SAU 302
ex. 2

ipea
Instituto de Planejamento Econômico e Social
IPLAN
Instituto de Planejamento
CNRH
Centro Nacional de Recursos Humanos

SAÚDE ESCOLAR: A PERENIZAÇÃO DE UM PROGRAMA

Vitor Gomes Pinto

Outubro de 1984.

SAU
302
ex. 2

SAU 30

IPEA INSTITUTO DE PLANEJAMENTO ECONÔMICO E SOCIAL

SAÚDE ESCOLAR: A PERENIZAÇÃO DE UM PROGRAMA

Vitor Gomes Pinto

Outubro de 1984.

SAÚDE ESCOLAR: A PERENIZAÇÃO DE UM PROGRAMA

Documento elaborado por Vitor Gomes Pinto, do Centro Nacional de Recursos Humanos-CNRH/IPEA, para apresentação no V Congresso Brasileiro de Saúde Escolar - Rio de Janeiro - Outubro de 1984.

1. INTRODUÇÃO

A entrada tardia do nível federal no campo da saúde escolar traz uma vez mais à tona duas questões de importância: o atendimento a grupos populacionais de menor prioridade no que respeita à estrutura de mortalidade, e a supressão das causas primárias do não aproveitamento estudantil.

Praticamente todo o trabalho desenvolvido nas últimas décadas, em termos de saúde pública, esteve concentrado no combate a problemas elementares, como as doenças endêmicas e a desnutrição por exemplo, responsáveis pela maior parte dos óbitos ocorridos no país. Pouco tempo e virtualmente nenhum recurso restou, em consequência, para fazer frente a danos aparentemente de menor gravidade como os fatores de morbidade típicos do grupo de crianças entre 6 e 14 anos de idade. Com isto, permitiu-se o agravamento desses problemas exigindo um redobrado esforço da rede prestadora de serviços e gastos maiores do setor saúde em seu todo.

De outro lado, igualmente a área educacional tem estado demasiadamente ocupada com problemas em aparência tão simples como o acesso ao 1º grau e a manutenção de uma qualidade mínima de ensino, resignando-se, em consequência também da limitação de seus recursos financeiros, a assistir no dia-a-dia das escolas públicas a um número sempre crescente de crianças que não conseguem acompanhar o currículo devido a deficiências visuais, auditivas, cáries ou verminoses.

Contudo, tanto a lógica de que ações de custo reduzido e máximo benefício poderiam ser implantadas com relativa facilidade e amplitude, como o exemplo de diversos Estados que conseguiram desenvolver novas e eficazes propostas de trabalho nas escolas , terminaram sensibilizando os níveis de decisão tendo como resultado a criação do Programa de Saúde Escolar que é desenvolvido sob a direção do Ministério da Educação e Cultura/Fundação de Assistência ao Estudante, com recursos do FINSOCIAL.

2. a PRESENÇA DO CNRH/IPEA

O Centro Nacional de Recursos Humanos (CNRH), organismo pertencente à estrutura do IPEA junto à Secretaria de Planejamento da Presidência da República, que atua principalmente nas áreas de educação, saúde, emprego e desenvolvimento social, desde cedo vem enfatizando no trabalho de seus técnicos o apoio às atividades de saúde escolar.

O período inicial de envolvimento - a partir de 1976 quando chegou a produzir estudos de nível acadêmico relacionados ao tema - resultou na elaboração em fevereiro de 1979 do "Programa Nacional de Saúde Escolar" por Sérgio Piola, Solon M. Vianna e Vitor Pinto.

À mesma época, desenvolvia-se no Distrito Federal um sistema modelar de simplificação e redução de custos (o Programa Integrado de Saúde Escolar da Fundação Educacional do DF), igualmente com a participação frequente de técnicos do setor saúde do CNRH, na sua formulação e, até hoje, no apoio ao seu desenvolvimento.

Se é verdade que o "Programa" de 1979 não obteve resultados práticos imediatos, uma vez que não conseguiu atravessar incólume o período de transição governamental e as seguidas mudanças internas no próprio MEC, também o é que após um longo hiato seus conceitos básicos mantinham seu valor transformando-se na plataforma para o Programa de Saúde Escolar afinal nascido em 1983.

Ao elaborar a Exposição de Motivos nº 217, firmada pela Presidência da República em 12.07.83, o CNRH assegurou a inclusão da saúde escolar como uma linha de ação apoiada pelo FINSOCIAL com recursos da ordem de Cr$ 4 bilhões alocados ao MEC para repasse às Secretarias Estaduais de Saúde ou de Educação.

A partir daí tem mantido o CNRH um nível quase permanente de presença junto ao Programa, elaborando em setembro de 1983 o documento básico para subsidiar ao MEC e BNDES com vistas à utilização dos recursos específicos do FINSOCIAL, em dezembro de 1983 nota sobre as prioridades e os critérios de alocação de recursos, e em janeiro de 1984 os módulos de custo em saúde escolar por ocasião das reuniões efetuadas na Secretaria de Primeiro e Segundo Graus (SEPS) do MEC na qual ficaram definidas as estratégias para implementação das ações pelas oito unidades federativas inicialmente beneficiadas.

Com a Fundação de Assistência ao Estudante-FAE, assumindo o Programa no MEC, passou o CNRH a compor a Comissão Especial de Saúde Escolar instituída com um total de doze membros junto à Diretoria de Apoio Complementar.

3. AS DEFINIÇÕES E OS OBSTÁCULOS DO MOMENTO ATUAL

A experiência acumulada nos últimos anos e as contingências de um momento no qual se aproxima um novo período de mudança governamental justificam a discussão aqui, mesmo que sinteticamente, das questões essenciais ligadas ao desenvolvimento de um Programa de Saúde Escolar a nível nacional.

3.1. Problemas de Saúde e Atividades Básicas

"Os problemas oftalmológicos, otológicos e odontológicos, além de doenças infecciosas e parasitárias, entre outras, são passíveis de intervenção a partir da escola, que é, por outro lado, o local privilegiado para a incorporação de medidas preventivas e de educação sanitária" ("Programa de Saúde Escolar"- CNRH - Set.83).

Os documentos já referidos sobre o tema, destacam também a higiene do ambiente escolar, a identificação dos problemas mais comuns, a prestação de atendimento primário na própria Escola e o combate às causas de acidentes (principal causa de óbito no grupo de 5-14 anos).

Deve-se enfatizar um ponto: o programa precisa dar efetiva solução aos problemas mais prevalentes dos escolares, equacionando-os na própria escola até o limite divisório que o separa da rede de serviços de saúde pública já instalada.

É esse conceito restrito de saúde escolar que permite o desenvolvimento de um programa amplo a um custo compatível com as possibilidades do país. Significa, por exemplo, que a consulta

médica já está em geral disponível através das Secretarias de Saúde ou das unidades previdenciárias, e que o atendimento dos problemas comuns da infância tem grande eficácia quando desenvolvido por pessoal de enfermagem.

A introdução do Agente de Saúde, cada um tendo ao seu encargo o controle da saúde de um conjunto de 2 a 3 mil crianças, constitui um extraordinário avanço no sentido real de melhorar os níveis de higidez do alunado de 1º grau. Com atribuições nas áreas educativa, preventiva e de atendimento elementar curativo, valendo-se do apoio do professorado e dos alunos principalmente, o Agente convive com a Escola e acompanha o seu estado de saúde; com nítidas vantagens em relação ao método tradicional (e caro) de contratar médicos de curta permanência que atendem à demanda espontânea de danos em geral simples e monótonos para o seu grau de especialização.

O dispêndio dos escassos recursos do programa com atividades mais complexas fica reservada, portanto, para aquelas áreas essenciais do ponto de vista da saúde escolar e sem serviços disponíveis na rede pública. É o caso das doenças bucais (a cárie dental é a causa maior de sofrimento e de absenteismo escolar) e oculares, destacadamente. Felizmente, o país já possui um modelo de trabalho em odontologia e oftalmologia que permite uma drástica redução dos custos com manutenção de qualidade quando comparado aos sistemas ortodoxos: utilização de tecnologia apropriada de produção nacional e emprego maciço de pessoal técnico e auxiliar sob supervisão profissional para atendimento de pacientes. Ainda persistem obstáculos de ordem corporativista diante de uma mais ativa delegação de funções a pessoal sem formação universitária, que tendem a minimizar-se diante da necessidade de resolução dos problemas da população e da inconteste eficiência do trabalho de nível técnico.

3.2. O aumento da cobertura

Trata-se, agora, de efetivamente equacionar a questão saúde do maior número possível de escolares do 1º grau, nas unida

des públicas de ensino do país. A etapa de implantar modelos tentativos, projetos-piloto e adaptar estruturas, se ainda persiste, seguramente terá que ser rapidamente ultrapassada em alguns campos e estados.

Esse tem sido o gargalo onde se perdem as metas teóricas de ampla cobertura dos programas de saúde escolar brasileiros e latino-americanos. Mesmo modelos bem estruturados crescem até o momento em que tentam massificar-se, sendo então obrigados a recuar e estreitar seu alcance,não só opor deficiências financeiras e políticas: a ciência da cobertura de grandes grupos populacionais frequentemente tem sido tratada de maneira amadorística nesta região.

As dificuldades como as de funcionamento de um sub-setor de saúde dentro de um ambiente no qual as prioridades e os valores são os do setor educação não devem, mesmo no atual estágio,ser desprezadas.

A contratação e treinamento de pessoal assume importância transcendente não só no que respeita à seleção e aporte contínuo de conhecimentos até "construir" um Agente de Saúde capaz e respeitado pela comunidade, como na identificação das fontes de financiamento para novos recursos humanos.

Embora possa parecer um conceito óbvio, é conveniente destacar que para atender o objetivo de aumento de cobertura torna-se necessário contratar pessoal adicional e capacitá-lo. Numa área que até agora tem sido considerada como não prioritária, em princípio inexiste disponibilidade de recursos mesmo para sustentar um programa fortemente simplificado como o que está proposto. De outro lado, a alocação de recursos apenas para estruturas físicas não representa solução adequada se mais tarde não houverem recursos humanos para operá-los.

3.3. As instituições participantes e o financiamento

Os pontos anteriores conduzem diretamente à sempre complexa divisão de responsabilidades institucionais típica do modelo brasileiro vigente na área social.

O programa de saúde escolar tem suas possibilidades de êxito e de generalização apoiadas em cinco suportes: coordenação e direção central pelo Ministério da Educação e Cultura; financiamento e apoio global pela Secretaria de Planejamento da Presidência da República (BNDES/FINSOCIAL e IPEA/CNRH); acesso à rede básica de serviços e apoio técnico ao pessoal das escolas pelo Ministério da Saúde; acesso ao atendimento secundário/terciário médico, financiamento e compatibilização programática pelo Ministério da Previdência e Assistência Social(INAMPS) e, finalmente, a execução e participação no financiamento pelos estados através da Secretaria de Educação ou de Saúde.

Amalgamar esse pentágono não parece tarefa fácil, mas o sucesso dos esforços já desenvolvidos pelo MEC/FAE em sua Comissão Especial de Saúde Escolar e a aceitação do programa como uma linha específica de ação a nível da CIPLAN (Comissão Interinstitucional de Planejamento que reune MS/MPAS/MEC), permite uma visão certamente otimista desta questão. Na prática, os recursos federais e estaduais para o programa deverão ser consolidados dentro do programa operativo de saúde anual de cada estado, na "CIS" (que congrega as organizações de saúde nos estados).

O INAMPS já definira, pouco antes, o escolar de 1º grau como prioridade primeira para a área odontológica, exatamente o campo que maiores recursos exige do programa de saúde escolar. Na medida em que os dispêndios previdenciários possam realmente ser redirecionados para a atenção à saúde escolar da faixa de 6 a 14 anos, a sua integração com a linha operada através do MEC com recursos do FINSOCIAL torna-se fácil (os princípios e diretrizes são idênticos) ao mesmo tempo em que melhor se viabiliza o apoio financeiro à contratação de pessoal pelos estados. O acréscimo da

área médica básica nos convênios INAMPS/Estados para o escolar não apresenta dificuldades de monta tendo em vista o muito limitado acréscimo de gastos que representa para a estrutura previdenciária.

É importante notar que apesar da multiplicidade das fontes de apoio e de financiamento, o programa a nível de planejamento e execução é uno, com variações apenas em função de particularidades e do quadro epidemiológico local. Embora cada entidade participante tenha uma vocação definida principalmente pelo tradição de trabalho em saúde - o MPAS no atendimento curativo, o MS na área básica, o MEC no setor educativo - tanto na elaboração central do programa como no interior da escola as atividades de prevenção, educação e cura se fundem em um só bloco. Um dos princípios basilares em que se sustenta o programa é o de que o atendimento das necessidades elementares de cura de cada pessoa é essencial para que uma adequada linha de educação em saúde e de prevenção direta possa ser satisfatoriamente implementada.

4. A PERENIZAÇÃO DO PROGRAMA

As Secretarias de Educação das unidades federativas são, de fato, as que maior experiência tem no setor tendo em vista que a maior parte delas já vem implementando, com maior ou menor alcance, projetos de assistência aos estudantes de 1º grau, algumas inclusive com os conteúdos inovadores que caracterizam o Programa de Saúde Escolar desenvolvido pela FAE. A utilização dos projetos estaduais melhor estruturados como apoio técnico de âmbito regional, ao invés de criar fortes estruturas de supervisão e acompanhamento de nível central, parece uma alternativa profícua a ser apoiada de ora em diante.

No momento, o apoio operativo cabe à Fundação Educacional do Distrito Federal, tendo em vista que o melhor exemplo de atendimento ao escolar na linha aceita pelo Programa é o PISE que desde 1977 já coloca em prática esses conceitos.

Torna-se necessário, agora, acrescentar a presença das Prefeituras Municipais no Programa, não pelo aporte financeiro que possam trazer, mas sim pelas características eminentemente locais do trabalho em saúde e porque grande parte do alunado de 1º grau no Brasil está matriculado em escolas municipais. A revogação de óbices formais, que hoje dificultam o relacionamento governo federal/governo estadual/municípios, neste caso deve ser acelerada para permitir o repasse direto de recursos às cidades desde que os seus projetos estejam compatibilizados com os planos estaduais.

O apoio à produção nacional de equipamento e materiais simplificados, que tem possibilitado a forte redução de custos de implantação, e à linha de utilização de pessoal técnico e auxiliar, deverá ser intensificado nos próximos anos.

Como os recursos disponíveis são ainda claramente insuficientes (Cr$ 10 bilhões pela FAE mais os recursos orçamentários de INAMPS e Secretarias estaduais, não quantificados, para 1985), dependerá em boa parte do sucesso prático do programa a obtenção de verbas mais avultadas.

Esse sucesso prático, que significa o efetivo atendimento da população escolar e a resolução de seus problemas básicos, constitui em última instância a garantia maior de que o Programa de Saúde Escolar, hoje ainda frágil e que deverá atravessar sem perda de substância um período de mudança governamental, ganhe perenidade e se fortaleça, incorporando-se em definitivo à estrutura brasileira de serviços de saúde.