino médio.

Em ‘Profissões’, você vai conhecer não só a história mas também os dilemas do técnico em farmácia, que, com essa nomenclatura, é acolhido pelas esferas de formação e rejeitado pelo conselho profissional. ‘Em dia com a história’ narra a situação de isolamento proporcionado pela política de controle da hanseníase ao longo do tempo, mostrando como, em função do medo de contágio, muitas vezes os próprios pacientes precisaram assumir funções dos profissionais de nível técnico para os cuidados em saúde.

Na resenha, Leda Hansen, professora da Escola Técnica do SUS do Rio Grande do Norte (Cefope), escreve de forma didática, leve e informativa uma resenha sobre um livro que trata da saúde bucal no Brasil. No ‘Dicionário’, são apresentadas as distintas interpretações de Atenção Primária em Saúde e as causas históricas para essas diferenças.

Por fim, uma matéria especial explica como está e como pode ficar a regulamentação da Emenda Constitucional 29, fundamental para o financiamento da saúde no Brasil. A reportagem explica os riscos de se aderir de forma incondicional à campanha pela regulamentação, sem se compreender o que diz cada texto que está em disputa no Congresso. O que parece a salvação dos recursos da saúde pode se transformar, segundo especialistas, no seu contrário: menos orçamento. Já pensou?

Boa leitura!

Ano I - Nº 5 - mai./jun. 2009  
Revista POLI: saúde, educação e trabalho - jornalismo público para o fortalecimento da Educação Profissional em Saúde.  
ISSN 1983-909X

#### Conselho Editorial

(Membros do Conselho Deliberativo da EPSJV)  
André Malhão, Sergio Munck, Isabel Brasil, Gustavo Matta, Gilberto Estrela, Arlinda Moreno, Francisco Bueno, Etelcia Molinaro, Maurício Monken, José Roberto Reis, Cristina Araripe, Monica Vieira, Marcia Teixeira, Telma Frutuoso, Carlos Eduardo Gerônimo, Rafael Calazans, Mario Sergio Homem, Cátia Guimarães, Anamaria Corbo.

#### Editora

Cátia Guimarães - MTB: 2265/RJ

#### Repórteres e redatoras

Raquel Torres  
Sandra Pereira  
Maíra Mathias (estagiária)

#### Projeto Gráfico e Diagramação

Zé Luiz Fonseca  
Marcelo Paixão  
Pedro Henrique Quadros (estagiário)

#### Endereço

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, sala 305 - Av. Brasil, 4.365 - Manguinhos, Rio de Janeiro  
CEP: 21040-360 - Tel.: (21) 3865-9718 - Fax: (21) 2560-7484  
comunicacao@epsjv.fiocruz.br | www.epsjv.fiocruz.br

#### Foto capa

Simone Brandão (www.flickr.com/photos/simone-brandao)21-9992-7474

#### Assistente de Comunicação

Talita Rodrigues

#### Assistente de Gestão Educacional

Luciane Vicente  
Estela Carvalho

#### Tiragem

10.000 exemplares

#### Periodicidade

Bimestral

# Saúde e educação para a população carcerária

Políticas públicas pretendem aumentar a oferta

Raquel Torres



No Brasil, tanto a Constituição Federal de 1988 quanto a Lei de Execução Penal, de 1984, reconhecem que pessoas privadas de liberdade têm direito à saúde e à educação. No entanto, apenas em 2003 uma parceria foi firmada entre os Ministérios da Justiça e da Saúde (MJ e MS) para integrar essas ações em um Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Dois anos mais tarde foi a vez de o Ministério da Educação (MEC) incluir esse sistema em sua agenda, a partir da formulação do programa 'Educação para a Liberdade'.

O principal objetivo é fazer com que a população carcerária também tenha acesso aos programas nacionais que já existem no âmbito dos dois ministérios. Para isso, a proposta é que haja uma lógica federal de financiamento, além de diretrizes nacionais a serem seguidas por estados e municípios. Para o deputado estadual Marcelo Freixo (PSOL/RJ), uma dificuldade a ser enfrentada é a diferença entre a orientação dessas políticas nacionais e a posição das administrações penitenciárias estaduais: "Na maior parte dos estados, o sistema é regido por uma lógica punitiva, que não parece ser o que vem norteando as diretrizes nacionais. O problema é que surge uma política nacional com um certo direcionamento político enquanto as administrações regionais têm um direcionamento absolutamente oposto", afirma.

De fato, essa tem sido uma das preocupações dos ministérios. "Temos procurado trazer para o mesmo espaço de discussão os gestores da saúde, da educação e do sistema prisional, por meio de seminários e reuniões nos estados, para ver como eles podem se articular e construir propostas", diz Ana Cristina Oliveira, coordenadora geral de reintegração social e ensino do Departamento Penitenciário Nacional (Depen/MJ). De acordo com ela, em alguns casos essa articulação é difícil: "São atores que trabalham com dinâmicas diferentes e têm que construir um caminho

único. Na saúde, por exemplo, existe um avanço na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), com uma lógica de humanização, descentralização e participação que é nova para o sistema penitenciário – um sistema baseado na lógica da contenção em que nem sempre as pessoas têm voz. Colocar gestores que trabalham sob perspectivas tão distintas para trabalharem juntos é um desafio".

## O SUS nas prisões

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário busca reproduzir nesse sistema o que, fora dele, é oferecido por meio da Estratégia Saúde na Família: são contempladas ações de saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis, hepatite, tuberculose, hipertensão, diabetes, hanseníase, assistência farmacêutica básica, imunizações e coleta de exames laboratoriais. Para dar conta disso, são formadas equipes de saúde compostas por médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, dentista e auxiliar de enfermagem.

A portaria 1777/2003, que regulamenta as competências dos ministérios, afirma que o MJ deve financiar a adequação do espaço físico para unidades de saúde, financiar os equipamentos e arcar com 30% do incentivo mensal para os estados, além de prestar assessoria durante a implantação do plano. Já o MS é responsável por capacitar as equipes de saúde e fazer com que as ações sejam realizadas dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde.

Apesar de os estados enviarem ao MS um relatório mensal de atividades e um relatório anual de gestão, ainda não há um acompanhamento muito próximo por parte do ministério. "Esses relatórios são basicamente um registro. Mas pretendemos realizar este ano um censo para verificar o que tem sido feito, qual a estrutura presente em cada unidade, quais os principais agravos e em que estado os detentos chegam à prisão", diz Maria Teresa de Freitas, que coordena a área técnica de saúde no sistema penitenciário do MS. "Não dá para fazer uma fiscalização, mas pretendemos, com isso, oferecer apoio, para ver o que está faltando e tentar melhorar", completa.

Hoje, 18 estados aderiram ao plano e possuem unidades com equipes de saúde. São cerca de 190 equipes e 160 unidades atendidas, o que representa 14,6% dos estabelecimentos penais. "É um universo muito pequeno, mas essa é uma política ainda relativamente nova, e temos trabalhado para aumentar esses números", afirma Ana Cristina.

Um dos problemas para a implantação do Plano é a própria estrutura física das unidades penais. "É contraditório falar de prevenção quando muitas vezes o preso sequer tem como lavar suas mãos após ir ao banheiro", reconhece Maria Teresa. E, para Alexandra Sanchez, médica e responsável pelo Programa de Controle de Tuberculose no Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro, outro grande complicador é a proporção entre o número de equipes e o número de presos atendidos: nas unidades prisionais com mais de 100 detentos, cada equipe é responsável por 500 presos. "O número de equipes é muito limitado. Além dos programas de saúde, elas precisam dar conta do atendimento por demanda espontânea – casos de difterias, contusões e gripes, por exemplo. E essa demanda é enorme", opina. De acordo com Alexandra, nas unidades em que já existem as equipes, nem sempre elas estão conseguindo atender à demanda e fazer a prevenção.

A dificuldade de articulação entre saúde e justiça é uma das principais questões, de acordo com Vilma Diuana, psicóloga que também integra o Programa no Rio. "Apesar da legislação, a saúde ainda não está claramente posta como um direito no sistema penitenciário: ela fica atravessada pela questão do merecimento. A representação que se tem do usuário do



Isaac Amorim / MJ

Menos de 15% das unidades penais têm equipes de saúde

sistema de saúde nas penitenciárias é a do bandido, do agente do mal, que não necessariamente é visto como merecedor de atenção e tratamento”, diz. E, de acordo com Alexandra, nem sempre os agentes penitenciários acreditam quando os detentos estão doentes. “A tuberculose, por exemplo, quando detectada precocemente, não dá ao paciente aquela imagem cadavérica, magra, esquelética que costumamos associar à doença. E isso já nos causou muitos problemas, principalmente quando o detento precisava ser removido para uma unidade de saúde e o agente responsável pelo transporte não acreditava”, diz a médica, que acredita que o preconceito seja muitas vezes resultado da desinformação. Por isso, têm sido feitos esforços para dar informações sobre a doença, sua prevenção e seu tratamento a todos aqueles que estão nas penitenciárias – agentes, presos, profissionais de saúde e gestores.

### Educação: objetivo é aumentar a oferta

A parceria entre MEC e MJ, que deu origem ao Programa Educando para a Liberdade, surgiu em 2005 com o objetivo de ampliar a oferta de ações educativas nos estabelecimentos penais. “Os dados mostravam que, em 2003, apenas 17% da população carcerária participava de algum tipo de atividade educacional. Além disso, hoje cerca de 70% dos detentos são analfabetos ou possuem o ensino fundamental incompleto”, diz Carlos Teixeira, coordenador do programa e membro da equipe pedagógica do Departamento de Educação de Jovens e Adultos da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade (Secad/MEC).

Desde que a parceria foi oficializada, algumas ações têm sido desenvolvidas: foram feitos seminários regionais com a participação de gestores da justiça e da educação, além de organizações da sociedade civil e usuários, como egressos do sistema penitenciário e presos em regime semi-aberto.

Em 2006 houve um seminário nacional, com o objetivo de formular recomendações para a implantação das ações. “Esse era o grande desafio: não havia nenhuma diretriz que sinalizasse aos estados em que moldes a educação prisional seria feita, com que princípios, que parâmetros, que estratégias”, diz Carlos Teixeira. Essas recomendações foram postas e, no início deste ano, se consolidaram em uma resolução do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, cujos principais aspectos são a necessidade de adequação de material pedagógico, o investimento na forma-

ção dos educadores que trabalham no sistema e a necessidade de observar as suas especificidades. “O esforço agora é para que o Conselho Nacional de Educação também normalize isso”, diz o coordenador.

De acordo com ele, durante os anos de 2005 e 2006 já foram transferidos recursos para financiar a formação conjunta de agentes, professores e gestores de segurança e educação, porque, assim como ocorre na saúde, existe uma tensão entre os dois sistemas. “Percebemos que profissionais da educação e da saúde se viam com divergências muito profundas em relação ao papel de cada um, o que dificultava a ação. Os agentes penitenciários diziam que os professores fragilizavam a segurança e os professores diziam que os agentes impediam a educação. Nosso esforço durante essas ações foi mostrar que eles não trabalham na divergência, mas na convergência”, diz.

Este ano, o processo estará no Plano de Desenvolvimento da Educação. “Dos 27 estados, 19 já aderiram a essa agenda dentro do PDE e devem receber os recursos ainda em 2009: Acre, Amapá, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Pará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rio Grande do Norte, Rondônia, Roraima, Santa Catarina, Sergipe e Tocantins”, enumera Carlos Teixeira, explicando que os estados deverão investir os recursos em ações de planejamento, formação de professores e aquisição de livros para salas de leitura: está prevista a formação de cerca de 6 mil profissionais e a aquisição de 40 mil livros.

O planejamento, de acordo com o coordenador, deve dar conta das necessidades das duas áreas, envolvendo segurança e educação. “Também colocamos na agenda a realização de fóruns para a discussão de jovens e adultos, que devem ser contemplados pelo planejamento. É preciso ainda verificar a disponibilidade de professores, criar mecanismos para que a forma-

ção não seja interrompida caso o tipo de pena de um detento seja alterado, pensar de que maneira se vai garantir a certificação, a realização de exames e o acesso aos livros que chegam às escolas”, explica.

A formação de professores, por sua vez, deve ser oferecida por universidades que enviarão seus projetos por meio de editais abertos pelo MEC. “E o MEC fica responsável por fazer uma mediação, cruzando as necessidades de cada estado com a formação proposta pelas universidades e indicando aos estados a instituição que eles devem procurar”, explica Carlos Teixeira.

Ele ressalta, por fim, que a aquisição de livros não deve ser uma ação isolada: é preciso criar mecanismos para fazer com que os livros cheguem, de fato, até as pessoas. “Nem sempre os detentos eram leitores antes de chegarem às prisões e isso não vai passar a acontecer automaticamente. É necessário ter profissionais que apresentem os livros e transformem as bibliotecas em espaços que promovam a leitura. Os estados estão sendo convidados a apresentar projetos nesse sentido”, diz. O acompanhamento das ações será feito, de acordo com ele, por meio de relatórios de monitoramento e visitas.

Além disso, como mais de 50% da população carcerária é composta por jovens de 18 a 29 anos, o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci) vai começar a incorporar, ainda este ano, o Programa Nacional de Inclusão de Jovens Prisional (Projovem Prisional) que, em sua primeira etapa, pretende atender a cerca de 500 presos no Rio de Janeiro, no Pará e no Acre que ainda não concluíram o Ensino Fundamental.

Em geral, a demanda pela educação nas prisões é maior do que a quantidade de vagas. E os critérios para a seleção daqueles que irão estudar variam de acordo com o estabelecimento. “Uma das nossas intenções era sinalizar regras para isso”, diz Carlos Teixeira, explicando que nem sempre os critérios são claros. “Em geral, quem estuda é o preso que tem bom comportamento, que não apresenta risco para a segurança, mas isso não é uma regra. Os critérios são ditados a partir de uma negociação entre o chefe de segurança e os presos. Nosso objetivo não é criar esses critérios, uma vez que os estabelecimentos são muito diversos, mas pelo menos fazer com que eles sejam objetivos e transparentes e que não fiquem à mercê do guarda que está atuando naquele momento”, diz.

Criado em 2007, o Pronasci tem como objetivo enfrentar a criminalidade, articulando políticas de segurança e ações sociais. Entre as ações previstas estão a ampliação do número de vagas no sistema penitenciário, uma Bolsa Formação para policiais, peritos, bombeiros e agentes penitenciários que participem de cursos de capacitação e a parceria com ministérios e secretarias.

## Educação Profissional

Seguindo a orientação de inserir a população carcerária nos programas já executados, a educação profissional também vai começar a ser contemplada. Segundo Caetana Rezende, coordenadora geral de políticas de educação profissional e tecnológica do MEC, a ideia foi impulsionada pela criação do Pronasci e pela observação de experiências que já são desenvolvidas em penitenciárias, mesmo fora de programas governamentais. Entre essas experiências está a do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Fluminense (IF Fluminense), antigo Centro Federal de Educação Tecnológica de Campos (Cefet Campos).

A instituição, que foi procurada pela Pastoral Carcerária do presídio Carlos Tinoco da Fonseca, desenvolveu entre 2006 e 2008 o projeto Voo Livre, oferecendo cursos de qualificação profissional de 40 a 60 horas.

“A meta era qualificar detentos em regime fechado ou semi-aberto, além de ex-presidiários. Ao todo, 52 pessoas foram formadas em cursos de informática, de eletricitista predial e de técnicas de construção civil”, conta Hélio Crespo, diretor do Instituto.

Embora não tenha havido uma qualificação formal específica para os docentes do curso, a representante da Pastoral, Beatriz Bogado, explica que houve um preparo antes de as aulas começarem. “Os alunos bolsistas do Instituto, responsáveis por ministrar as aulas, foram convidados a ir até o presídio, para conhecer o ambiente e as regras existentes. Conversamos muito com eles, até porque muita gente tem medo. E demos também um respaldo durante as próprias aulas, no início. Durante a formação da primeira turma, acompanhávamos os professores nas aulas. Com o tempo, isso deixou de ser necessário – passado o estranhamento inicial, basta a presença do agente penitenciário”, diz.

Caetana explica que foi a partir de referências como essa que a Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (Setec/MEC) começou a estudar a viabilidade de fomentar ações similares dentro dos presídios: a ideia é implantar o Programa de Educação de Jovens e Adultos (Proeja) no sistema. De acordo com ela, é importante observar alguns fatores para que o programa dê certo: o primeiro é a formação específica de todos os envolvidos para que

Trata-se de um modelo de oferta educacional que pode se dar tanto no nível fundamental quanto no médio e que combina a educação de jovens e adultos e a educação profissional. “No caso da educação fundamental, ela é integrada a uma qualificação profissional curta, de no mínimo 200 horas, como cursos de pedreiro e encanador. No ensino médio, é possível fazer essa qualificação curta ou um curso técnico”, explica Caetana Rezende, da Setec.

a oferta de efetive com qualidade. O segundo é o desenvolvimento de material didático adequado e diferenciado. O terceiro, que os cursos tenham por base uma proposta de contextualização dos conteúdos: “Ao estudar um tema da formação profissional, o educando deve compreender a relação que ele possui com os conhecimentos da educação básica. Além disso, é preciso que haja uma integração em relação ao universo do educando”, ressalta. Por fim, é preciso realizar um acompanhamento sistemático, com o registro de todas as experiências, para que elas possam ser avaliadas e aprimoradas. “Para isso, a instituição responsável pela qualificação deve enviar relatórios, apresentar resultados e conclusões parciais, as dificuldades encontradas, as soluções encontradas”, explica Caetana.

### Experiências anteriores

Segundo Carlos Teixeira, o grande avanço do programa é trazer a educação prisional para a agenda do MEC, com ações articuladas e um esquema federal de financiamento. Mas antes de o Educando começar a se estruturar já existiam experiências nessa área – seja em projetos sociais, seja por iniciativa das secretarias de educação.

O deputado Marcelo Freixo, que deu aulas entre 1989 e 1995 no instituto penal Edgar Costa, em Niterói, conta que o projeto naquele estabelecimento começou por obra da agente penitenciária responsável pela seção de educação. “Na época, ela estimulava que os alunos fizessem as provas supletivas do estado para conseguirem sua escolaridade regular, e alguns presos começaram a pedir aulas. Então, ela conseguiu algumas celas que estavam desativadas e viraram salas de aula e começou a procurar professores voluntários entre os alunos da Universidade Federal Fluminense (UFF)”, diz.

Para ele, era importante que as aulas fossem realizadas a partir da realidade conhecida pelos alunos:

“Trabalhávamos muito com a pedagogia de Paulo Freire, que se baseia nisso”, conta. E o resultado foi bastante positivo: “Chegamos a formar uma turma de Ensino Médio e vários dos nossos alunos passaram no vestibular. E, mas importante que isso, o dia-a-dia foi transformado. O número de casos de violência entre os presos diminuiu, nós montamos uma biblioteca, fizemos semanas de cultura, em que os presos declamavam poemas, tocavam instrumentos, faziam teatro. A rotina mudou”, lembra.

Edileuza Lobo, que estuda educação prisional e dá aulas em uma escola estadual do sistema penitenciário, também acredita que é importante trabalhar de uma forma diferenciada e promover ações rela-

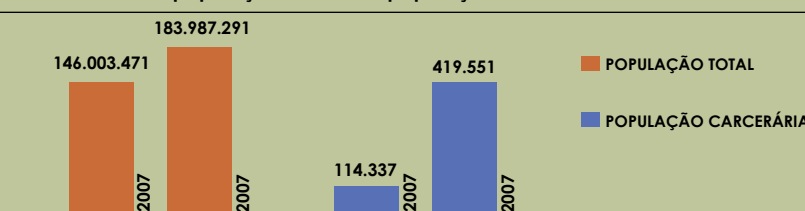
cionadas à arte. “Há bons resultados, o que não quer dizer que corra tudo sempre bem. Uma prisão é um sistema fechado, e a escola está submetida à segurança da cadeia. Existe um certo desgaste. É complicado falar em democracia e direitos humanos quando, na prisão, muitas vezes eles são violados”, observa. Para Marcelo Freixo, uma das vantagens da educação diz respeito ao reconhecimento desses direitos. “No Edgar Costa, a relação entre presos e funcionários mudou. Os detentos começaram a conhecer e exigir seus direitos, mas de forma diferente: faziam abaixo-assinados, convidavam juízes para visitar a penitenciária, e isso em um sistema que não é preparado para o exercício da cidadania”, afirma. ●

### Um problema mais profundo

Entre 1992 e 2007, a população brasileira cresceu 26%, enquanto a população carcerária aumentou impressionantes 266,8%. “Se continuarmos nesse ritmo, não há políticas nem recursos financeiros que sinalizem uma saída. Não tem jeito. Vai chegar uma hora em que vamos ter que deixar de construir tudo para construir apenas prisões. Essa é uma opção que o Brasil tem que fazer”, afirma Marcelo Freixo.

De acordo com ele, o grande problema é que o poder judiciário no Brasil é focado em uma mentalidade punitiva, que não preza pelas penas alternativas. “Existe uma cultura do medo que leva a população a acreditar que a saída para ter uma sociedade mais segura é a construção de penas mais rigorosas, e o poder judiciário não reverte esse jogo”, critica, defendendo que, a não ser em casos em que o detento ofereça perigo concreto para a sociedade, a prisão não é um bom investimento, pois a manutenção de pessoas em estabelecimentos penais é cara e pouco eficaz. “Hoje, o mundo todo discute e começa a aplicar penas alternativas, como a prestação de serviços, dependendo do tipo de crime. Elas são mais pedagógicas e, de fato, pretendem que a pessoa não cometa mais aquele crime. No Brasil, é preciso superar a distância que existe entre justiça e vingança, e essa diferença ainda não está clara para nós”, afirma o deputado, explicando que o grau de reincidência é menor quando esse tipo de pena é aplicado. “O Brasil é um dos países com o maior crescimento de população carcerária no mundo – temos quase meio milhão de pessoas presas – e, mesmo assim, a violência não diminui e as taxas de reincidência no crime entre egressos é alta. Por que, então, se investe nisso?”, questiona.

Crescimento da população total e da população carcerária no Brasil



Fontes: IBGE e InfoPen



RICARDO ANTUNES

# A Classe trabalhadora ampliada

Sandra Pereira

Só nega a existência da classe trabalhadora quem nunca colocou os pés numa fábrica. A opinião é de Ricardo Antunes, sociólogo e professor do Departamento de Sociologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH) da Unicamp e autor de importantes livros como ‘O caracol e sua concha’, ‘Sentido do Trabalho e ‘Adeus ao Trabalho?’. Crítico mordaz dos que acreditam no fim da centralidade do trabalho, ele defende a necessidade de se ampliar a categoria trabalho e entendê-la a partir de uma nova morfologia. Nessa entrevista à revista Poli, que comemora o 1º de maio, Antunes trata das transformações do capitalismo, explica conceitos novos e discute o papel dos sindicatos na defesa dos trabalhadores e nas lutas mais amplas pela sobrevivência da humanidade. Além disso, analisa o papel da educação nas diferentes fases capitalistas e defende um projeto de escola que, baseado nas ideias de Gramsci, seja voltado para a liberdade.



Antonio Perri

## O que muda na categoria do trabalho com o aumento do setor de serviços e da esfera não produtiva no capitalismo contemporâneo?

Vários elementos estão mudando ao longo das últimas décadas. No setor de serviços, há uma mudança decisiva. Entre as décadas de 1950 e 1970, nos países capitalistas centrais, e depois nas décadas de 1980 e 1990, nos países do Sul, os setores de serviços eram predominantemente controlados pelo Estado. Com o monumental processo de privatização desses setores, eles passaram a entrar na economia mercantil, na economia capitalista e, conseqüentemente, no processo de acumulação. Isso fez, por exemplo, com que o antigo trabalhador de uma empresa pública, vinculada a um setor produtivo estatal, se tornasse um trabalhador de uma empresa privada inserida no setor produtivo privado. O trabalho com algum traço mais cognitivo, mais intelectualizado — o que Marx chamou de um trabalho não diretamente material ou imaterial — passou a fazer parte da escala de produção e geração de valor, quer inserindo-se com outros trabalhos de perfil mais material, quer através da expansão da mercadorização desse próprio trabalho imaterial. Hoje, um trabalho publicitário como o desenho da logomarca de uma empresa não pode ser desconectado da vasta cadeia produtiva material que se desenvolve a partir dessa logo. É um trabalho do setor considerado antes improdutivo que se torna produtivo. A categoria trabalho tornou-se mais abrangente. Um outro ponto impor-

tante é que não se pode mais falar rigidamente em setor industrial, de serviços e agrícola, pois, na medida em que houve um monumental processo de privatização, esses setores se imbricaram. Por exemplo: indústria de serviços, serviços industriais, agroindústria. Ou seja, há uma interpenetração maior desses serviços na era da financeirização da economia, como busquei mostrar nos meus livros ‘O sentido do trabalho’ e ‘Caracol e sua Concha’. Marx já havia nos mostrado que o professor, por exemplo, se vendesse o seu trabalho para uma empresa capitalista, tornava-se trabalhador produtivo.

### **Quais as consequências da ampliação do trabalho imaterial?**

A primeira consequência é que o capital transforma tudo em mercadoria. O conhecimento dos trabalhadores passa a agregar valor também. No taylorismo, por exemplo, havia um certo desprezo pela dimensão intelectual do trabalho. Taylor dizia que o trabalhador deveria ser um ‘gorila’ amestrado: viril e forte, mas dócil. A gerência científica elaborava e os trabalhadores executavam. Já o toyotismo diz claramente que o trabalhador dispõe, no chão da fábrica, de um conhecimento da produção que a gerência científica não tem. Por isso, nasceram os ciclos de controle de qualidade, de debates, etc: esses conhecimentos são selecionados pelos gestores e implementados quando podem se transformar em mais lucro. Eu sou inteiramente contra os autores que dizem que o mundo de hoje é o do trabalho imaterial. Isso porque, de certo modo, hoje quase tudo acaba tendo, no fim do processo de trabalho, uma materialidade. Mas não podemos ter uma visão grotesca de que o trabalhador se resume ao trabalho operário industrial, que ainda existe e é importante. O operário de uma empresa do ramo de petróleo, antes, operava quase dentro da caldeira. Hoje, ele opera de um computador e só vai à caldeira quando necessário. O operário é o mesmo, só que, muitas vezes, se parece com o trabalhador ao lado dele, um engenheiro que também opera equipamentos informatizados. Por outro lado, o capitalismo criou, no extremo oposto, um

enorme contingente de trabalhadores mais empobrecidos e proletarizados.

### **Qual a diferença entre classe operária e classe-que-vive-do-trabalho?**

A diferença não é conceitual. A classe operária hoje é mais ampla. Marx qualificava a classe operária no século XIX como aquele trabalhador que vende a sua força de trabalho para sobreviver. Na época do Marx, a classe operária tinha majoritariamente a presença no mundo industrial. Só que isso foi em 1850. Hoje a morfologia do trabalho é um mosaico mais variado: há o trabalhador industrial; o do hipermercado; o do telemarketing. Esse desenho mostra que, além do proletariado industrial, temos um novo proletariado de serviços que depende do seu trabalho para viver, isso sem falar nos trabalhadores informais ou nos que têm vários trabalhos parciais. Foi para tentar compreender esse desenho que eu usei a expressão classe-que-vive-do-trabalho. A ideia é mostrar que o capitalismo não é mais o mesmo e, portanto, a classe trabalhadora também não é a mesma. O André Gorz, em seu livro ‘Adeus ao proletariado’, do qual respeitosa e discordo, dizia que estamos vivendo a emergência da não-classe dos não-trabalhadores. Criei a expressão ‘classe-que-vive-do-trabalho’ para me contrapor a Gorz. Ao contrário de vários críticos, eu não nego a existência da classe operária. Se alguém colocar os pés na General Motors, na Fiat ou em locais semelhantes vai ver trabalhadores fabricando carros. Não nos moldes do início do século XX, claro.

### **A crise atual do capitalismo vem sendo considerada uma crise do neoliberalismo. Pode ser um recuo na precarização e flexibilização do trabalho?**

A crise é muito mais do que uma crise do neoliberalismo. Qualquer tentativa *keynesiana* está fadada, em médio prazo, ao fracasso, porque fracassou no século XX em duas enormes experiências. O Estado intervencionista fracassou no keynesianismo tradicional dos anos 1930 aos anos 1970, no apogeu do *Welfare State*. Mais do que isso: a intervenção do Estado para controlar o capital fracassou na

União Soviética, que foi mais do que keynesiana porque nasceu de uma revolução socialista e fortaleceu o Estado para controlar o capital. No início dos anos 1990, vimos o sistema de capital soviético destruir o Estado soviético. A crise atual é, como tem dito Istvan Mészáros, sistêmica e global do sistema de capital e se manifesta em três ou quatro pontos. Primeiro, na monumental destruição da força humana de trabalho em escala global, de tal modo que o trabalho precário e informal tornou-se muito grande. Segundo, é uma crise sistêmica e global porque o nível de destruição ambiental a que chegamos nos coloca no horizonte com a possibilidade do fim da vida humana. Terceiro: no século XX, o capital se desenvolvia por ciclos de crescimento e recessão. Mészáros diz que, desde a década de 1970, vivemos uma crise depressiva e defende que não voltaremos mais para a fase de expansão nem para as fases cíclicas mas, ao contrário, viveremos um longo ciclo recessivo, mesmo que o epicentro da crise mude. Ou seja, primeiro ela acabou com os países do Sul, depois arrebatou os do Leste Europeu. Agora, o epicentro está nos Estados Unidos, na Europa e no Japão — os gigantes do norte —, que se aplequenaram, não sabem o que fazer. Imaginar que será pelo impacto estatístico, salvando bancos privados, que vamos sair de uma crise sistêmica e estrutural é tapar o sol com um arco furado. Por isso, acredito que, em certo sentido, estamos, no início do século XXI, parecidos com o início do século XX: usando uma frase mais ou menos conhecida, “tudo que é sólido parece se liquifazer”. Isso não é uma crise do neoliberalismo:

**a humanidade precisa recriar um novo modo de produção e um novo modo de vida.**

**Há autores que defendem que o capital está em crise terminal porque, com o desemprego estrutural, não pode fazer o que o mantém: explorar o trabalho. Mas essa tese aposta no fim da centralidade do trabalho. O que o senhor acha disso?**

Eu discordo totalmente. Por exemplo, o Toni Negri faz um culto equivocado do trabalho imaterial. E, com isso, chega à conclusão da não mais relevância da teoria do valor. É uma tese eurocêntrica, que não consegue apreender a processualidade complexa geradora do valor. Esses autores têm uma certa influência habermasiana segundo a qual não estamos mais na fase propriamente capitalista, mas numa era comunicacional dominante, o que ele chama de ‘mundo da vida’, em que o trabalho não tem mais relevância central. Acontece que o mundo da vida é um prolongamento do mundo do sistema e, nesse mundo, o trabalho ainda tem presença, quer pelos trabalhadores empregados, quer pelos precarizados, quer pelo bolsão monumental de desempregados que repõem a importância do trabalho como gerador de valor e como espaço de sociabilidade. Ou seja, o capital não sobrevive sem alguma forma de trabalho e o trabalho autônomo e omnilateral só pode florescer sem os constrangimentos do capital.

### **Como se articulam a esfera dos interesses específicos corporativos e a luta anticapitalista no movimento sindical?**

No final do século XIX, os sindicatos eram praticamente sindicatos de ofícios. O século XX viu nascer as fábricas tayloristas e fordistas, que eram um prolongamento da grande indústria do século XIX, e também os sindicatos de massa, que são verticais, porque a indústria era verticalizada. Dos anos 1970 para cá, houve uma certa horizontalização da produção. Os sindicatos verticais e burocratizados não dão conta mais dessa horizontalização da esfera produtiva em rede. Hoje, em várias partes do mundo, até 50% da classe trabalhadora encontra-se na informalidade e os sindicatos não conseguem organizar esses trabalhadores. Um outro dado interessante foi a feminização do trabalho ocorrido nos últimos 30 anos, fazendo com que, em alguns países, as mulheres cheguem a ser 70% da força de trabalho. E os sindicatos são, em geral, muito machistas. Um terceiro problema é a questão geracional: há empresas que só contratam trabalhadores jovens, sem ex-

periência sindical. Enfim, é preciso reinventar um sindicato de classe que seja compatível com o século XXI. Eu me lembro dos sindicatos dos metalúrgicos do ABC que fizeram um acordo com uma grande montadora que previa que os estáveis não seriam demitidos mas não preservava os empregos dos terceirizados. O líder sindical disse: “Conseguimos uma vitória. Não vai haver demissão dos trabalhadores”. Um jornalista perguntou: “E os terceirizados?” A mesma liderança respondeu: “Eles já são terceirizados mesmo”. Há ainda o problema dos trabalhadores imigrantes, que não são incluídos pelos sindicatos nos países para onde migraram. Portanto, temos que reinventar um sindicalismo de classe que fuja da linha negocial, burocrática e institucional fracassada do século XX. Não pode ser um sindicalismo de vanguarda — que acredita que fará a revolução e as massas vão segui-lo —, mas também não pode ser um sindicalismo burocrático. Precisamos fazer, simultaneamente, luta reivindicatória, social e política. Os sindicatos e os movimentos sociais têm como desafios descortinar as questões essenciais para a humanidade. Para mim, são duas: o trabalho e a questão ambiental. Outro ponto: não há mais uma hierarquia. Para a esquerda do século XX, o primeiro organismo mais importante era o partido, o segundo era o sindicato e o terceiro, os movimentos sociais. Para mim, o mais importante é compreender as questões vitais que tocam na raiz. Por isso o órgão mais importante de luta dos trabalhadores nos anos 1980 foi a CUT. Qual foi o mais importante desde a década de 1990? O MST. Com todas as dificuldades que tem, o movimento tocou numa questão vital: a posse coletiva da terra, o trabalho coletivo, a vida a partir da terra para a produção e reprodução das suas necessidades básicas. E isso colocou em movimento milhões de pessoas. Por isso o MST se tornou, talvez, o movimento mais importante do mundo. Não adianta ficar na questão abstrata. A nova morfologia do trabalho também nos obriga a pensar outra morfologia dos movimentos sociais. Não estou dizendo que os partidos e os sindicatos perderam a importância, mas eles estão ainda bastante enferrujados.

### **Como fica a educação nesse contexto?**

O século XX, sob a égide do taylorismo e do fordismo, viu nascer uma educação parcelada, fragmentária, restritiva, que especializava o trabalhador — até porque as ciências eram especializadas. De 1970 para cá, com a empresa flexível e a desespecialização multifuncional, nasceu, sob a impulsão do capital, a escola flexível. Quanto menos curso melhor, quanto mais flexível melhor porque a indústria e a empresa flexíveis precisam de um trabalhador flexível. Então, em vez de termos um engenheiro com uma formação sólida em engenharia civil, faz-se um curso rápido de engenharia em geral, depois ele faz um outro curso. Em três anos ele é um engenheiro flexível. Ambas são formas trágicas de conceber a educação. A primeira, especializada e fragmentada. A outra, flexível, desumanizada e mercadorizada. Gramsci tem um texto genial sobre o tema. Diz ele: “os trabalhadores precisam de uma escola desinteressada, que dê à criança a possibilidade de adquirir aqueles critérios gerais que servem para o desenvolvimento do caráter. Em suma, uma escola humanista, como entendiam os antigos e, mais recentemente, os homens do Renascimento. Uma escola que não hipoteque o futuro do menino e constanja a sua vontade, sua inteligência, sua consciência e informação a mover-se num sentido cujo objetivo seja pré-fixado. Uma escola de liberdade e de livre iniciativa. Não uma escola de escravidão e de orientação mecânica. Também os filhos dos proletários devem possuir diante de si as possibilidades de realizar sua própria individualidade da melhor forma e, por isso, do modo mais produtivo para eles e para a coletividade. A escola profissional não deve transformar-se numa incubadora de pequenos monstros aridamente instruídos para um ofício sem ideias gerais, sem alma, mas apenas com o olho infalível e a mão firme. Também através da cultura profissional é possível fazer brotar do menino um homem, desde que a cultura seja educativa e não só informativa, ou não só prática e manual”. É isso. Uma escola politécnica não pode ser uma composição de manuais que ensinam técnicos polivalentes. Não pode ser jamais um prolongamento do mercado destrutivo, porque este, cada vez mais, desumaniza a humanidade. ●

## O novo Enem em debate

Pesquisadores da área de educação avaliam os possíveis impactos da prova no ensino médio

Maíra Mathias

**R**eestruturar o ensino médio tem sido uma das principais bandeiras levantadas pelo Ministério da Educação (MEC) para defender a substituição do vestibular por um modelo inspirado no Exame Nacional do Ensino Médio (Enem). O argumento é que as escolas, preocupadas com posições nos *rankings* das instituições de ensino superior mais concorridas, estruturaram seus currículos a partir dos conteúdos cobrados nessas provas, deixando de lado os programas mais adequados aos seus alunos. O resultado? “Muita decoreba”, afirmou o ministro Fernando Haddad ao apresentar o projeto em Brasília, no dia 31 de março.

Segundo o ministro, a situação pode mudar com a adoção do que vem sendo chamado de ‘novo Enem’, uma prova unificada, que enxugaria a quantidade de matéria cobrada nos vestibulares, dando ênfase à capacidade analítica dos candidatos. “Mais do que racionalizar o processo seletivo, queremos que haja impacto na qualidade do ensino médio. Hoje, muitos bons colégios são, na verdade, uma espécie de cursinho de três anos e isso precisa ser alterado”, defendeu Haddad.

Mas será que o novo modelo teria potencial para mudar a situação em que se encontra o ensino médio? “Não”, dizem quatro pesquisadores da área da educação ouvidos pela Revista Poli. Confirma, a seguir, alguns dos principais problemas identificados pelos entrevistados.

### A cultura da avaliação

“Tanto o velho Enem quanto o novo não têm poder de melhorar a qualidade do ensino médio, porque não atingem a essência dos problemas que esse nível apresenta” afirma Nora Krawczyk, professora da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Gaudêncio Frigotto, que leciona nos programas de Pós-Graduação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) concorda: “Tem se dado aos instrumentos de avaliação um valor de indutores de qualidade e agentes de mudança da realidade educacional brasileira que eles não

têm”, diz, argumentando que a adoção de uma nova prova de seleção para as faculdades não vai interferir, por exemplo, na vida dos jovens que nem sequer frequentam a escola.

Segundo o Instituto Nacional de Estudos Educacionais Anísio Teixeira (Inep), órgão do MEC responsável pela elaboração do Enem e do Censo Escolar, em 2007, cerca de 53 milhões de crianças e jovens estavam matriculados na educação básica; destes, só 14 milhões concluíram o ensino fundamental e apenas 8 milhões chegaram ao médio. O funil se estreita ainda mais quando o assunto é o ensino superior: a cada quatro alunos que concluem o ensino médio, apenas um chega às universidades - públicas ou privadas. “De início, um dos principais problemas do ensino médio é não atingir 100% dos adolescentes brasileiros entre 15 e 18 anos, apesar de, formalmente, ser a etapa final da educação básica, segundo a Lei de Diretrizes e Bases”, confirma Alice Lopes, professora da Faculdade de Educação e coordenadora do Programa de Pós-graduação em Educação da UERJ.

Ela destaca que a supervalorização dos exames faz parte do que vem sendo chamado de ‘cultura da performatividade’. Segundo essa perspectiva, o conhecimento tem mais importância pelo seu valor de troca (por capital econômico ou cultural) do que pelo de uso. É como se ir à escola servisse apenas para conseguir um bom emprego. De acordo com essa lógica, as escolas que melhor se posicionam nos *rankings* são as que têm mais chances de proporcionar sucesso aos seus alunos.

Nesse aspecto, não é de hoje que, além da aprovação dos alunos no vestibular, há também preocupação com o resultado do Enem, que funciona como ‘vitrine’ e ferramenta de marketing para as escolas de ensino médio. “Hoje a ideia de que colégio bom é aquele que aparece entre os primeiros no Exame Nacional está arraigada na sociedade”, diz Alice, que lamenta: “Perdemos a oportunidade de discutir se o Exame merece críticas, se avalia bem o que se propõe a avaliar. Tampouco problematizamos que não existe relação imediata entre a qualidade da escola e o resultado do exame”.



No limite, essa cultura criaria distorções perigosas, como a que Zacarias Gama, professor do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana da UERJ, cita: “Sei de escolas que defendem que educar é tornar os jovens competitivos e capazes de acumular o primeiro milhão aos 30 anos”. Para ele, muito mais importante é assumir a tarefa de educar os jovens para inseri-los nas atividades sociais. “E isso significa muito mais do que prepará-los para determinados postos de trabalho ou funções imediatamente demandadas pelos setores de produção”, destaca.

### Os cursinhos

Com o novo Enem, o MEC acredita que os cursinhos pré-vestibulares tendem a perder força. Segundo o ministro Haddad, sua existência é uma “anomalia brasileira” causada pelo atual formato do vestibular. “Acho importante o MEC sinalizar que é contra a lógica de indústria dos cursinhos”, elogia Gaudêncio, ponderando: “Mas eles podem rapidamente deslocar-se para preparar para o Enem”.

As críticas aos cursinhos são resumidas por Zacarias Gama: “Funcionam como empresas organizadas em moldes tayloristas, nas quais são rígidos os tempos e movimentos de trabalho e há predominância de massificação e de memorização dos saberes”.

Na opinião de Alice Lopes, o problema não está só no vestibular ou no Enem: qualquer exame de acesso ao ensino superior acaba por estimular os cursinhos. “O interesse pelos cursos e pelas universidades não é o mesmo. As instituições públicas e de melhor qualidade, mais almejadas, não têm vagas para todos”, diz, completando: “Com isso, entrar nas universidades e cursos mais procurados permanecerá sendo muito difícil e o exame – qualquer um – permanecerá sendo excludente e, portanto, estimulador de cursos preparatórios. Nem mais nem menos do que já é feito hoje. Só a ampliação de vagas em instituições públicas e o entendimento da sociedade de que todos podem ter acesso ao ensino superior, se assim o desejarem, é capaz de tornar o exame não-excludente”.

## O que muda com o novo Enem

### Prova

Aplicada em um dia, era composta de 63 questões de múltipla escolha e uma redação. Passa a ter 200 questões objetivas, divididas em quatro partes – linguagens, matemática, ciências humanas e naturais – além da redação. Será aplicada em dois dias (este ano em 3 e 4 de outubro). Em 2010, a ideia é que haja dois exames no ano. Se um candidato não for bem em um, poderá dedicar-se mais para obter melhores resultados no próximo. Quanto ao conteúdo, a promessa é que exija uma quantidade menor e que se cobre mais raciocínio do que memorização. Até agora não foi anunciado o que será cortado. Outra diferença em relação aos vestibulares é que as novas provas herdarão do Enem a padronização, ou seja, apresentarão sempre o mesmo nível de dificuldade. Por isso, o MEC estuda que as notas possam ser válidas de um ano para o outro, tendo uma espécie de prazo de validade.

### Convênio

A proposta do MEC foi apresentada inicialmente para as instituições de ensino superior federais. Elas tiveram até o dia 8 de maio para decidir se aderiam ao modelo unificado. Contudo, o Ministério incentiva que universidades estaduais e particulares também participem. Para estimular os convênios, propõe que, além de utilizarem o Enem como fase única ou como primeira fase do vestibular, as instituições possam utilizar a nota como parcela da média do processo seletivo e fase única para as vagas ociosas, que não forem ocupadas pelo seu vestibular tradicional.

### Unificação

Permite que, com a nota, o candidato possa pleitear vaga em até cinco instituições conveniadas ao MEC. Além de ser menos cansativo, já que a bateria de provas para diversas instituições pode ser substituída por uma, outro ganho apontado pelo Ministério é a possibilidade de a mobilidade estudantil ser incrementada. Segundo o Inep, apenas 0,04% dos calouros vêm de regiões diferentes de onde está sediada a universidade. Com o sistema unificado, a previsão é de que esse número aumente. Para isso, o ministério garantirá mais recursos para as universidades que aderirem, já que elas terão de investir mais em moradia para os estudantes.

### Inscrição nas universidades

Será feita após o candidato receber a nota do Enem. Com o sistema unificado, ele poderá ter ideia, antes de se inscrever, de qual é a nota mínima para o curso pretendido. Assim, se não alcançar a pontuação, pode optar por mudar de curso.

## Problemas mais amplos

Os pesquisadores destacam também que os problemas do ensino médio não estão separados das dificuldades da educação em geral. “A educação não pode ser vista como dissociada de um conjunto de relações sociais”, sustenta Alice. “Assim”, continua, “os problemas da violência, do desemprego, da falta de condições mínimas de vida e de trabalho afetam a educação escolar e não há currículo, por melhor elaborado que seja, que possa oferecer solução”.

A falta de financiamento é outro problema. De acordo com dados do Censo Escolar de 2007, o país investiu, naquele ano, R\$ 1.773 por aluno na educação básica — que inclui o ensino médio. “Há indicativos de que seria necessário investir quase cinco vezes mais para criar condições mínimas de qualidade”, diz Gaudêncio.

Escolas com infra-estrutura precária e baixos salários para os professores são algumas das consequências desse financiamento insuficiente “Pesquisas indicam que as reformas estruturais nas escolas, por si só, elevam os índices de desempenho estudantil. Embora isso não seja suficiente, já seria um bom começo”, defende Zacarias, lembrando que também é essencial valorizar a carreira docente. ●

## Isolamento obrigatório

Há menos de cem anos, esse era considerado o único meio de combater a hanseníase. Nas colônias, pacientes reconstruíam suas vidas, formavam famílias e aprendiam trabalhos – inclusive na área da saúde

Raquel Torres

No Brasil, houve um grande esforço para mudar o nome da doença: na década de 1970 foi criado o termo hanseníase, que homenageia Gerard Hansen, médico que pesquisou o bacilo causador da doença no século XIX.

Até a década de 1950, os principais tratamentos eram fitoterápicos. A planta mais utilizada para esse fim era a chalmogra, usada em banhos, pomadas, unguentos e injeções.

Em meados da década de 1940 surgiram os primeiros tratamentos químicos, como aqueles à base de sulfona. Hoje, o tratamento é bastante eficaz, mesmo para pacientes em estágio avançado da doença. Dependendo do grau de infecção, ele é feito a partir da combinação entre dois ou três medicamentos, em forma de comprimido, pelo período de seis meses ou um ano.

Hoje, sabe-se que a hanseníase é transmitida pelo ar, por meio de fala, tosse e espirros. Apenas pessoas contaminadas que não estejam em tratamento transmitem a doença.

"Eu fui ao ginásio saber o resultado das minhas provas e da prova de Aeronáutica que eu havia feito. Eu havia passado nas duas. Estava contente, no caminho de volta para casa, indo contar à minha família, quando um homem me mandou parar a bicicleta diante de uma casa que havia sido transformada em um centro de saúde, ou qualquer coisa assim. Encostei a bicicleta ali no meio-fio e disse: 'Pois não, o que o senhor deseja?', 'Vem aqui um pouquinho...'. E eu estranhei, porque ele estava de luvas... Eu estava sozinho, tinha 15 ou 16 anos. Entrei na saleta, e o cara falou: 'Você é um leproso... e não vai mais sair daqui, seus remédios chegam hoje à tarde'. Eu disse: 'Então deixa eu avisar minha família'. E eles responderam: 'Não!'".

Essas palavras são de Fuad Abílio Abdala — um ex-paciente de hanseníase internado em 1935 contra a sua vontade — em depoimento às pesquisadoras Laurinda Rosa Maciel, da Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz) e Maria Leide de Oliveira, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Mas poderiam ser de milhares de outros brasileiros que, no início do século XX, diante de qualquer suspeita da doença, precisavam deixar suas casas e famílias e partir para um hospital-colônia destinado a esse fim.

Para manter essas instituições funcionando deveria haver, em tese, uma série de profissionais contratados para cuidar da saúde dos pacientes, da alimentação, da limpeza dos ambientes e de toda a estrutura local. Mas, de acordo com Laurinda, isso se tornou difícil: não havia muita gente disposta a trabalhar nos hospitais-colônia e esses funcionários começaram a exigir um salário maior, com uma espécie de adicional por insalubridade. "E a estrutura era cara. Era preciso manter a alimentação, os medicamentos, a vida social dos pacientes, e não havia orçamento que comportasse isso tudo para que os hospitais funcionassem da forma como foram concebidos", conta Laurinda. Então, com o passar do tempo, os próprios pacientes se tornaram responsáveis por determinadas funções, de acordo com suas aptidões. Embora houvesse médicos especializados na

doença — então chamados leprologistas —, era comum que o cuidado fosse feito pelos próprios pacientes.

Dona Maria Junqueira, uma das pacientes que não foram embora de sua colônia quando acabou o isolamento, é exemplo disso: ela foi internada em 1942 no hospital Tavares Macedo, em Itaboraí. E foi lá que aprendeu, ainda jovem, a executar funções de técnicos em enfermagem, como fazer curativos. Hoje, aos 90 anos, ela lembra: "Tudo começou quando um médico foi acometido pela doença e internado no mesmo hospital que eu. Aos poucos, os pacientes que desejavam e que levavam jeito para o trabalho iam aprendendo com ele a fazer os tratamentos que eram usados na época". Em 1952, Maria Junqueira mudou-se para o hospital de Curupaiti, no Rio de Janeiro, onde continuou exercendo seu trabalho até meados dos anos 1980. De acordo com Laurinda Maciel, histórias como essa estão presentes em diversas regiões do Brasil.

### Política de isolamento

No Brasil, políticas públicas de combate à doença baseadas no isolamento tiveram seu auge nos anos 1930 e 1940. No entanto, o primeiro hospital brasileiro criado para essa finalidade surgiu ainda em 1744 — era o Hospital dos Lázarus do Rio de Janeiro. A exclusão social por conta da hanseníase — ou **lepra**, como era chamada no país até os anos 1970 e ainda é no resto do mundo — é tão antiga quanto a própria doença: a Bíblia narra o horror que se tinha aos doentes e na Europa, durante a Idade Média, houve milhares de leprosários construídos para isolá-los.

O isolamento foi praticado, durante muito tempo, devido à ausência de **tratamento** e à falta de informações precisas sobre a forma como se dava o **contágio**. Apesar de tratamentos químicos eficazes terem sido descobertos nos anos 1940, o isolamento compulsório continuou a ser ancorado por lei no Brasil até 1962, quando o decreto nº 968 o revogou.

Enem sempre as pessoas internadas tinham, de fato, o que hoje conhecemos como hanseníase: qualquer mancha ou erupção na pele podia ser denunciada e levar ao isolamento.

Fuad Abdala, autor do depoimento do início desta matéria, foi internado por causa de manchas na pele que não eram da doença e pegou hanseníase depois de passar anos dentro de um hospital-colônia.

Laurinda conta que muitos dos hospitais-colônia eram verdadeiras cidadelas, com a reprodução das instituições e da vida social presentes nas 'cidades saudáveis': havia igrejas, correios, prisão, cinema, teatro, hospital, bailes, criações de animais, carnaval. Via de regra, havia pavilhões separados para mulheres e homens solteiros. Era possível casar dentro das colônias, com permissão da diretoria, e os casais podiam sair desses pavilhões e viver em outras casas. Mas os filhos de pacientes eram separados dos pais logo ao nascer, e eram transferidos para uma outra casa chamada 'preventório'. As visitas eram permitidas, mas nesses momentos pais e filhos tinham que ficar separados por uma barreira de vidro. Aliás, essa era a regra geral para qualquer tipo de visita: "Normalmente os leproários tinham um parlatório separado por um vidro para que não houvesse contato entre o doente e quem o visitava, para evitar o contágio – ou seja, para não tornar 'imundo o mundo dos limpos'", conta a pesquisadora.

Apesar de o isolamento compulsório ser uma política dura, as intenções nem sempre eram das piores. O médico sanitarista Belisário Penna (1868-1939), defensor dessa estraté-

## Morhan

O Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan) surgiu em 1981 e procura garantir os direitos de pacientes e ex-pacientes, combater o preconceito em relação à hanseníase e colaborar para a eliminação da doença. Hoje, uma das lutas do movimento diz respeito à lei 11.520, sancionada em 2007, que garante uma pensão vitalícia como forma de indenização a todos aqueles que foram submetidos ao isolamento compulsório. Além de orientar ex-pacientes para que eles requeiram e consigam o benefício, o Morhan tem uma outra preocupação: de acordo com o coordenador nacional do Movimento, Artur Custódio, mesmo após o fim do isolamento compulsório houve internações com justificativas sociais – o que se aplica quando o paciente não possui família ou uma casa para morar. O problema, segundo Artur, é que muitas pessoas, mesmo tendo suas casas, foram internadas sob essa justificativa. Esses casos foram registrados oficialmente como de internação social e a lei não prevê benefícios para tal condição, o que dificulta o recebimento da pensão por parte dessas pessoas.

Um ofício da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, publicado em março, diz que já foram recebidos mais de dez mil requerimentos de pensão de todo o país.

gia, questionava: "Qual a condição menos penosa para o doente? A de estar enclausurado em família, sentindo-se temido dos mais próximos parentes e dos amigos, sabendo que constitui de fato permanente perigo para eles, ou afastar-se para ficar em liberdade, com a consciência tranquila, pela certeza de não transmitir aos entes queridos a sua desdita?". Para Laurinda, essa corrente tinha um viés duplo. "Ao mesmo tempo em que se buscava dar algum conforto para essas pessoas, para que tivessem uma vida mais ou menos normal e sem a estigmatização que havia do lado de fora, essas políticas acabavam ratificando esse horror social", opina a pesquisadora.

Quando os hospitais-colônia enfim abriram suas portas, nem todos os pacientes foram embora. "Muitas pessoas foram internadas quando ainda eram crianças. Elas construíram sua vida e suas relações sociais dentro dos leproários", explica Laurinda. Por isso, hoje ainda há ex-pacientes vivendo nesses locais, com familiares que vieram a morar ali também. "Alguns deles se transformaram em hospitais de atendimento geral, ou em institutos de pesquisa especializados em dermatologia. Mas a maioria está numa decadência muito grande", completa a pesquisadora.

## Os trabalhadores em saúde nas famílias

Hoje, a prevenção e o tratamento da hanseníase fazem parte do Programa Nacional de Controle da Hanseníase, 'herdeiro' do antigo Serviço Nacional de Lepre, criado em 1941. O trabalho é feito pela Estratégia de Saúde da Família. "E como as ações das equipes são bastante generalistas, dando conta de diversos agravos, é importante que os profissionais de todos os níveis recebam uma capacitação especial, de maneira continuada, para reconhecer e orientar o tratamento dessa doença", diz a hanseniologista Maria Eugênia Gallo, que presta assessoria ao Programa e trabalha com essa formação.

De acordo com a médica, o agente comunitário de saúde (ACS) é um dos trabalhadores mais importantes na cadeia de profissionais envolvidos. "É ele que tem maior contato com os usuários: entra em suas casas, conhece suas famílias, sua rotina, seus hábitos", afirma, explicando que os agentes devem ser sensibilizados para reconhecer os sintomas e, em caso de suspeita de hanseníase, encaminhar o paciente a um médico o mais rápido possível. "É o ACS quem deve orientar a respeito da doença, explicar como é o contágio e o tratamento, e é também ele quem deve acompanhar esse tratamento, verificando se os pacientes estão tomando a medicação corretamente", diz Marie Eugênia.

Ela afirma que, teoricamente, todas as equipes devem receber esse tipo de formação. "Mas nem sempre essa é a prioridade dos gestores", explica. ●

Raquel Torres



D. Maria Junqueira aprendeu a realizar trabalhos em saúde enquanto internada

## A imprensa e o golpe militar: 45 anos de História

“Escoarçado, amordaçado e acovardado, deixou o poder como imperativo de legítima vontade popular o Sr João Belchior Marques Goulart, infame líder dos comuno-carreiristas-negocistas-sindicalistas(…)”

(Tribuna da Imprensa - Rio de Janeiro - 2 de Abril de 1964)

“Ressurge a Democracia!

Vive a Nação dias gloriosos. Porque souberam unir-se todos os patriotas, independentemente das vinculações políticas simpáticas ou opinião sobre problemas isolados, para salvar o que é de essencial: a democracia, a lei e a ordem(…)”

(O Globo - Rio de Janeiro - 4 de Abril de 1964)

*“Participamos da Revolução de 1964 identificados com os anseios nacionais de preservação das instituições democráticas, ameaçadas pela radicalização ideológica, greves, desordem social e corrupção generalizada”.*

(Editorial do jornalista Roberto Marinho, publicado no jornal 'O Globo', edição de 07 de outubro de 1984, sob o título: 'Julgamento da Revolução')

“Tempo negro. Temperatura sufocante. O ar está irrespirável. O país está sendo varrido por fortes ventos. Máx.: 38° em Brasília. Mín.: 5°, nas Laranjeiras”.

(Previsão do tempo veiculada na primeira página do Jornal do Brasil em 14 de dezembro de 1968, em protesto ao Ato Institucional nº5, assinado a noite anterior)

“Na comparação com outros regimes instalados na região no período, a ditadura brasileira apresentou níveis baixos de violência política e institucional”.

(Nota da redação da Folha de São Paulo, divulgada no dia 18 de fevereiro deste ano, em resposta às cartas dos leitores que criticavam o uso da expressão "ditabranda" para caracterizar o regime militar brasileiro em editorial do dia anterior)

### ATOS INSTITUCIONAIS

No dia 9 de abril de 1964, logo após o golpe militar, foi emitido o AI-1, o primeiro dos 17 Atos Institucionais que restringiriam os direitos políticos e civis ao longo de 21 anos de ditadura.

“No interesse da paz e da honra nacional, e sem as limitações previstas na Constituição, os Comandantes-em-Chefe, que editam o presente Ato, poderão suspender os direitos políticos pelo prazo de dez (10) anos e cassar mandatos legislativos federais, estaduais e municipais, excluída a apreciação judicial desses atos”, diz o artigo 10 do AI-1. O AI-5 - o pior deles - foi lançado em dezembro de 1968, intensificando o cerceamento dos direitos e aniquilando toda e qualquer oposição ao regime.



### PRA LEMBRAR

#### 01/maio

Em 1889, trabalhadores que faziam uma manifestação a favor da redução da jornada de trabalho para oito horas foram executados nas ruas de Chicago, Estados Unidos. Anos depois, a data ficou lembrada com o dia do trabalho.

No Brasil, em 1940, Getúlio Vargas criou, por Decreto, o salário mínimo.

#### 17/maio

Em 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) eliminou a homossexualidade da sua Classificação Internacional de Doenças. Desde então, se comemora nesta data o Dia Internacional contra a Homofobia.



## Emenda Constitucional 29: impasses para regulamentar

Depois de quase dez anos, diferentes projetos tramitam no Congresso. Afinal, qual serviria melhor à saúde?

Raquel Torres



Manifestantes seguram velas em referência ao lema "Vamos evitar o apagão da saúde"

Quando a Emenda Constitucional 29 foi aprovada, em 2000, a intenção era assegurar os recursos mínimos que União, estados e municípios deveriam gastar, anualmente, com ações e serviços de saúde, já que até então era preciso discutir esse valor ano a ano. O texto da emenda indicava que estados e municípios deveriam destinar a esse fim, respectivamente, 12% e 15% da arrecadação de determinados impostos, enquanto a União deveria aplicar o montante investido no ano anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). O artigo que estabelecia esses valores foi incluído na Constituição, no Ato das Disposições Transitórias. Assim, eles deveriam ser aplicados até que uma lei complementar, reavaliada pelo menos a cada cinco anos, regulamentasse a Emenda. No entanto, nove anos depois, essa lei complementar sequer foi aprovada, apesar de o primeiro projeto com esse objetivo ter sido apresentado ao Congresso em 2001.

A regulamentação ainda se faz necessária por outro motivo: o texto da Emenda 29 não diz claramente o que são ações e serviços em saúde. Essa indefinição deixa brechas para que as unidades federativas contabilizem, como gastos em saúde, recursos usados para saneamento básico e merenda escolar, por exemplo. Por essas razões, a luta pela

regulamentação tem sido uma das maiores bandeiras levantadas pelas organizações e movimentos sociais ligados à saúde no país. “Mas não é suficiente haver a palavra de ordem: ‘regulamentação da Emenda 29 já’. Não basta regulamentar, tem que saber qual é a regulamentação que queremos”, opina o diretor de Programa de Economia da Saúde e Desenvolvimento do Ministério da Saúde, Elias Jorge. De acordo com ele, os vaivens pelos quais o assunto vem passando no Congresso podem fazer com que, quando aprovada, a lei complementar piore as condições do financiamento da saúde, em vez de beneficiar essa área. Para entender o que isso quer dizer, é preciso analisar os dois principais projetos apresentados e os percalços que vêm atrapalhando a tramitação.

### Mudar as regras do jogo

A primeira proposta para regulamentar a Emenda foi o PLP 201/2001, do ex-deputado Ursicino Queiroz (PFL-BA), que não chegou a ser votado na Câmara. Em 2003, o também ex-deputado Roberto Gouveia (PT-SP) apresentou o PLP 01/2003, retomando as discussões. O texto inicial de Gouveia definia ações e serviços de saúde e ratificava o que a Emenda dizia em relação aos gastos de estados e municípios. No entanto, trazia um alteração em



José Cruz / ABR

Populares assistem nas galerias da Câmara à leitura do projeto que prevê a CSS

relação ao que ficara estabelecido na Emenda: em vez de vincular os recursos mínimos da União à variação nominal do PIB, o projeto de Gouveia propunha que, a partir de 2005, essa esfera investisse anualmente em saúde 11,5% de suas receitas de impostos e contribuições.

Para o médico e professor da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) Nelson Rodrigues dos Santos, o Nelsão, um dos pontos-chave da regulamentação é justamente esse. “O que o projeto propunha era mudar as regras do jogo. E a grande mudança seria que o governo federal concordasse em adotar, para a participação federal no financiamento do SUS, o mesmo critério que foi estabelecido para estados e municípios, ou seja, um percentual sobre a arrecadação de impostos”. De acordo com ele, isso chegou a ser cogitado para entrar no próprio texto da Emenda, ainda em 2000. “Mas nos últimos momentos da negociação, o governo federal fez pressão no sentido de não admitir essa vinculação”, explica.

Para incrementar os recursos federais para a saúde, o projeto ainda propunha recuperar gradativamente as receitas arrecadadas pela Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), aumentando a fatia da contribuição que seria destinada à área.

Durante quase cinco anos, o PLP 01/2003 esteve em discussão na Câmara dos Deputados. Durante a tramitação, o artigo que

falava sobre os recursos da União foi modificado e a vinculação aos impostos desapareceu. Portanto, quando finalmente foi aprovado, o texto mantinha os gastos da União vinculados à variação do PIB. Em novembro daquele ano, o projeto foi enviado para análise do Senado. Só que, um mês depois, a CPMF, que fazia parte do projeto, foi extinta, e ele não foi mais votado.

Antes mesmo de a Câmara aprovar o texto de Gouveia, o senador Tião Viana (PT-AC) já havia apresentado o PLP 121/2007, similar à proposta de Roberto Gouveia, mas sem mencionar a CPMF: o projeto estabelecia que o valor mínimo de recursos investidos pela União seria 10% de suas **receitas correntes brutas**, sendo que esse percentual deveria crescer gradativamente ao longo de quatro anos, começando em 8,5% e terminando, finalmente, em 10%. O Senado aprovou essa redação em maio do ano passado e remeteu o texto à Câmara – e é lá que ele está até hoje, sob o número 306/2008.

### Divergências e CSS

Embora o critério sugerido pelos projetos de Roberto Gouveia e Tião Viana realmente garanta um aumento no volume de recursos para a saúde, há controvérsias no que diz respeito à sua viabilidade. Para Nelsão, os recursos existem. “Há dinheiro. Agora, quando o governo baixou os juros e o superávit

primário diminuiu, sobraram mais de R\$ 20 bilhões”, argumenta.

Mas, para o deputado Pepe Vargas (PT-RS), a proposta é irresponsável. “O Senado aprovou o fim da CPMF, retirando R\$ 40 bilhões da seguridade social e, logo depois, aprovou o aumento dos gastos da União com saúde. Não podemos vender ilusões: não dá para aumentar as despesas e diminuir a receita. A conta não fecha”, diz.

Buscando dar conta desse impasse, Pepe Vargas apresentou um substitutivo ao projeto do Senado que, além de voltar a vincular os gastos da união ao PIB, cria uma nova fonte de receitas: a Contribuição Social da Saúde (CSS), que poderia agregar R\$ 10 bilhões anuais para essa área, apesar de o volume total investido pela União continuar menor que o proposto por Tião Viana. O deputado defende a CSS como uma forma de suprir o vácuo deixado pelo fim da CPMF sem afetar a maior parte da população. De acordo com ele, ficariam isentos todos aqueles que hoje têm remuneração menor que R\$ 3.218. “No fundo, a CSS seria uma contribuição paga por pessoas de melhor condição financeira que, em geral, têm plano de saúde e abatem seus gastos com saúde integralmente do imposto

Entendidas como receitas tributárias, patrimoniais, industriais, agropecuárias, de contribuições, de serviços e de transferências correntes.

de renda. De certa forma, quando deixa de arrecadar esse montante, o Estado paga pelos planos de saúde da classe média. Então, nada mais justo que essa parcela da população contribua com um valor que, individualmente, seria irrisório”, afirma o deputado, explicando que a CSS equivaleria a 0,1% dos rendimentos que ultrapassassem aqueles R\$ 3.218. “Ou seja: alguém com um salário de R\$ 6.200 pagaria, por mês, R\$ 3 de contribuição para a saúde”, exemplifica.

Hoje, são as divergências em relação à CSS que estão impedindo a liberação do texto por parte da Câmara. Ocorre que o substitutivo de Pepe Vargas já foi aprovado nessa Casa, mas com alguns destaques ressaltados. Desses destaques, três fazem referência a artigos da CSS que as bancadas da oposição desejavam suprimir. Dois já foram votados e descartados – ou seja, os artigos referentes à contribuição permaneceram no texto. Agora, o projeto está ‘pendurado’ por um único destaque, que fala das bases de cálculo para a contribuição. “A situação chega a ser absurda, porque, uma vez que se elimina a base de cálculo, elimina-se a própria contribuição. Só que o artigo que cria a contribuição, que também havia sido destacado, já foi votado e mantido”, comenta Pepe Vargas, explicando que a votação desse último destaque ainda não foi possível por falta de quorum.

## Concessões

Para Elias Jorge, que defende tanto a CSS quanto a vinculação dos recursos da União às receitas correntes brutas, um ponto do substitutivo que é muito problemático e merece atenção diz respeito ao montante que será investido pelos estados em saúde. O artigo 6º do substitutivo diz que o valor aplicado pelos estados no Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação Básica (Fundeb) deverá ser deduzido do montante sobre o qual incidirão os 12% destinados à saúde. Isso significa que esses 12%

Durante a tramitação, as bancadas podem destacar os trechos do projeto com os quais não concordam. Depois disso, a matéria é votada desconsiderando os trechos destacados, que são votados depois, separadamente. Uma vez que o texto já tenha sido aprovado, quando terminam as votações dos destaques ele segue direto para o Senado. No caso de uma lei complementar, todas as votações dos destaques são nominais e, para que ele seja aprovado, é preciso ter 257 votos a favor.

não serão calculados tendo por base o total da soma dos impostos relacionados, mas sim um valor muito menor. “Isso levará a uma sangria de quase R\$ 5 bilhões por ano só em relação aos recursos dos estados”, afirma Elias.

Para Pepe Vargas, essa foi uma derrota necessária para que o projeto conseguisse ser aprovado. “Foi preciso fazer concessões. Eu, particularmente, discordo do trecho sobre o Fundeb. Mas existe um *lobby* forte dos governadores e, se isso não fosse incluído, não conseguiríamos votos suficientes para aprovar a matéria e dar prosseguimento à tramitação”, justifica o deputado, explicando que, mesmo assim, todas as vitórias têm sido apertadas. “Espero que, quando a matéria chegar ao Senado, eles suprimam isso”, completa.

## O que pode acontecer

O projeto de Tião Viana está parado na Câmara desde junho do

ano passado. Assim que o último destaque for votado, ela vai direto para o Senado, com ou sem a vitória da CSS. A partir desse momento, pelo menos três situações podem se configurar: o Senado pode aceitar parte das sugestões enviadas pela Câmara dos Deputados, pode aceitar o substitutivo de Pepe Vargas integralmente ou pode rejeitá-lo e aprovar seu projeto inicial.

Nelsão torce para que o Senado aprove na íntegra o projeto de Tião Viana, que garante mais recursos. “O fato de o governo federal não priorizar as políticas públicas de saúde é um atraso. Mesmo os Estados Unidos, que têm o sistema mais privatizado do mundo, já anunciaram um grande aumento no financiamento público da saúde para conseguir a universalização”, comenta. Mas se existe tanta pressão para que as receitas correntes brutas não sejam incluídas, como fazer? “As negociações têm que ser feitas em cima de uma correlação de forças políticas, que deve contar com a participação da sociedade e dos movimentos a favor do SUS”, responde Nelsão.

Essa também é a posição de Darcísio Perondi, presidente da Frente Parlamentar da Saúde. “A Frente vai se mobilizar com força: todos os protagonistas da saúde estão pressionando para, o mais cedo possível, votar esse destaque e devolver o texto ao Senado. E, quando isso acontecer, vamos levantar a sociedade para que o Senado se decida e vote as receitas correntes brutas”, afirma.

A situação ideal? Para Elias Jorge, é preciso que haja uma ampla negociação entre governo e oposição e entre Câmara e Senado. “Pelo que venho observando, a única saída seria a base governista ceder, aceitando a vinculação às receitas correntes brutas e, ao mesmo tempo, a oposição ceder à criação da CSS. Tem que haver disposição para negociar. É preciso uma certa generosidade de todas as partes, e essa generosidade só virá à tona se houver uma enorme articulação e manifestação da sociedade civil. Essa é a única alternativa”, acredita. ●

**Tabela comparativa dos recursos que a União destinaria à saúde pelos projetos de Tião Viana e Pepe Vargas (baseada em estimativas de Gilson Carvalho)**

	Projeto Tião Viana (com 10% das receitas correntes brutas)	Projeto Tião Viana (com 8,5% das receitas correntes brutas)	Substitutivo Pepe Vargas (valor do ano anterior acrescido da variação do PIB e da CSS)
<b>2009</b>	R\$ 78,0 bi	R\$ 66,3 bi	R\$ 64,6 bi
<b>2010</b>	R\$ 85,8 bi	R\$ 72,9 bi	R\$ 78,1 bi
<b>2011</b>	R\$ 94,4 bi	R\$ 80,2 bi	R\$ 71,0 bi

## Coisa de jovem

Programas do governo federal ligados à saúde, educação e trabalho são voltados para a juventude

Sandra Pereira

Muda o conceito de juventude e, com ele, mudam também as políticas públicas voltadas para esse segmento da população. Dedicados a cidadãos com idade entre 15 e 24 anos, programas como o Saúde na Escola, o Prevenção na Escola e o ProJovem são exemplos de políticas públicas que têm tentado acompanhar os novos estudos sobre juventude.

Marília Pontes, professora da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo (USP) e Paulo César Carrano, do Observatório Jovem do Rio de Janeiro e professor da Faculdade de Educação da UFF, contam, no artigo 'Juventude e Políticas públicas', que, embora a juventude tenha sido reconhecida nos anos 1960 como um segmento com problemas próprios de uma faixa etária, foi nos idos de 1980 que esse conceito ganhou contornos mais amplos. "As orientações defendidas pelos movimentos voltados para os direitos da infância no final da década de 1980 procuraram superar uma concepção restritiva do que é ser criança e adolescente, caminhando para uma representação que reconhece direitos e demandas políticas dos que ainda não atingiram a maioridade", escrevem.

### Saúde e Educação

A escola como espaço privilegiado para práticas promotoras de prevenção, de saúde, educação e cidadania: essa é a orientação sobre a qual nasceram, em 2003, as discussões para implantação dos Programas Saúde na Escola (PSE) e Saúde e Prevenção na Escola (SPE), ambas iniciativas integradas dos Ministérios da Educação e da Saúde com ações em todos os estados e municípios.

Embora com propostas iniciadas quatro anos antes, o PSE foi instituído por decreto apenas em 2007, vinculado ao Programa Mais Saúde – Direito de Todos, lançado no mesmo ano. O PSE é uma das políticas públicas estratégicas que preveem o debate, no ambiente escolar, de questões como prevenção e educação para a saúde, incorporadas ao projeto pedagógico da educação pública. Na prática, o projeto, cujas ações são desenvolvidas tanto nas escolas quanto nas Unidades Básicas de Saúde — em especial aquelas organizadas por meio da Estratégia Saúde da Família — deve atingir todos os alunos matriculados na rede pública de ensino no país. "O Programa Saúde na Escola tem ações tanto na área de avaliação crítica, oftalmológica, auditiva, promoção e prevenção da saúde quanto ações voltadas para a educação sexual, qualidade de vida, entre outras. Ele hoje tem a adesão de 100% dos estados e 608 municípios. Inicialmente, o programa atenderá os municípios com menor índice de Educação Básica (IDB), reunidos em maior parte no Norte e Nordeste", explica Thereza de Lamare, coordenadora da área técnica de saúde do adolescente e do jovem do Ministério da Saúde.

E qual a principal novidade do Programa para 2009? "A escola passa a ser um instrumento social do qual a equipe de Saúde da Família vai ter que cuidar também. Ou seja, até então, a equipe trabalha, por exemplo, com um território em que precisa atender mil famílias, em torno de 4 mil pessoas. Mas a escola tem aluno que não mora naquele território, mas que precisa ser atendido. Por isso, as equipes terão que atuar também no interior das escolas", esclarece Thereza.

Ela acredita que, por ser transparente nas discussões sobre os temas que fazem parte do cotidiano do jovem — como gravidez indesejada, distribuição de preservativos e DST/Aids —, o programa pode diluir desigualdades nas relações de gênero, eliminar tabus que resistem ao tempo e se transformar num instrumento importante para influenciar no processo crítico de desconstrução de valores a respeito da sexualidade. "A sociedade tem dificuldade de entender que o adolescente é um ser sexuado. Por isso, os pais buscam regular essa sexualidade e determinar quando ela deve acontecer, o que acaba gerando um bloqueio para o acesso do adolescente a informações. O projeto busca desconstruir isso", explica.

## Diversidade

Também lançado em 2003, o Programa Saúde e Prevenção na Escola (SPE) é realizado pelos ministérios da Educação e Saúde, em parceria com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). O projeto envolve gestores responsáveis pelas políticas públicas nas três esferas de governo e conta com a participação de professores, pais, estudantes e funcionários das escolas. A proposta é discutir políticas voltadas para a saúde sexual e ligadas ao preconceito.

Isabel Freire, assessora técnica da Unidade de Prevenção do Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde, diz que a urgência em criar um projeto que aborde esses temas nas escolas se justifica pelo fato de que os jovens e adolescentes – hoje 54 milhões de brasileiros – são uma parcela da população consideravelmente exposta aos riscos e situações de vulnerabilidade, como infecção por HIV, outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) e gravidez não planejada.

Outro aspecto relevante que o programa quer combater é o preconceito. Segundo Isabel, um dos pontos que mais chamam atenção no Brasil em relação a outros países é “a forte presença da homofobia nos ambientes escolares”. Pior: segundo ela, não só os alunos, mas os próprios professores reproduzem preconceitos em sala de aula. As estatísticas justificam a opinião de Isabel. De acordo o estudo ‘Juventudes e Sexualidade’, publicado pela Unesco, em 2000, fruto de uma pesquisa em 14 capitais brasileiras, com 16.422 estudantes de escolas públicas e privadas, 3.099 professores e 4.532 mães e pais dos estudantes, cerca de 27% dos estudantes não gostariam de ter um colega de classe homossexual, 60% dos professores não sabem como abordar a questão em sala de aula e 35% dos pais e mães não querem que seus filhos estudem no mesmo local que gays e lésbicas.

Segundo Isabel, uma das prioridades para 2009 é garantir que os agentes comunitários de saúde façam cursos específicos sobre os temas abordados e recebam a mesma formação – dentro das diretrizes do SPE – que os educadores, para evitar atritos entre as abordagens das equipes junto aos estudantes e às comunidades.

## Juventude e trabalho

Com a atual crise financeira, mais de dois milhões de pessoas perderam seus postos de trabalho no Brasil. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o desemprego atingiu em cheio o jovem. Em março, as demissões chegaram a 21% para os que têm entre 15 e 24 anos. Criar empregos para os milhares de jovens que entram no mercado a cada ano é um dos desafios para as políticas públicas voltadas para essa população. Lançado em 2005, o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem), que integra as ações do Governo Federal, sob responsabilidade do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), busca atender a demanda nesse campo. “O programa tem por objetivo promover a reintegração do jovem ao processo educacional e sua qualificação profissional por meio de cursos gratuitos em diversas áreas. Cada jovem qualificado através das ações do programa recebe um auxílio financeiro no valor de R\$ 600, em seis parcelas de R\$ 100”, explica o Diretor do Departamento de Políticas de Trabalho e Emprego para a Juventude, Renato Ludwig de Souza.

Em setembro de 2007, o governo federal divulgou mudanças no ProJovem, que até então era executado pela Secretaria-Geral da Presidência da República, com os ministérios da Educação, Trabalho e Desenvolvimento Social e prefeituras das capitais. “O novo programa se divide em quatro modalidades. Uma delas é o ProJovem Urbano, no qual pessoas de 18 a 29 anos estudam o ensino fundamental e aprendem uma profissão. Outro é o ProJovem Campo, com currículo adaptado para os trabalhadores da agricultura familiar. Outras duas modalidades são o ProJovem

Trabalhador, que oferece ensino fundamental, médio e profissionalizante e o ProJovem Adolescente com aulas ligadas a meio ambiente, sexualidade e combate às drogas para pessoas de 15 a 17 anos”, explica Renato. E completa: “Desde 2008, o ProJovem funciona através de parcerias com governos municipais”. Ainda segundo ele, as metas do programa são inserir no mercado de trabalho 30% do total dos jovens qualificados.

A política de inclusão do jovem no mercado de trabalho, proposta pelo ProJovem, no entanto, não chega a ser consenso. “É inegável a importância de políticas públicas de emprego voltadas para a juventude, pois sabemos que uma grande parcela dessa população contribui com a renda familiar. Mas um pragmatismo como o desse programa, de se direcionar para a inserção no mercado de trabalho, acaba reduzindo a formação, que deve ser realizada em função da vida, da cultura, da sociedade”, diz Isabel Brasil, vice-diretora de pesquisa e desenvolvimento tecnológico da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), que também não acredita na fórmula profissão-emprego. “Nada garante que, uma vez formados, esses jovens encontrarão empregos. Para isso é necessário políticas mais amplas de geração de emprego”, defende.

Com a reformulação, o ProJovem reuniu seis iniciativas até então em curso: Juventude Cidadã, Empreendedorismo Juvenil, Consórcio Social da Juventude e Escola de Fábrica, que passam a integrar o Departamento de Políticas de Trabalho e Emprego para a Juventude (DPJ), cujo papel é o de desenvolver as ações do programa, acolhendo jovens em situação de desemprego e que sejam membros de famílias com renda mensal per capita de até um salário mínimo. Em janeiro de 2008, o novo programa entrou em vigor com o objetivo de atingir 4,2 milhões de jovens até 2010. O orçamento do ProJovem para 2009 é de R\$ 297.156.977 para qualificar cerca de 180 mil jovens. ●



## Técnico em Farmácia

Diferença de nomenclatura adotada pelo MEC e pela lei do exercício profissional cria impasse para o técnico

Sandra Pereira

**P**ermanecer na farmácia durante todo o horário de funcionamento é de responsabilidade do farmacêutico, determina a legislação. Mas o técnico, em casos especiais, também pode estar à frente do estabelecimento? Qual é o limite de um profissional de nível técnico em uma área que ainda é palco de disputas entre os que defendem a produção e comercialização de medicamentos sob a ótica da saúde e os que estão ao lado da lógica do mercado? Questões como essas podem parecer novas, mas, na verdade, acompanham os profissionais de farmácia desde o século XIX, quando se iniciou o processo de institucionalização da área no Brasil.

A história da farmácia está diretamente ligada à preparação de remédios. Quem dominava essa técnica até meados do século XIX era visto como detentor do conhecimento para curar. A atividade era, de certa forma, encarada como magia. A cena dos práticos de botica diagnosticando o problema do paciente, prescrevendo o tratamento e vendendo seus próprios produtos era comum. A formação desse profissional dava-se na prática, dentro da botica, uma espécie de loja de drogas feitas de plantas e que atendia a população em geral. Após receberem as aulas práticas, os candidatos a boticários se submetiam a exames perante os comissários da Fisicatura-mor, órgão do go-

verno responsável pela regulamentação e fiscalização das atividades terapêuticas. No dia-a-dia, no entanto, as funções não eram lá muito definidas. “Muitas vezes, as boticas e os boticários prestavam assistência aos doentes, e os médicos, por sua vez, também formulavam medicamentos. A falta de delimitação entre os ofícios na prática cotidiana provocava tensões”, conta Verônica Velloso, doutora em história que acaba de defender a tese ‘Farmácia na Corte Imperial (1851-1887): práticas e saberes’.

Entre os séculos XIX e XX, o posto ocupado pelo boticário foi perdendo espaço. Com a reforma do ensino médico no Brasil, de 1832, o curso farmacêutico de nível superior nasceu, vinculado, entretanto, às faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. “Por essa reforma, ficou estabelecido que ninguém poderia ‘curar, ter botica, ou partear’, sem título conferido ou aprovado por essas faculdades”, conta a historiadora. Para continuar em atividade, os proprietários de boticas passaram a alugar diplomas. Denominado na época, de ‘presta-nomes’, o esquema funcionava entre os farmacêuticos sem dinheiro para abrir sua própria botica e os boticários que pagavam pelo título dos formados.

Em 1937, o curso foi desmembrado da Faculdade Nacional de Medicina e foi criada a Faculdade Nacional de Farmácia. Mas somente dez anos depois alcançou sua autonomia administrativa. Uma certa crise de identidade pôde ser associada aos práticos com o aumento de farmacêuticos no mercado. Os práticos, o oficial ou ainda o provisionado em farmácia — como eram chamados os proprietários de farmácia sem formação — iniciaram movimentos distintos para assumir a responsabilidade do seu estabelecimento, função que cabia ao profissional com curso superior. Essa situação durou até a metade do século passado. “Até o final da década de 1950, havia diversas farmácias de propriedade de práticos e de oficiais de farmácia, que eram profissionais de nível médio licenciados pelas autoridades sanitárias federal ou estadual. A Lei 3820/60, que criou os Conselhos de Farmácia

para fiscalizar o exercício da profissão farmacêutica, determinou que os oficiais de farmácia licenciados há mais de seis anos poderiam manter a responsabilidade técnica por farmácia que fosse de sua propriedade há mais de dez anos”, explica Guacira Matos, farmacêutica e doutora em Saúde Pública. Segundo Guacira, a partir da década de 1960, os poucos cursos que preparavam oficiais de farmácia foram extintos porque não havia mais a perspectiva de se tornarem responsáveis técnicos por farmácias sem o diploma de farmacêutico, de acordo com a lei.

### **Independência e mudanças**

Foi só na década de 1970 que os cursos técnicos de nível médio de farmácia nasceram, na esteira das mudanças da área. Além do farmacêutico, a Lei 3820/60 prevê a inscrição nos Conselhos de Farmácia, em quadros separados, de técnicos de laboratórios de análises clínicas/patologia clínica e técnicos de laboratórios industriais farmacêuticos. Estes últimos podem exercer sua atividade em indústrias, farmácias com manipulação alopáticas e homeopáticas e farmácias hospitalares. Já os primeiros coletam, recebem e distribuem material biológico, preparam amostras do material biológico e realizam exames conforme protocolo. Operam equipamentos analíticos e de suporte, entre outras atividades.

Ao longo dos anos, várias nomenclaturas foram criadas para o profissional técnico da área de farmácia. “No início da década de 1990, o comércio varejista estimulou a criação de vários cursos de ‘técnicos de farmácia’, na intenção de que esses profissionais assumissem a responsabilidade técnica em drogarias. Isso gerou uma série de ações judiciais para a obtenção de registro nos Conselhos de Farmácia dos técnicos formados nesses cursos e de assunção de responsabilidade técnica por drogarias, com o argumento de que havia poucos farmacêuticos para o número de drogarias existentes. Em alguns estados, houve decisões judiciais favoráveis, mas, de um modo geral, os juízes entenderam que a reivindica-

ção de substituir o farmacêutico nas drogarias atendia não ao interesse público, mas ao interesse do comércio”, conta Guacira, para quem os técnicos podem e devem ter a profissão regulamentada com o objetivo de proteger o seu exercício profissional, bem como estabelecer suas competências e atribuições, sob a lógica da saúde e do interesse público.

A história se complicou quando o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos, desenvolvido pelo Ministério da Educação para unificar a nomenclatura dos cursos de nível médio, escolheu o nome 'técnico em farmácia' para identificar o profissional formado nessa área. O problema é que a Lei 3820/60 não contempla a incorporação de quadros com as denominações 'técnico em farmácia' e 'técnico em laboratório de farmácia'. Por isso, o Conselho Federal de Farmácia (CFF) não registra técnicos de nível médio com essas duas titulações. No Rio de Janeiro, por exemplo, os técnicos de laboratório de farmácia têm sido acolhidos pelo Conselho Regional de Química. O técnico em farmácia, no entanto, continua sem ter onde se inscrever como profissional. “Registrar o técnico em farmácia, que não está previsto na lei 3820/60, seria uma atitude irregular. Não temos nada contra o técnico, pelo contrário, mas não podemos inscrevê-lo porque a lei não permite. Eu acredito que o mercado precisa muito desse profissional. A pessoa pode fazer o curso e atuar no mercado sem o registro, inclusive. Alguns concursos não exigem que o profissional tenha registro em conselhos”, explica Amílson Álvares, vice-presidente do CFF.

### **Formação**

Segundo o Catálogo de Cursos Técnicos, o técnico em farmácia “realiza operações farmacotécnicas identificando e classificando os diferentes tipos de produtos e de formas farmacêuticas, sua composição e técnica de preparação. Atua no controle de qualidade e na produção e manipulação de formas farmacêuticas e de cosméticos. Pode trabalhar em drogarias, postos de saúde e de medicamentos e farmácias de manipulação.”

No Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ), unidade Maracanã (RJ), o curso Técnico em Laboratório em Farmácia — que, por conta do Catálogo, mudará o nome para Técnico em Farmácia a partir de 2010 — tem 1530 horas-aula e um estágio de 480 horas. Segundo a coordenadora do curso, Vivian de Almeida, a formação deve permitir a esse profissional se inserir nas equipes de saúde, juntamente com o farmacêutico, nas diversas Unidades do SUS: centros e postos de saúde, hospitais, laboratórios, fundações e institutos de pesquisa.

Formado em 2005 pelo IFRJ — na época Cefet Química - Unidade Rio de Janeiro — o técnico em laboratório Felipe Cardoso acumula, desde que concluiu o curso, experiência em hospitais — onde vem crescendo a demanda pelos técnicos da área. “Primeiro trabalhei no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro como técnico em hemoterapia; depois, atuei como técnico de análises clínicas no Hospital Estadual Getúlio Vargas e na UPA (Unidade de Pronto Atendimento) de Duque de Caxias; e, por fim, passei no concurso da prefeitura da cidade do Rio para técnico em hemoterapia. Hoje, estou no Hospital Maternidade Fernando Magalhães”, conta. Entre as atividades, Felipe faz exames de grupo sanguíneo ABO/Rh de gestantes e recém-nascidos; realiza todos os testes pré-transfusionais necessários à seleção de hemocomponentes para transfusão sanguínea e alguns procedimentos de filtração desses hemocomponentes. “Hoje, minha supervisão e chefia ficam por conta de dois médicos hematologistas e hemoterapeutas. No passado, quando trabalhei como técnico de análises clínicas, eu respondia diretamente a um farmacêutico cuja função era de supervisão técnica, análise de resultados e emissão de laudos”, conta ele. Segundo Felipe, os profissionais de farmácia de nível técnico lotados em hospitais públicos precisam, acima de tudo, “de agilidade para atender à grande demanda, principalmente nos que possuem Serviço de Pronto Atendimento”. ●

# Além do palato



**T**ranspor os limites da prática odontológica tradicional é a proposta do livro 'Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca', escrito por Paulo Capel Narvai e Paulo Frazão, professores da Faculdade de Saúde Pública da USP. A instigante metáfora do título conduz o texto entre as dimensões biológica, social e psicológica, recuperando o contexto histórico e as implicações políticas do trabalho ancorado na assistência odontológica individual, frequentemente associado a extrações dentárias, dor e sofrimento. Em linguagem acessível para pessoas não familiarizadas com a área, os autores esclarecem que a saúde bucal não pode ser vista como “coisa de dentistas” e apresentam o conceito construído pe-

los participantes da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 1993, quando ficou definido que saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, relacionando-se diretamente com as condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, acesso e posse da terra, lazer e liberdade. Há ainda dois elementos relacionados às ações de cuidado: os serviços de saúde e a informação. Tais reflexões, apresentadas já no início do trabalho, convidam o leitor a percorrer os sete capítulos e a desvelar conceitos e conteúdos que têm permanecido restritos e fechados aos especialistas da área.

Utilizando trechos de obras literárias, falas presidenciais e até curiosas reportagens sobre problemas bucais de jogadores da seleção brasileira de futebol, os autores estabelecem um profícuo diálogo com trabalhos de reconhecida credibilidade no meio acadêmico, a legislação específica e relatórios de conferências de saúde, possibilitando o aprofundamento teórico e a compreensão do contexto brasileiro relacionado à saúde bucal, aos principais aspectos do quadro epidemiológico, à evolução histórica das ações desenvolvidas no setor, às proposições que surgiram na esfera pública e à Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente – instituída no Governo Lula.

O conceito ampliado de saúde bucal subsidia a descrição e análise dos problemas prioritários para intervenção em saúde pública, esclarecendo que a cárie dentária e a doença periodontal são as principais responsáveis pelo edentulismo (falta de dentes) de milhões de brasileiros, ocasionando incapacidades que nem sempre são reconhecidas como problemas funcionais relevantes. Nesse sentido, o livro explica que a perda dentária não é natural nem fatalidade biológica, muito menos decorrência inevitável do envelhecimento. Pelo contrário, é um fenômeno historicamente construído, associado às transformações sociais e econômicas ocorridas a partir do século XVI, período em que o consumo de açúcar contribuiu para elevar os níveis de cárie da população e a extração dentária era a única forma de tratamento possível. Tal modelo de intervenção, por incrível que pareça, é ainda hoje praticado.

O grande desafio é enfrentar os problemas com estratégias e tecnologias adequadas, nas quais sejam desenvolvidas ações preventivas, curativas e de reabilitação, com compromisso do Estado e envolvimento de instituições das três esferas de governo. Com a proposta de levar as discussões sobre saúde bucal para profissionais, autoridades, conselheiros de saúde e demais interessados, o livro contribui para ampliar conhecimentos e subsidiar o processo de tomada de decisões políticas capazes de melhorar a situação do país no setor. Afinal, a saúde bucal é direito humano fundamental, um bem público e componente essencial para o bem estar do indivíduo e da população, situando-se, portanto, muito além do palato, limite anatômico superior da cavidade bucal, poeticamente apelidado de 'céu da boca'. ●

## Lêda Maria de Medeiros Hansen

Docente do Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde “Dr. Manoel da Costa Souza” - CEFOPE/RN

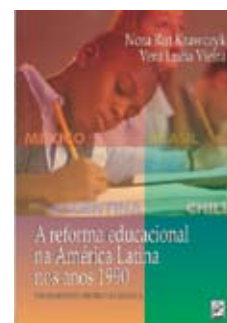
## PUBLICAÇÕES



*Trabalho, capital mundial e formação dos trabalhadores*, Antônia de Abreu Sousa, Enéas de Araújo Arrais Neto, Jean mari Felizardo, Maria José Pires Cardozo e Tania Serra Azul Machado Bezerra (Orgs.), Editora Senac Ceará e Edições UFC



*Manual de Práticas de Atenção Básica - saúde ampliada e compartilhada*, Gastão Wagner de Sousa Campos e André Vinicius Pires Guerreiro (Orgs.). Editora Hucitec



*A reforma educacional na América Latina nos anos 1990: uma perspectiva histórico-sociológica*, Nora Rut Krawczyk e Vera Lucia Vieira, Editora Xamã



# ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**A**tenção Primária à Saúde (APS) é, ao mesmo tempo, uma estratégia de organização do sistema de saúde e um dos níveis de atenção desse mesmo sistema: algo como ser a parte e o todo, sem que isso signifique uma contradição. Mas o que une as duas pontas dessa definição? O fato de tratar-se da “atenção que se faz em primeiro lugar e que se faz mais próxima do cotidiano dos indivíduos e das famílias”, como explicam Gustavo Matta e Márcia Fausto no artigo do livro ‘Modelos de Atenção à Saúde’, da coleção ‘Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde’.

No Brasil, esse conceito muda de nome, e é mais conhecido como Atenção Básica. A Portaria 648/06, do Ministério da Saúde, traz a seguinte definição: “A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (...) Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social”.

## Os princípios

De acordo com Gastão Wagner, professor e pesquisador da Facul-

dade de Ciências Médicas da Unicamp, duas formas “polares” de se compreender a Atenção Primária merecem destaque. “Uma é originada na Europa, nos anos 20, e pensa a Atenção Primária como parte de um Sistema Nacional e Público de Saúde. A APS operaria com o conceito de integração sanitária, ou seja, desenvolveria atividades tanto de promoção e prevenção quanto de atenção clínica. Além disso, deveria variar sua complexidade de região para região. O cuidado ocorreria em consultórios, na comunidade, em residências e instituições e funcionaria de forma integrada a outros níveis de atendimento, em rede. Já a segunda concepção tem origem nos Estados Unidos e pensa a rede básica — os centros de saúde — como braço da Saúde Pública ou da Promoção à Saúde. Nesse caso, atenderia populações pobres ou com alto risco sanitário e priorizaria ações de promoção, prevenção e os programas de saúde”, explica. Segundo ele, a Atenção Básica brasileira, que se concentra na Estratégia de Saúde da Família, “em teoria”, se alinha com a primeira corrente.

Ana Luisa Barros, que acaba de defender, na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), a dissertação ‘A condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil: continuidades e mudanças no período de 2003 a 2008’, também explica que esse modelo traz diferenças de acordo com o lugar em que ele se desenvolve. “Há duas modalidades de intervenção estatal em saúde nos países europeus: os serviços nacionais de saúde e os seguros sociais. Nos serviços nacionais de saúde, a atenção primária é a porta de entrada do sistema, cujo acesso é universal. Já nos países com seguros sociais, a atenção primária é pouco desenvolvida e não se constitui porta de entrada, predominando o cuidado

individual e a livre escolha. Nos Estados Unidos, prevalece o modelo de assistência residual, caracterizado pela baixa intervenção governamental, com programas públicos constituídos por cesta restrita de benefícios, focalizados nos pobres e aposentados, com predominância do seguro privado. No Brasil, a Atenção Primária é compreendida como um nível de atenção estruturante do sistema”, explica.

A regionalização — distribuição dos serviços por base populacional, tendo como referência as necessidades de saúde regionais — e a integralidade, entendida como “a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas” são, segundo Gustavo Matta e Márcia Valéria Morosini, no verbete Atenção Primária à Saúde do ‘Dicionário de Educação Profissional em Saúde’, as duas características principais desse modelo na sua origem. Outro aspecto importante que foi incorporado aos modelos de saúde orientados pela Atenção Primária é a necessidade de uma equipe interdisciplinar.

## A história

A maioria dos estudiosos defende que o ‘modelo’ da Atenção Primária nasceu com o relatório Dawson, escrito em 1920, na Inglaterra. Trata-se de um texto oficial que propunha a organização do sistema a partir de três níveis, que podem ser comparados com a divisão que o Brasil adota atualmente entre Atenção Básica, Média e Alta Complexidade.

O trabalho de Dawson era, de alguma forma, uma resposta a um outro relatório, escrito dez anos antes, por Abraham Flexner, sobre as escolas médicas norte-americanas. Na contramão dos princípios da Atenção Primária que ‘surgiriam’ mais tarde, o modelo flexneriano

privilegiava a medicina curativa e biologicista e a atenção individual. Mas foi no mesmo solo norte-americano que, 50 anos depois, esses conceitos foram revistos. Nascia, a partir da década de 1960, a medicina preventiva ou comunitária que, dentre outras coisas, defendia a proximidade com os indivíduos e famílias como caminho para a prevenção de doenças e recuperava a importância do médico generalista.

O grande marco histórico da Atenção Primária aconteceu, no entanto, em 1978, na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, conhecida apenas como 'Alma-Ata' — em homenagem à cidade do Cazaquistão onde foi realizada. Foi nesse momento que 134 países assinaram uma carta em que se comprometiam a modificar seus sistemas de saúde, levando em conta um conjunto de princípios. De acordo com a Declaração, a Atenção Primária — chamada no documento de "cuidados primários" — deve incluir, no mínimo: "educação, no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais".

Segundo o verbete do 'Dicionário', ainda que as propostas difundidas em Alma-Ata não tenham sido totalmente alcançadas, a ideia de Atenção Primária promovida naquele momento influenciou as reformas sanitárias que aconteceram em diversos países do mundo nas décadas de 1980 e 1990 — inclusive no Brasil. O problema é que, na onda neoliberal que se seguiu a esse momento, a ideia foi apropriada e desfigurada. "Muitos países e organismos internacionais, como o Banco Mundial, adotaram a APS numa perspectiva focalizada, entendendo a atenção primária como um conjunto de ações de saúde de

baixa complexidade, dedicada a populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e econômica decorrentes da expansão do capitalismo global, distanciando-se do caráter universalista da Declaração de Alma-Ata e da ideia de defesa da saúde como um direito", diz o texto. Ana Luisa concorda. "Logo após a Conferência, surgiram críticas à concepção abrangente apresentada em Alma-Ata, interpretada como idealizada, gerando a difusão de uma proposta seletiva, que ganhou apoio de outras agências internacionais. Naquele momento, na própria OMS havia dissensões", conta.

Gastão Wagner, no entanto, acha que o problema já estava no conceito defendido na Conferência. "Em Alma-Ata, a Atenção Primária apareceu solta no espaço, como estratégia para enfrentar a pobreza. Durante a Guerra Fria e durante o neoliberalismo, a OMS ignorou — não mencionava nem criticava — os sistemas nacionais e públicos de saúde", polemiza, completando: "Não me comovo com a carta de Alma-Ata porque ela não defendeu o direito universal à saúde, que depende de políticas públicas, distribuição de renda e de sistemas como o SUS". Na opinião do pesquisador, uma compreensão ampliada de Atenção Primária à Saúde, que se aproxima da do Relatório Dawson, tem sido recuperada nos documentos recentes publicados pela OMS.

## No presente, os problemas

**O fato de a Atenção Primária ser também a porta de entrada do sistema que ela ajuda a reorganizar faz com que, muitas vezes, ela seja vista como um nível de menor complexidade.**

"Confunde-se frequentemente complexidade com densidade tecnológica. Muitos acreditam que, quanto maior o aparato tecnológico aplicado a um determinado nível de atenção, mais complexo ele é. Na realidade, em saúde, essa fórmula não se aplica", explica Ana Luisa, que continua a análise: "Para solucionar cerca de 80% dos problemas de saúde da população — muitos deles determinados pelas condições sociais dos indivíduos — e enfrentar os problemas sociais e ambientais das comunidades assistidas, não se dispõe de sofisticados exames ou aparelhos, mas sim de profissionais altamente qualificados, além da garantia do acesso a medicamentos e exames complementares".

Para Gustavo Matta, a chave da questão é considerar o cuidado — e não a doença — como o ponto central. "Enquanto o sistema estiver preocupado com produtividade — quantas pessoas são atendidas em tanto tempo —, a 'baixa' complexidade vai ter importância menor", diz.

No Brasil, outro ponto recorrente de discussão sobre a Atenção Primária é o fato de, na avaliação de muitos, ela se concentrar na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Isso é um problema? "Para mim, a prática é um critério importante da verdade: se a política oficial funciona em alguma localidade, que ótimo para a população! Para que mais?", responde Gastão Wagner. E exemplifica: "Em Cuba, durante décadas, a 'equipe' de Atenção Primária era composta por um médico generalista e um ou dois técnicos de enfermagem. Na Grã-Bretanha idem, no Canadá também. Observe que essa simplicidade produziu muita saúde". Ele ressalta ainda que o importante é não transformar a discussão de modelos — "que são meios para se alcançar saúde", diz — em uma questão de princípios.

Para Gustavo Matta, o problema é que a descentralização não alcançou a Atenção Básica. "Por isso, ela é ainda muito normatizada — além de financiada — pelo Ministério da Saúde. Isso se dá a partir da ESF, que os municípios adotam como um pacote pronto. Mas não necessariamente a Saúde da Família é o melhor modelo para todos os municípios", opina. ●