

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Marcilene dos Santos Costa

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO AMAPÁ E ESCOLA TÉCNICA DO SUS:  
percursos e percalços na formação técnica dos trabalhadores em saúde

Rio de Janeiro

2019

Marcilene dos Santos Costa

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO AMAPÁ E ESCOLA TÉCNICA DO SUS:  
percursos e percalços na formação técnica dos trabalhadores em saúde

Dissertação apresentada à Escola Politécnica  
em Saúde Joaquim Venâncio como requisito  
parcial para obtenção do título de Mestre em  
Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Anakeila de Barros Stauffer

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

C837s Costa, Marcilene dos Santos  
Secretaria de Saúde do Estado do Amapá e a  
Escola Técnica do SUS: percursos e percalços na  
formação técnica dos trabalhadores em saúde /  
Marcilene dos Santos Costa. - Rio de Janeiro,  
2019.  
103 f.

Orientadora: Anakeila de Barros Stauffer

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação  
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de  
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,  
Rio de Janeiro, 2019.

1. Formação Profissionalizante. 2. Políticas  
Públicas de Saúde. 3. Sistema Único de Saúde.  
4. Qualificação Profissional em Saúde.  
I. Stauffer, Anakeila de Barros. II. Título.

CDD 370.113

Marcilene dos Santos Costa

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO AMAPÁ E ESCOLA TÉCNICA DO SUS:  
percursos e percalços na formação técnica dos trabalhadores em saúde

Dissertação apresentada à Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 31/01/2019

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Anakeila de Barros Stauffer (FIOCRUZ / EPSJV)

---

Profa. Dra. Marcela Pronko (FIOCRUZ / EPSJV)

---

Profa. Dra. Maria Teresa Cavalcanti (UERJ / Faculdade de Educação da Baixada Fluminense)

*Dedico este trabalho em memória de minha  
querida irmã ELEN COSTA que, mesmo em  
seu leito de morte, me incentivou a estudar e a  
não desistir desse antigo sonho. Mana, na sua  
fraqueza encontrei a força para acreditar que  
tudo é possível!*

## AGRADECIMENTOS

À Deus por me permitir concluir mais essa jornada.

Ao núcleo familiar: pai, irmãos e irmãs pela confiança e incentivo.

Ao meu esposo **GERSSY ANDRES** que sempre me apoiou e acreditou no meu potencial.

À **AMANDA ANDRES**, filha amada que, mesmo sabendo que precisaria suportar o desconforto de minha ausência me incentivou a ir em busca de meu sonho.

Aos professores da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, pelo carinho, respeito e profissionalismo.

À professora, **ANAKEILA DE BARROS STAUFFER**, orientadora e amiga, que não desistiu em guiar-me ao prazeroso caminho da descoberta e do conhecimento.

*Hoje vivemos num mundo dominado por aquilo que a ideologia dominante chama de “progresso tecnológico”, resultado da exploração física e psíquica de milhões de homens, da domesticação de seus corpos e suas mentes. O “progresso” sequestra a identidade pessoal e a cultura de todos os que não pertencem à classe dominante.*

*(MOACIR GADOTTI, 2004)*

## RESUMO

O presente trabalho tem o objetivo de investigar a formação e a qualificação dos trabalhadores técnicos da saúde do estado do Amapá, a fim de compreender as responsabilidades e contribuições da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e da Escola Técnica do Sistema Único de Saúde (ETSUS/AP) na formação dos trabalhadores inseridos no SUS. Realizou-se uma pesquisa, bibliográfica e documental, durante os anos de 2017 e 2018. Para a pesquisa documental, tivemos como fontes relatórios da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), do Conselho Estadual de Saúde do estado do Amapá (CES/AP), disponibilizados em sítios eletrônicos, assim como livros Atas, portarias, decretos, leis orgânicas e documentos institucionais da própria escola. Tais materiais nos permitiram uma primeira exploração e um tratamento analítico que buscou responder ao objetivo deste trabalho (Oliveira, 2007, apud Sá-Silva et al, 2009). Introduzimos o trabalho apresentando o espaço em que nos localizamos: o estado do Amapá, seu sistema de saúde, o Centro de Educação Profissional Graziela Reis de Souza (CEPGRS) e sua instituição como uma Escola Técnica do SUS (ETSUS). No primeiro capítulo realizamos um estudo bibliográfico sobre o papel do Estado na consolidação de políticas públicas de Saúde, tendo por base teórica autores como Karl Marx (2008; in: Pogrebinski, 2009), Gramsci (in: Coutinho, 2011), Poulantzas (1980), Mendonça (2012) e Engels (in: Lênin, 1978). Em seguida, realizamos um estudo exploratório e investigativo sobre as Políticas Nacionais de Saúde, a Formação Técnica dos Trabalhadores do SUS e a Educação Permanente em Saúde no Brasil e no estado do Amapá, tendo como suporte teórico autores como Lima (2013,2015), Rizzotto (2015), Pereira (2002), Vieira (2011), Ramos (2012), Rodrigues (2008), Saviani (2003), Ceccim (2008), entre outros. No terceiro capítulo, abordamos as especificidades do estado do Amapá e o funcionamento do sistema de saúde—sua estrutura administrativa e a Política de Educação Permanente desenvolvida para os trabalhadores técnicos de nível médio. O quarto capítulo apresenta as contribuições do Centro de Educação Profissional Graziela Reis de Souza, antes e depois de se tornar ETSUS/AP, sua relevância para a formação e a qualificação técnica dos trabalhadores do SUS. A pesquisa nos possibilitou constatar que o sistema de saúde do estado do Amapá precisa ser potencializado em diferentes aspectos, pois, mesmo havendo um planejamento institucionalizado através do Plano Estadual de Saúde (PES) e a Programação Anual de Saúde (PAS), as ações e metas respectivas à formação e à qualificação profissional quando executadas, nunca atingem a integralidade. Além disso, há a falta de interesse político, planejamento e articulação entre as distintas instituições – Secretaria de Estado da Saúde - (SESA); Ministério da Saúde (MS); Secretaria Estadual de Educação - (SEED) e equipe gestora da Escola Técnica do SUS - (ETSUS); o que afeta o desempenho da escola e, conseqüentemente, a formação dos trabalhadores do SUS.

**Palavras chave:** Estado; Políticas Públicas de Saúde; Sistema Único de Saúde; Formação e Qualificação Técnica em Saúde.



## ABSTRACT

The objective of this study is to investigate the training and qualification of technical health workers in the state of Amapá in order to understand the responsibilities and contributions of the State Health Secretariat (SESA) and the Technical School of the Unified Health System (ETSUS / AP) in the training of workers within the SUS. A documentary and bibliographical research was carried out during the years 2017 and 2018. For documentary research, we had as sources reports from the State Health Secretariat (SESA), State Health Council of Amapá State (CES / AP), made available in electronic websites, as well as books Minutes, ordinances, decrees, organic laws and institutional documents of the school itself. These materials allowed us a first exploration and an analytical treatment that sought to respond to the objective of this work (Oliveira, 2007, apud Sá-Silva et al, 2009). We introduce the work presenting the space in which we are located: the state of Amapá, its health system, the Professional Education Center Graziela Reis de Souza (CEPGRS) and its institution as a Technical School of SUS (ETSUS). In the first chapter we carried out a bibliographical study on the role of the State in the consolidation of public health policies, based on theoretical authors such as Karl Marx (2008: in: Pogrebinski, 2009), Gramsci (in: Coutinho, 2011), Poulantzas), Mendonça (2012) and Engels (in: Lenin, 1978). We then carried out an exploratory and investigative study on the National Health Policies, the Technical Training of the SUS Workers and the Permanent Health Education in Brazil and in the state (2008), Rizzotto (2015), Pereira (2002), Vieira (2011), Ramos (2012), Rodrigues (2008), Saviani (2003) and Ceccim (2008) , among others. In the third chapter, we discuss the specificities of the Amapá state and the functioning of the health system - its administrative structure and the Permanent Education Policy developed for middle-level technical workers. The fourth chapter presents the contributions of the Professional Education Center Graziela Reis de Souza, before and after becoming ETSUS / AP, its relevance for the training and technical qualification of SUS workers. The research allowed us to verify that health system of the state of Amapá needs to be strengthened in different aspects, since even though there is an institutionalized planning through the State Health Plan (PES) and the Annual Health Plan (PAS), actions and goals for training and professional qualification when executed, never reach the whole. In addition, there is the lack of political interest, planning and articulation among the different institutions - SESA; Ministry of Health (MS), State Department of Education and school management team - which affects the performance of ETSUS and, consequently, the training of SUS workers.

Key words: State; Public Health Policies; Health Unic System; Training and Technical Qualification in Health.

## LISTA DE ABREVIACÕES

**ACS** - AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

**APA** - ÁREA DE PROTEÇÃO AMBIENTAL

**CAPS** - CAIXA DE APOSENTADORIAS E PENSÃO

**CEE** - CONSELHO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO

**CENDRHU** - CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

**CEPAJOB** - CENTRO DE ENSINO PROFISSIONALIZANTE DO AMAPÁ PROF.<sup>a</sup>  
JOSINETE OLIVEIRA BARROSO

**CEPGRS** - CENTRO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL GRAZIELA REIS DE SOUZA

**CFICS** - CURSO DE FORMAÇÃO INICIAL E CONTINUADA

**CGR**- COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL

**CIES** - COMISSÃO DE INTEGRAÇÃO ENSINO

**CIMGRS** - CENTRO INTERESCOLAR DE MACAPÁ GRAZIELA REIS DE SOUZA

**CLT**- CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO

**CNS** - CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

**CNS** - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

**CONASS** - CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS DE SAÚDE

**CONASEMS** - CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

**DEGES** - DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

**EPS** - EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

**EPSJV** - ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO

**ESF** - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

**ESP** - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA

**ETSUS** - ESCOLA TÉCNICA DO SUS

**FIOCRUZ** - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

**GETES** - GERÊNCIA DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

**HCA** - HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

**HCAL** - HOSPITAL DE CLÍNICAS DR. ALBERTO LIMA

**HE** - HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DR. OSWALDO CRUZ

**HEMOAP** - INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO AMAPÁ

**HMML** - HOSPITAL DA MULHER MÃE LUZIA

**IBGE** - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

**IMAP** - INSTITUTO DO MEIO AMBIENTE E ORDENAMENTO TERRITORIAL DO AMAPÁ

**IAPS** - INSTITUTO DE APOSENTADORIAS E PENSÃO

**INAMPS** - INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

**INPS** - INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

**LACEN** - LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA DO AMAPÁ

**LDBEN** - LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO NACIONAL

**LDO** - LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

**LOA** - LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL

**LOPS** - LEI ORGÂNICA DA PREVIDENCIA SOCIAL

**MS** - MINISTÉRIO DA SAÚDE

**MTIC** - MINISTÉRIO DO TRABALHO, INDÚSTRIA E COMÉRCIO

**PAREPS** - PLANO DE AÇÃO REGIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

**PAS** - PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

**PDR** - PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO

**PEP** - PLANO ESTRATÉGICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL

**PEPS** - POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

**PES** - PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

**PNEPS** - PLANEJAMENTO NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

**PNEPS** - POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

**PNS** - POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

**PPA** - PLANO PLURI ANUAL

**PPREPS** - PROGRAMA DE PREPARAÇÃO ESTRATÉGICA DE PESSOAL EM SAÚDE

**PROEP** - PROGRAMA DE EXPANSÃO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL

**PROFAE** - PROJETO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DOS TRABALHADORES NA ÁREA DA ENFERMAGEM

**PROFAPS** - PROGRAMA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO PARA A SAÚDE

**PRONATEC** - PROGRAMA NACIONAL DE ACESSO AO ENSINO TÉCNICO E EMPREGO

**MEC** - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

**NOAT** - NÚCLEO DE OUVIDORIA E APOIO TÉCNICO

**PSF** - PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

**RAG** - RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO

**RETSUS** - REDE DE ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS

**RFEPCT** - REDE FEDERAL DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA

**PCCS** - PLANO DE CARREIRA, CARGO E SALÁRIO

**RHS** - RECURSOS HUMANOS DE SAÚDE

**SEED** - SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO

**SEMAM** - SECRETARIA DO MEIO AMBIENTE

**SEMSA** - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**SESA** - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**SGETS** - SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

**SUS** - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

**TCT** - TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA

**TCU** - TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

**TFD** - TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO

**UEAP** - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO AMAPÁ

## LISTA DE TABELA

TABELA 01- Estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde.....	18
TABELA 02 - Histórico das Conferências Nacionais de Saúde.....	37
TABELA 03 - Distribuição de estabelecimentos de saúde que atendem a Atenção Básica.....	60
TABELA 04 - População atendida pelos Programas Saúde da Família e Saúde Bucal.....	62
TABELA 05 - Quadro funcional da Secretaria de Saúde do Estado do Amapá.....	68
TABELA 06 - Profissionais da Secretaria de Saúde do estado do Amapá contratados com formação técnica.....	70
TABELA 07- Profissionais da Secretaria de Saúde do estado do Amapá contratados com nível superior.....	70
TABELA 08 - Profissionais da Secretaria de Saúde do estado do Amapá contratados como auxiliar.....	71
TABELA 09 - Profissionais da Secretaria de Saúde do estado do Amapá que exercem funções administrativas e operacionais.....	71
TABELA 10 - Quantitativo de alunos matriculados por curso técnico antes da escola tornar-se ETSUS.....	78
TABELA 11- Quantitativo de alunos matriculados por curso técnico após tornar-se ETSUS.....	80
TABELA 12 - Demandas do Ministério da Saúde para a formação técnica para o ano de 2011.....	81
TABELA 13 – Ações formativas demandadas pelo Ministério da Saúde para o ano de 2011.....	83

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01 - Mapa Geográfico do Estado do Amapá.....	15
GRÁFICO 02 - Estrutura administrativa do Sistema de Saúde do estado do Amapá	53
GRÁFICO 03 - Capacidade instalada da Rede SUS por município – Ano de referência -2015.....	54
GRÁFICO 04 - Regiões de Saúde do estado do Amapá.....	56
GRÁFICO 05 – Força de trabalho do SUS.....	69
GRÁFICO 06 – Oferta de vagas para os Agentes Comunitários de Saúde.....	82

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO O ESPAÇO QUE HABITAMOS: O ESTADO, O SISTEMA DE SAÚDE E A ESCOLA TÉCNICA DO SUS .....</b>	<b>14</b>
1.1 UM BREVE HISTÓRICO: COMO O CENTRO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL Prof. <sup>a</sup> GRAZIELA REIS DE SOUZA (CEPGRS) SE TORNA A ESCOLA TÉCNICA DO SUS (ET-SUS/AP) .....	20
<b>2 POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE E A FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES TÉCNICOS DO SUS .....</b>	<b>26</b>
2.1 DELINEANDO A CONCEPÇÃO DE ESTADO E POLÍTICAS PÚBLICAS: CAMINHO PARA ENTENDER A SAÚDE COMO UM DIREITO.....	26
2.2 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL .....	33
<b>3 FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE NO ESTADO DO AMAPÁ E A FORMAÇÃO TÉCNICA DOS TRABALHADORES.....</b>	<b>51</b>
3.1 ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE NO ESTADO DO AMAPÁ .....	52
3.2 A FORMAÇÃO TÉCNICA DOS TRABALHADORES EM SAÚDE .....	67
<b>4 A ESCOLA TÉCNICA DO SUS/AP E AS CONTRIBUIÇÕES NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO ESTADO DO AMAPÁ .</b>	<b>77</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>88</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>100</b>

## **1 APRESENTAÇÃO - O ESPAÇO EM QUE HABITAMOS: O ESTADO, O SISTEMA DE SAÚDE E A ESCOLA TÉCNICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO AMAPÁ.**

Falar de Saúde é também reconhecer o espaço geográfico<sup>1</sup> ao qual habitamos, com suas potencialidades, seus desafios, suas formas de se constituir. Assim, ao iniciarmos o presente trabalho, começamos a olhar o chão – o estado do Amapá com suas características geográficas, políticas e culturais; as legislações que garantem os direitos da população; a estrutura da Secretaria Estadual de Saúde; até delinear a história da Escola Técnica de Saúde do estado do Amapá (ETSUS/AP).

Todo o delineamento sobre nosso “território” possibilita indicar o ponto de partida da presente pesquisa que se realizou com o objetivo de investigar a formação e a qualificação dos trabalhadores técnicos da saúde do estado do Amapá, a fim de compreender as responsabilidades e contribuições da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e da Escola Técnica do Sistema Único de Saúde (ETSUS/AP) na formação dos trabalhadores inseridos no processo de trabalho do SUS.

Ao buscarmos compreender o estado do Amapá, este se localiza na região norte do país e ocupa uma área de 142.815,08 km<sup>2</sup>, fazendo fronteira com o estado do Pará, e com o Suriname e a Guiana Francesa. É uma das unidades federativas mais recentes do Brasil, visto que se tornou estado em 1988, quando saiu da condição de Território Federal do Amapá. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016), a população do estado do Amapá está estimada em 782.000 (setecentos e oitenta e dois mil) habitantes.

O referido estado é composto por 16 municípios: Macapá (capital), Amapá, Calçoene, Ferreira Gomes, Laranjal do Jari, Mazagão, Oiapoque, Santana, Tartarugalzinho, Amapari, Pracuúba, Cutias, Itaubal, Porto Grande, Vitória do Jari. A divisão geográfica está configurada de acordo com o que segue:

---

<sup>1</sup>Utilizamos aqui o entendimento de espaço geográfico utilizado por Monken e Barcellos (2007) em que este “é abordado de acordo com diversos pontos de vista, em que ora está associado a uma porção específica da Terra, identificada pela natureza e/ou pelas marcas que a sociedade ali imprime, como também na referência à simples localização, situado indiscriminadamente em diferentes escalas, como: global, continental, regional, estadual, da cidade, do bairro, da rua, e até de uma casa apenas” (p. 178). É compreendido tanto pelas características naturais, como pelo resultado das ações humanas sobre a natureza.



GRÁFICO 01: Mapa Geográfico do Estado do Amapá



FONTE: <https://www.google.com/search?q=mapa+do+estado+do+amapá>

Banhado pelo Rio Amazonas, o estado do Amapá apresenta uma excepcional diversidade de ecossistemas representados por florestas de terra firme, várzeas, cerrados, igapós e manguezais. Possui 24,2% de sua área protegida por lei, sendo 08 (oito) regiões identificadas como unidades de conservação ambiental, num total de 15,6% do território; e 05 (cinco) reservas indígenas – as áreas Waiapi, Galibi, Uaçá e Juminá e o Parque Indígena do Tumucumaque, que abrangem 8,6% de seu território (IBGE, 2016).

Faz parte da geografia do estado o Arquipélago do Bailique, que é formado por 08 ilhas preservadas que abrigam inúmeras espécies de aves migratórias, fauna e flora, concentrando grande diversidade de espécies animais e vegetais.

Na zona costeira do estado do Amapá acontece o fenômeno da pororoca, que é ocasionado pelo encontro das águas fluviais e oceânicas formando ondas gigantescas, que atraem surfistas de vários lugares do Brasil e do mundo.

A capital do estado, Macapá, é cortada pela linha do Equador, onde se observa o equinócio, fenômeno natural que acontece no momento em que o sol tem sua trajetória alinhada à Linha do Equador.

Dentre os pontos turísticos mais visitados, por estarem localizados na zona urbana de Macapá, destacam-se: o Monumento Marco Zero do Equador, o Trapiche Eliezer Levy, Museu Sacaca do Desenvolvimento Sustentável, o Mercado de Produtos da Floresta e a

Fortaleza São José de Macapá, construída no século XVIII, com o objetivo de defender a Amazônia de uma possível invasão francesa.

Há cerca de oito quilômetros de Macapá, está localizada a APA do Curiaú<sup>2</sup>, região quilombola que é preservada desde o início da colonização da cidade de Macapá.

Pela diversidade apresentada, o estado do Amapá possui especificidades comuns a toda a região amazônica, principalmente no que se refere às condições climáticas, visto que o clima se divide em intensas chuvas e forte sol, o que são indicadores para os problemas de saúde sazonais, típicos da região.

No período de chuva, a população enfrenta problemas como a gripe, pneumonia, bronquite, sarampo, rubéola, vômito, diarreia, dentre outras doenças. Apesar da previsibilidade destas doenças, o estado do Amapá dispõe de condições estruturais mínimas para atender à demanda, seja na capital ou em regiões longínquas, que não possuem postos de saúde ou unidades hospitalares que possibilitem tratamento, sendo necessário o deslocamento do paciente para a capital do estado. Como exemplo dessa realidade, podemos citar o município de Oiapoque que fica a 588,7 km da capital, percorridos em grande parte em estrada sem pavimentação e péssimas condições de trafegabilidade.

No geral, os estados da região amazônica possuem problemas específicos que suscitam um olhar diferenciado, visto que na Região Norte do país está concentrado um grande contingente de pessoas abaixo da linha de pobreza que depende de políticas públicas tais como a educação, a saúde, a segurança pública, o saneamento básico, dentre outros – sendo estas compreendidas como direitos e não como mercadorias.

Foi a partir da necessidade de efetivação de políticas públicas que nos governos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006 e 2007-2011), através da atuação do Ministério da Saúde (MS) se começou a construir uma política específica para a Amazônia, visando à redução das desigualdades sociais no Brasil. Das ações implantadas, pode-se citar:

No campo gerencial, a implantação do Observatório de Saúde da Amazônia que possibilitou aos gestores utilizarem-se das informações sistematizadas como meios dinâmicos de melhorar a qualidade dos serviços. No campo da Ciência & Tecnologia, o lançamento de editais de pesquisa para a região e a tentativa de construção de um acordo Multilateral de Cooperação Técnico-Científica em Saúde de instituições da Região Amazônica. No âmbito da assistência, mudanças relativas ao financiamento do PSF que discriminaram positivamente os municípios da Amazônia Legal. Quanto às iniciativas no âmbito da Ciência & Tecnologia duas

---

<sup>2</sup>A Área de Proteção Ambiental (APA) do Rio Curiaú tem como objetivo a proteção e a conservação dos recursos naturais e ambientais da região.

importantes ações foram efetivadas: o lançamento de editais de pesquisa específicos para a região e o acordo Multilateral de Cooperação Técnico-Científica em Saúde, firmado entre várias instituições regionais de pesquisa em saúde, com o apoio do Ministério da Saúde. (VIANA et al, 2007, p. 122)

É importante ressaltar que a implantação de uma política regional de saúde requer esforços conjugados entre os entes federados, através de seus representantes legais. Mas não se trata somente de vontade política ou de articulação entre os governos da região, pois existem indicadores determinantes que influenciam negativamente a efetivação de projetos integradores e regionalizados, tais como as limitações orçamentárias. Nesse sentido, as políticas públicas requerem uma atuação de Estado e não de governos pontuais, sendo necessária a interlocução entre todos os entes federados, e a superação da lógica econômica neoliberal para a efetiva garantia de qualidade de vida para toda a população.

Temos legislações que se encaminham nessa direção, tais como a Constituição Brasileira (1988) que assegura o direito à saúde, definindo-se os papéis dos estados, distrito federal e municípios para a manutenção e a garantia da oferta dos serviços, que são fundamentados a partir de políticas públicas que possam contribuir para a recuperação, a prevenção e a cura de doenças e seus agravos.

A Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS), nº. 8080/90, foi criada com o propósito de assegurar aos cidadãos brasileiros os direitos constitucionais adquiridos depois de décadas de lutas. A referida lei disciplina o funcionamento do Sistema Único de Saúde e define as competências e atribuições dos estados e municípios:

Art.15 - A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições: I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde; II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde; III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais; IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde; V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde; VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador; VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente; VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde; IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde.

Todavia, existe um fosso entre a letra da lei e a efetividade dos direitos assegurados, visto que, as dificuldades para acessar aos serviços oferecidos pelo SUS são inúmeras e persistem devido às sucessivas tentativas de desmonte do sistema de saúde.

A lei nº. 8142/90, de 28 de setembro de 1990, dispõe sobre a transferência de recursos financeiros na área da saúde nas esferas federal, estadual e municipal. Entretanto, “apesar da garantia assegurada, observa-se ‘um jogo de empurra’ quanto à oferta e à manutenção dos serviços” (Pereira, 2002, p. 48).

No que se refere à organização e à gerência dos serviços em saúde, as Secretarias de Estado da Saúde têm papel fundamental, tanto no atendimento às demandas dos serviços no tocante à assistência médico hospitalar como na prevenção de enfermidades.

Para cumprir seu papel social, essas secretarias necessitam de uma estrutura que possibilite ao trabalhador em saúde desenvolver suas atividades em ambientes favoráveis, oferecendo um serviço humanizado àqueles que recorrem ao SUS.

Esse breve percorrido pelas leis, nos ajuda a delinear o papel da Secretaria de Estado da Saúde do Amapá (SESA), instituição que integra a administração pública do governo do estado do Amapá, responsável pelo funcionamento, gerenciamento, monitoramento e desenvolvimento das ações, produtos e serviços de saúde, desenvolvidos em toda a esfera estadual. As atribuições sob sua responsabilidade são inúmeras, compreendendo o suporte técnico, jurídico, financeiro e operacional aos 16 municípios do estado do Amapá.

A referida secretaria é a mantenedora e responsável pelo planejamento, desenvolvimento e aprimoramento de políticas públicas de saúde, visando à promoção, à prevenção e à recuperação da saúde do cidadão e da coletividade, obedecendo aos princípios do SUS que estão fundamentados na assistência integral, universal e equânime para a população amapaense. (<https://saude.portal.ap.gov.br/conteudo/institucional/missao-valores-e-visao-de-futuro>).

A SESA compreende a seguinte estrutura:

TABELA 01- Estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde

ORDEM	ESTRUTURA	NÚCLEO
1		Gabinete do Secretário
2		Assessoria de Desenvolvimento Institucional
3		Comissão Permanente de Licitação
4	Coordenadoria de Modernização da Gestão do Estado	Núcleo de Inovação da Gestão; Núcleo de Processos Organizacionais; Núcleo de Gestão de Desenvolvimento de Pessoas; Gerência do Trabalho e da Educação em Saúde.
5	Núcleo de Análises Socioeconômicas e Fiscais	Núcleo de Estatísticas, Núcleo de Informação e Divulgação.

6	Coordenadoria de Planejamento	Núcleo de Apoio aos Municípios; Núcleo de Formação e Acompanhamento dos Programas e Projetos Sociais. Núcleo de Formação e Acompanhamento dos Programas e Projetos Econômicos. Núcleo de Formação e Acompanhamento dos Programas e Projetos de Infraestrutura Núcleo de Formação e Avaliação de Políticas Públicas e Programas de Governo.
7	Coordenadoria de Monitoramento da Regularidade Fiscal do Governo	Núcleo de Monitoramento da Regularidade do Governo Núcleo de Monitoramento de Convênios com os Municípios e Ongs. Núcleo de Monitoramento de Convênios e Contratos de Repasses com a União. Núcleo das Áreas de Infraestrutura Núcleo da Área de Gestão.
8	Núcleo Administrativo e Financeiro	
9	Centro de Gestão da Tecnologia e Informação do Estado.	
10	Coordenadoria de Gestão Orçamentária	Núcleo da Área Social. Núcleo da Área Econômica Núcleo de Área de Infraestrutura Núcleo da Área de Gestão

Fonte: <https://saude.portal.ap.gov.br/>

O quadro apresentado agrupa diferentes gerências, subgerências e núcleos intersetoriais que são responsáveis pelo funcionamento do sistema de saúde do estado do Amapá. Dentro da organização da SESA, especificamente sob a gerência da Coordenadoria de Modernização da Gestão do Estado, se encontra a Escola de Saúde Pública que abriga em sua estrutura a Escola Técnica do Sistema Único de Saúde do estado do Amapá (ETSUS/AP).

Do ponto de vista legal, a ETSUS/AP desenvolve suas atividades em conformidade com as Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, nº 9.394/96, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional e com os Pareceres nº 39/04<sup>3</sup>(CNE/CEB) e as Resoluções nº,64/13<sup>4</sup>(CEE/AP), nº 01/05<sup>5</sup>(CNE/CEB) e com o Decreto Federal nº 5.154/04<sup>6</sup>.

No cadastro do Ministério da Saúde, a ETSUS/AP está registrada como Centro de Educação Profissional Graziela Reis de Souza (CEPGRS), porém, neste instrumento de pesquisa, nos reportaremos a esta instituição somente como ETSUS/AP para evitar possíveis equívocos na compreensão de sua história.

Torna-se necessário esclarecer que antes de se tornar uma Escola Técnica do SUS, esta instituição funcionava como uma escola da educação básica que tinha por função formar técnicos em diferentes áreas para atender à demanda do mercado. Somente após a assinatura

<sup>3</sup> Aplicação do Decreto nº 5.154/2004 na Educação Profissional Técnica de nível médio e no Ensino Médio.

<sup>4</sup> Fixa normas para a Educação profissional de nível médio para o sistema de ensino do estado do Amapá.

<sup>5</sup> Atualiza as Diretrizes Curriculares Nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação para o Ensino Médio e para a Educação Profissional Técnica de nível médio às disposições do Decreto nº 5.154/2004.

<sup>6</sup> Define as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio.

do Decreto Governamental de nº 1708/2006, o Centro de Educação Profissional Graziela Reis de Souza (CEPGRS) passa a ser também a ETSUS/AP, integrante da Rede de Escola Técnica do SUS (RET-SUS), ampliando sua função para formar, qualificar e requalificar a força de trabalho do SUS.

Para compreender as contribuições que esta instituição tem prestado à sociedade amapaense, seja como escola da educação básica ou como ETSUS, apresentaremos a trajetória histórica desde sua constituição até o presente momento.

### 1.1 UM BREVE HISTÓRICO: COMO O CENTRO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL GRAZIELA REIS DE SOUZA (CEPGRS) SE TORNA A ESCOLA TÉCNICA DO SUS DO ESTADO DO AMAPÁ (ETSUS/AP).

Antes de mais nada, é relevante registrar que muito da história e da memória do atual Centro de Educação Profissional Graziela Reis de Souza (CEPGRS) se perdeu devido a sucessivas mudanças físicas. Assim, fizemos um esforço de registro dessa história, pois como dizia Eduardo Galeano, “O mundo está feito de histórias. São as histórias que contamos, escutamos, multiplicamos, que permitem converter o passado em presente e o distante em próximo, o que está longe em algo próximo, possível e visível”<sup>7</sup>. O que se deseja é que a história de escolas públicas e, sobretudo, aquelas destinadas à formação dos trabalhadores técnicos do SUS não se apaguem e que suas experiências possam servir não só para melhorar o serviço público, como também ser um testemunho de resistência.

A escola surge como Centro Interescolar de Macapá Graziela Reis de Souza, instituído através do Decreto Governamental nº. 04, de 07 de março de 1979, que fora assinado pelo então governador Arthur Azevedo Henning. O objetivo era atender alunos do antigo ensino de 2º grau profissionalizante, à luz da lei nº. 5.692/71 que instituía o ensino profissionalizante no Brasil, qualificando mão de obra para o mercado de trabalho.

Pela relevante contribuição da Prof.<sup>a</sup> Graziela Reis de Souza na educação amapaense, o então Secretário de Educação e Cultura, Alfredo Augusto Carvalho de Oliveira, publica a Portaria nº.276/80 (SEEC) que, em seu art. 1º, determina que a partir do dia 27 de junho de 1980, o Centro Interescolar de Macapá passaria a ser nomeado como Centro Interescolar Graziela Reis de Souza.

---

<sup>7</sup> Acesso realizado em 19/01/2019, às 23:37, em <https://www.esquerda.net>.

Naquele período, o Centro Interescolar Graziela Reis de Souza fazia a intercomplementaridade com o colégio Amapaense. Na prática, o colégio Amapaense oferecia a parte do currículo denominada Núcleo Comum e o Centro oferecia a complementação com a formação profissionalizante.

O Decreto nº 014, de 14 de outubro de 1987, publicado no Diário Oficial de nº 5016/87, revoga o Decreto nº 004, de 07 de março de 1979, e o Centro Interescolar de Macapá Graziela Reis de Souza passa a se chamar Escola Graziela Reis de Souza. A regulamentação dessa mudança se deu através do Parecer nº41/90 do Conselho Estadual de Educação (CEE/AP), em 04 de dezembro de 1990.

A mudança foi necessária considerando:

A necessidade de reestruturação no Ensino de 2º Grau do Território imprimindo-lhe definição e identidade; O interesse da SEEC em garantir maior acesso da população a esse grau de ensino, assim como sua permanência, assegurando-lhe níveis crescentes de qualidade; o não cumprimento dos reais objetivos de intercomplementaridade entre o Centro Interescolar Graziela Reis de Souza – CIGRS e as escolas de 2º Grau; O que se delineia no documento de redefinição de Ensino de 2º Grau, onde são estabelecidas as novas estruturas de funcionamento para os cursos de 2º Grau; o que estabelece a Lei nº 5692/71 e as alterações produzidas pela Lei nº 7.044 em relação à preparação para o trabalho. (Governo do Estado do Amapá - Decreto nº 014 de 14 de outubro de 1987).

As atividades da Escola Graziela Reis de Souza iniciaram-se com a oferta dos Cursos Técnicos que anteriormente funcionavam no Colégio Amapaense, a saber: Eletrotécnica (Resolução nº. 23/78 - CETA<sup>8</sup>), Enfermagem (Parecer nº 16/75 - CETA), Agropecuária (Parecer nº 51/78 e Resolução nº 24/78 - CETA), Construção Civil (Parecer nº 21 /82- CETA) e a implantação dos cursos de Patologia Clínica, Nutrição e Dietética e Saneamento (Parecer nº 44/87 - CETA), todos disponibilizados somente aos alunos remanescentes do Colégio Amapaense.

A transferência dos cursos do Colégio Amapaense para a Escola Graziela Reis de Souza foi formalizada através do Parecer nº 60/88 (CETA) que visava manter a mesma estrutura curricular, atividades práticas de laboratórios, pesquisas e estágios nas repartições públicas e empresas.

O objetivo principal da escola naquele período era suprir as necessidades do mercado de trabalho com profissionais em condições de exercer a profissão.

---

<sup>8</sup> Conselho de Educação do Território do Amapá.

A Resolução nº 012/97, de 04 de março de 1997, do CEE<sup>9</sup>/AP, reconhece os cursos de Eletrotécnica, Enfermagem, Agropecuária, Construção Civil, Patologia Clínica, Nutrição e Dietética e Saneamento - ministrados pela Escola Estadual Graziela Reis de Souza.

Em 2000, através da parceria entre Secretaria Estadual de Educação e Cultura (SEEC) e do Ministério da Educação (MEC), foi celebrado o Convênio nº 032/PROEP<sup>10</sup>/CEPGRS com o objetivo de desenvolver o Plano Estratégico da Educação Profissional (PEP) que tinha como finalidade implantar uma Rede de Escolas Técnicas Estaduais que, fundamentada pelo Programa de Expansão da Educação Profissional (PROEP), ofertaria cursos técnicos profissionalizantes em parte da rede de ensino do estado do Amapá.

Através dos referidos programas, a Escola Graziela Reis de Souza recebeu maquinários específicos para os laboratórios através do convênio nº 032/PROEP, uma parceria firmada entre a Secretaria Estadual de Educação e Cultura (SEEC) e o Ministério da Educação (MEC).

A Portaria nº 238, de 25 de abril do ano 2000, autorizou a implantação e o funcionamento do Ensino Médio nas escolas da rede pública dos municípios de Macapá, Santana, Mazagão, Porto Grande e Calçoene, dentre as quais está a Escola Estadual Professora Graziela Reis de Souza.

Em julho de 2001, a escola entrou em reforma que durou cerca de cinco anos e as aulas passaram a ser ministradas na Escola Estadual Guanabara durante o 3º turno (funcionamento entre 18:30 às 22:30). Os setores administrativos passaram a funcionar em um prédio da Secretaria de Estado da Saúde até a conclusão do ano letivo. Posteriormente, a escola foi transferida para o Centro de Educação Profissional do Amapá Prof<sup>a</sup>. Josinete Oliveira Barroso (CEPAJOB), porém somente para atendimento burocrático com a expedição de documentos como declarações e certificados e outros.

No ano de 2006, com a conclusão da reforma, a escola retornou as atividades, já com o reconhecimento de ser uma Escola Técnica do SUS, instituída pelo Decreto nº. 1708/06, publicado no Diário Oficial do Estado sob o nº 3779, de 06 de junho de 2006. O referido documento normatiza a gestão, as funções e a oferta dos cursos técnicos a serem oferecidos pela ETSUS/AP.

---

<sup>9</sup> Conselho Estadual de Educação.

<sup>10</sup>O PROEP visava à implantação da reforma da Educação Profissional, especialmente no que diz respeito às inovações introduzidas pela LDB, Decreto 2.208 e Portaria 646, abrangendo tanto a melhoria de aspectos técnico-pedagógicos como a expansão da rede de Educação Profissional mediante parcerias com os Estados e com instituições do segmento comunitário. (Fonte:<http://www.educabrasil.com.br/programa-de-expansao-da-educacao-profissional-proep>).



De acordo com o Art. 3º, do Decreto nº1708/06, a finalidade da ETSUS é a oferta da Educação Profissional nas áreas de Saúde e Meio Ambiente, voltada para os seguintes objetivos:

I - formar jovens que busquem profissionalização nas áreas da saúde e/ou Meio Ambiente; II - habilitar, qualificar e/ou requalificar profissionais na área da saúde ou do meio ambiente que estejam ou não inseridos no mercado de trabalho; III - oferecer a formação continuada e permanente aos trabalhadores que necessitam de promoção profissional, os inseridos no Sistema Único de Saúde - SUS, bem como a comunidade. (Governo do Estado do Amapá – Decreto nº 1708/2006).

As atividades da ETSUS se iniciaram em 1º de março de 2009, com três turmas do curso técnico de nível médio subsequentes nas áreas de Análises Clínicas, Saúde Bucal e Meio Ambiente. Observa-se que após três anos da assinatura do Decreto nº 1708/06 é que as atividades da ETSUS iniciam, porém para o público geral, ou seja, não direcionado especificamente para os trabalhadores do SUS.

O decreto em destaque institui a gestão compartilhada entre as Secretarias de Saúde e de Educação (SESA e SEED, respectivamente), mas, para essa nova atribuição, não houve a interlocução entre as duas secretarias envolvidas. Essa parceria tinha como objetivo qualificar e/ou requalificar os trabalhadores do SUS, uma necessidade real brasileira e amplamente discutida na 8ª Conferência Nacional de Saúde e de Recursos Humanos, realizada em 1986, quando foi apresentada “uma proposta de Formação dos Trabalhadores Técnicos em Saúde, nos termos do que se denominou Projeto de Formação em Larga Escala” (RAMOS, 2012, p. 39).

A falta de interlocução entre as duas secretarias envolvidas gerou inúmeras incertezas no tocante à oferta e à manutenção dos cursos, comprometendo, sobretudo, a efetivação de Políticas de Educação Permanente no estado, principalmente no tocante à formação e à qualificação dos trabalhadores técnicos de nível médio do SUS.

Apesar de não haver um Termo de Cooperação Técnica que regulamentasse as atribuições das referidas secretarias, as atividades foram sendo desenvolvidas e as responsabilidades foram definidas de acordo com o público atendido.

No que se refere à formação de novos profissionais, destinados à comunidade em geral, a responsável sempre seria a SEED – que cobriria os custos operacionais como pagamento de professores, manutenção dos laboratórios, compra de insumos e pagamento de seguro obrigatório.

As demandas para a oferta de cursos técnicos aos servidores da SESA deveriam ser apresentadas através de um planejamento integrado pela Gerência do Trabalho e da Educação em Saúde (GETES/SESA), setor responsável para a interlocução com a gestão da ETSUS. A partir da identificação das necessidades de formação profissional dos servidores que desenvolviam suas atividades em diferentes instituições de saúde, a SESA apresentaria as metas físicas e financeiras que dariam condições estruturais para a escola ofertar os cursos requeridos por aquela secretaria.

É relevante ressaltar que a ETSUS/AP é a única instituição pública do estado do Amapá destinada à formação profissional técnica na área da saúde. No entanto, por falta de interlocução e planejamento integrado entre as secretarias de estado, a falta de recursos financeiros para custear as despesas com as atividades formativas e a falta de autonomia da gestão escolar para deliberar, planejar e executar as atividades educacionais, as ações desenvolvidas pela escola tanto para os trabalhadores do SUS quanto para o público em geral, quando são desenvolvidas, enfrentam muitas barreiras e dificuldades.

No final do ano de 2017, a SESA cria a Escola de Saúde Pública (ESP), através da Lei nº 2.212, de 14 de julho de 2017, e desocupa o prédio (pertencente à SEED) onde funcionava a ETSUS. A partir de então, a ETSUS é integrada à estrutura da Escola de Saúde Pública. Diante dessa nova realidade, a parceria entre SESA e SEED, no tocante à oferta dos cursos técnicos para trabalhadores inseridos no SUS é encerrada.

Atualmente, a ETSUS está passando por processo de regulamentação junto aos órgãos fiscalizadores como o Conselho Estadual de Educação (CEE) e o Conselho Estadual de Saúde (CES).

Como dissemos anteriormente, o mapeamento de nosso território – o estado do Amapá, a SESA, a história da ETSUS/AP – se torna o chão onde pisamos e a partir do qual podemos compreender as responsabilidades e contribuições para a efetivação da formação dos trabalhadores do SUS, a fim de que essa favoreça a efetivação da saúde como um direito de toda a população.

Após essa longa, mas necessária apresentação, gostaríamos de traçar nosso percurso. Para o desenvolvimento desse trabalho, realizamos uma pesquisa bibliográfica em que foi possível dialogar com distintos autores como: Lima (2013, 2015), Rizzotto (2015), Pereira (2002), Vieira (2011), Ramos (2012), Rodrigues (2008), Saviani (2003), Ceccim (2008), entre outros, que nos trouxeram contribuições e diálogos relevantes. No que se refere à pesquisa documental, realizada durante os anos de 2017 e 2018, tivemos como fontes, documentos fornecidos pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA), pelo Conselho Estadual de Saúde do

estado do Amapá (CES/AP), e disponibilizados em sítios eletrônicos do governo e da Secretaria de Saúde do Estado do Amapá, assim como artigos de jornais escritos, portarias, decretos, leis orgânicas, documentos institucionais da própria escola e outros que contribuíram para alcançar os objetivos pretendidos. Tais materiais nos permitiram uma primeira exploração e um tratamento analítico que buscou responder ao objetivo deste trabalho. (Oliveira, 2007, apud Sá-Silva et al, 2009).

Na estruturação do presente trabalho, iniciamos com o estudo bibliográfico sobre o papel do Estado na consolidação de políticas públicas de Saúde, tendo por base teórica autores como Karl Marx (2008; in: Pogrebinski, 2009), Gramsci (in: Coutinho, 2011), Poulantzas (1980), Mendonça (2012) e Engels (in: Lênin, 1978). Em seguida, realizamos um estudo exploratório e investigativo sobre as Políticas Nacionais de Saúde, a Formação Técnica dos Trabalhadores do SUS e a Educação Permanente em Saúde no Brasil e no estado do Amapá. No terceiro capítulo, abordamos as especificidades do estado do Amapá e o funcionamento do sistema de saúde – sua estrutura administrativa e a Política de Educação Permanente desenvolvida especificamente em favor dos trabalhadores técnicos de nível médio. O quarto capítulo apresenta as contribuições do Centro de Educação Profissional Graziela Reis de Souza, antes e depois de se tornar ETSUS/AP, sua relevância para a formação e a qualificação técnica dos trabalhadores do SUS. Por fim, se apresenta as considerações finais em que se sintetiza o resultado da pesquisa.

## **2 POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE E A FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES TÉCNICOS DO SUS.**

No presente capítulo, buscaremos abordar as Políticas Nacionais de Saúde no tocante à formação e à qualificação dos trabalhadores técnicos em saúde para compreender o papel do Estado em sua efetivação. Num primeiro momento, buscamos conceituar a concepção de Estado que fundamenta essa pesquisa, a fim de delinear como a Saúde se converte numa política pública. Em seguida, realiza-se um breve histórico sobre a Saúde no Brasil e as políticas públicas voltadas para a formação e a qualificação dos trabalhadores técnicos em saúde. Em relação a tais políticas, enfocamos alguns projetos primordiais para a formação de trabalhadores técnicos de nível médio em saúde: o Projeto Larga Escala (década de 1980), o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE, década de 1990) e o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS, década de 2000). Os referidos projetos tiveram significativa relevância para a criação e a manutenção do processo formativo realizado pelas Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS). Por fim, discorreremos sobre a Educação Permanente em Saúde, visto ser esta um instrumento de potencial articulação entre ensino, gestão e participação coletiva, visando contribuir para a formação, a qualificação e a requalificação do aluno trabalhador.

### **2.1 DELINEANDO A CONCEPÇÃO DE ESTADO E POLÍTICAS PÚBLICAS: CAMINHO PARA ENTENDER A SAÚDE COMO UM DIREITO.**

Embasados em Karl Marx (2008; in: Pogrebinski, 2009), Gramsci (in: Coutinho, 2011), Poulantzas (1980), Mendonça (2012) e Engels (in: Lênin, 1978) buscaremos compreender a concepção de Estado, seu papel nas sociedades capitalistas e na luta de classes, a fim de delinear sua função na efetivação de políticas públicas, sobretudo aquelas de cunho social.

Mendonça (2012) afirma que existem muitas formas de conceituar o Estado. A primeira, de cunho liberal, originou-se entre os séculos XVII e XVIII, tendo como propulsores teóricos Hobbes, Locke e Rousseau. A matriz liberal considerava que a sociedade era composta por um conglomerado de pessoas que por suas condutas egoístas e guiados por seus instintos, travavam batalhas entre si de modo a satisfazer suas necessidades ou desejos

individuais – o que contribuiria para o fim da espécie humana. Para a sobrevivência e a continuidade da espécie, era necessário estabelecer regras de convivência que se dariam através de um “acordo social” garantindo assim os “direitos naturais tidos como fundamentais: a vida e a propriedade”. (MENDONÇA, 2012, p.350).

Nesse processo, a liberdade e demais atributos individuais estariam sob a governabilidade de uma pessoa – o governante – que se posicionaria acima de todos, tendo por função manter a pacificação e conter as barbáries cometidas no estado natural. Assim, sobre o poder do Estado e a égide da lei, as pessoas tornar-se-iam cidadãos civilizados.

O Estado, nesse contexto, assumia duas posições distintas: atuava baseado no princípio da neutralidade, não se subordinando a interesses individuais. Desta forma, poderia fazer uso da violência física como alternativa para pacificar possíveis movimentos que ameaçassem o acordo firmado entre o governante e seus governados (MENDONÇA, 2012).

A partir dessa lógica, o conceito de governo e Estado se converte num só. Todavia, alguns problemas se mostram proeminentes nessa matriz quanto à concepção de Estado, conforme podemos ler em Mendonça (2012) a seguir:

Em primeiro lugar, vê-se que a noção de “sociedade (ou estado) civil” por ela veiculada subentende a ideia de que a sociabilidade humana somente ocorre no âmbito do político, tornando-se Estado e governo “naturalmente” sinônimos. Em segundo lugar, observa-se a cristalização de um conceito de Estado como sujeito, uma entidade ativa que, dotada de iniciativa própria, “paira” sobre os indivíduos e a sociedade, sem vínculos com os distintos grupos sociais que a integram. Daí as afirmativas ainda presentes em nosso dia a dia, tais como “o Estado fez” ou “o Estado decidiu” etc. (p. 350-351).

Como pontuado anteriormente, na matriz liberal, o Estado representa um organismo administrativo social com a atribuição de regular a vida social e impor regras de convivência através de leis. Tal concepção se expande a partir do final do século XIX, ocasionando o surgimento de várias tendências dentro do próprio escopo liberal. A exemplo da ressignificação dessa matriz liberal, ressaltam-se dois teóricos italianos: Gaetano Mosca e Vilfredo Pareto, que no final do século XIX, apresentam a teoria das elites, a qual defendia a ideia de que em toda sociedade civil existe um grupo minoritário que, por ser detentor de qualidades especiais, dentre as quais possuir recursos, detém o poder sobre a maioria (MENDONÇA, 2012).

A ruptura com a matriz liberal se deu, quando Marx e Engels, no início do século XIX, questionaram os fundamentos históricos, políticos e econômicos que alicerçaram durante séculos tal concepção. A primeira contraposição da matriz marxista em relação à concepção

liberal se refere à negação da existência de individualidade soberana em qualquer contexto e apresenta “uma visão histórica e classista da sociedade e dos homens (que sempre pertencem a uma classe social)”. (MENDONÇA, 2012, p.352). Assim, opunham-se à concepção de que deveria haver a transferência do poder do cidadão para um governante, sob a égide de um contrato ou acordo social.

Marx desenvolveu seu processo de investigação buscando entender como a sociedade vivia e se organizava ao longo da história. Para ele, a resposta estava na materialidade humana, ou seja, na força produtiva, nos instrumentos e nas organizações sociais, que determinam a maneira de viver em sociedade. Seus estudos analisaram a compra e venda da força de trabalho, considerando a vida em sociedade e o modo de produção sustentado pela dominação e pela exploração da classe dominada pela classe dominante.

De acordo com a matriz marxista, os homens vivem em uma sociedade em que o papel de cada indivíduo é desempenhado de acordo com o processo de produção e de trabalho. Nessa dinâmica, portanto, uns são donos dos meios de produção e outros não. Aqueles desprovidos de bens, ou seja, que não possuem os meios de produção realizam funções distintas na cadeia produtiva. “Assim, a origem do Estado reside na emergência da propriedade privada, quando um dado grupo social apropriou-se daquilo que a todos pertencia, subordinando os demais e transformando-os em força de trabalho” (MENDONÇA, 2012, p.351).

Assim, Marx põe em xeque a concepção de Estado liberal e afirma que o surgimento deste se dá pelo imperativo dos donos da produção criar leis e demais dispositivos para manter os desprovidos de propriedade em posição subordinada, a fim de se apropriarem de sua força de trabalho.

Para Engels (1877, apud Lênin, 1978), o surgimento do Estado se deu exatamente no momento em que uma dada sociedade se dividiu em classes em decorrência do desenvolvimento econômico. A partir de então, o Estado tornou-se algo necessário. Nesse processo, é a sociedade que institui o Estado e não o contrário.

[...] Para que essas classes antagônicas, com interesses econômicos contrários, não se destruam e não destruam a sociedade numa luta estéril, sentiu-se a necessidade de uma força que se colocasse aparentemente acima da sociedade, com o fim de atenuar o conflito nos limites da “ordem”. Essa força, que sai da sociedade, ficando, porém, por cima dela e dela se afastando cada vez mais, é o Estado. (LÊNIN, 1978, p.16-17).

Segundo Lênin (1978), a análise de Engels permite compreender que o Estado nasce em decorrência da divisão de classes e este desapareceria no momento em que essas classes

deixassem de existir, pois o que instituiu o Estado foram às relações que estavam na base: as relações de trabalho intrínsecas na sociedade civil. Assim, se a sociedade conseguisse organizar a base de produção de forma igualitária não haveria a necessidade da existência do Estado. “Sempre que pensamos um dos resultados finais da futura revolução proletária será a gradual dissolução e final desaparecimento dessa organização política, chamada Estado” (POGREBINSCHI, 2009, p.58).

Para Engels (1884),

O Estado não é, de forma alguma, uma força imposta, do exterior, à sociedade. Não é tampouco, “a realidade da Ideia moral”, a imagem e a realidade da Razão como pretende Hegel. É um produto da sociedade numa certa fase do seu desenvolvimento. É a confissão de que essa sociedade se embarçou numa insolúvel contradição interna, se dividiu em antagonismos inconciliáveis de que não pode desvencilhar-se. (LÊNIN, 1978, p.16-17).

Para Marx e Engels (2008), o Estado existe para garantir que se mantenha a dominação da classe dominante sobre a classe dominada. Nesse processo, ele atua de forma opressiva para que essa dominação se mantenha. Essa dominação, segundo esses teóricos se dá através da relação que se estabelece entre a sociedade e o modo de produção material.

Marx e Engels (1871) afirmavam que o Estado só pode servir à classe dominante, ou seja, seria uma ilusão achar que alguém pode mudar a conotação do funcionamento do Estado ou desfazer as relações que dão base para sua constituição. Se as relações de dominação se mantêm, o Estado se mantém como tal, a despeito de quem esteja na administração deste. “Mas a classe operária não pode apossar-se simplesmente da máquina do Estado já pronta e fazê-la funcionar para seus próprios objetivos”. (MARX, 1871). O que o autor salienta é que a superação do capitalismo só se dará através da socialização dos meios de produção e das riquezas produzidas, eliminando a propriedade privada. O papel do Estado, nesse processo, seria garantir a estrutura necessária para a livre organização do povo (MARX, 2008).

Os estudos de Marx nos possibilitam compreender como se organiza a dinâmica econômica da sociedade capitalista e de que forma essa superestrutura mantém a sociedade subordinada aos ditames do capital.

Com o passar dos anos, a matriz marxista desdobrou-se em várias correntes, surgindo a “vulgata” marxista, que respaldou uma visão do Estado como “objeto” de uma classe, legitimado quer pela violência, quer pelo “engodo” ideológico (MENDONÇA, 2012, p.352).

Decorridos mais de dois séculos dos estudos realizados por Marx, a forma de organização da sociedade está consolidada entre patrões e empregados, os que mandam e os

que obedecem, entre a burguesia e o proletariado, entre os ricos e os pobres, o empregador e o empregado. As lutas de classes são abafadas na mesma velocidade com a qual surgem, confirmando a assertiva de que o modo de produção capitalista escraviza, oprime e acentua a desigualdade social.

Antônio Gramsci (1891-1937), ativista, jornalista e intelectual italiano, na esteira dos estudos marxistas, concentrou suas reflexões no sentido de definir o “caráter do Estado ocidental capitalista contemporâneo, e da complexidade de suas determinações, e no combate às abordagens “economicistas” sobre o tema” (MENDONÇA, 2012, p. 352).

Gramsci desenvolveu o conceito de Estado como sendo um,

Organismo próprio de um grupo, destinado a criar condições favoráveis à expansão máxima desse grupo, mas esse desenvolvimento e esta expansão são concebidos e apresentados como força motriz de uma expansão universal, de um desenvolvimento de todas as energias “nacionais”, isto é, o grupo dominante é coordenado concretamente com os interesses gerais dos grupos subordinados e a vida estatal é concebida como uma contínua formação e superação de equilíbrios instáveis (no âmbito da lei) entre os interesses do grupo fundamental e os interesses dos grupos subordinados, equilíbrios em que os interesses do grupo dominante prevalecem, mas até um determinado ponto, ou seja, não até o estreito interesse econômico-corporativo. (COUTINHO, 2011, p. 253).

O conceito de Estado desenvolvido por Gramsci é considerado por seus estudiosos como um conceito ampliado, na medida em que ele busca entender as relações que se estabelecem de forma indissociável entre as sociedades civil e sociedade política. Segundo ele, a sociedade civil representa o conjunto dos agentes sociais composto por diferentes frações da sociedade que visam determinados objetivos, enquanto que a sociedade política é composta pelos instrumentos físicos e operacionais da estrutura pública. Ele ressalta que por “Estado deve-se entender, além dos aparelhos de governo, também os aparelhos privados de hegemonia ou sociedade civil” (COUTINHO, 2011, p. 269).

Mendonça (2012) analisa que para Gramsci, o poder estatal representa a dominação da classe dominante sobre a dominada, muito embora não se dê somente a partir da coerção e do uso da força. Assim, o Estado também precisa lançar mão da hegemonia – ou seja, do predomínio de valores e normas da classe dominante que prevalece sobre a classe dominada através da superestrutura do Estado, ensejando a dominação das classes e suas divisões.

Segundo Coutinho (2011), ao analisar a relação de forças que se dá entre as classes e frações de classes, Gramsci enfatiza que existem diversos graus, dos quais destaca:

1 Uma relação de forças sociais estritamente ligadas à estrutura, objetiva, independente da vontade dos homens [...] com base no grau de desenvolvimento das



forças materiais de produção, tem-se os agrupamentos sociais, cada um dos quais representa uma função e ocupa uma posição determinada na própria produção. 2- [...] a relação das forças políticas, ou seja, a avaliação do grau de homogeneidade, de autoconsciência e de organização alcançado pelos vários grupos sociais. Este momento, por sua vez, pode ser analisado e diferenciado em vários graus, que correspondem aos diversos momentos da consciência política coletiva, tal como se manifestaram na história até agora. 3- O terceiro momento é o da relação das forças militares, imediatamente decisivo em cada oportunidade concreta. (COUTINHO, 2011, p. 252-254).

O conceito de Estado para Gramsci se assemelha ao pensamento de Marx, visto que esses teóricos conceituam o Estado como sendo uma organização econômico-política que está a serviço da classe burguesa e, para tanto, se utiliza da ideologia intrínseca na estrutura e na superestrutura para garantir a perpetuação e o poder absoluto da classe dominante que vai além das fronteiras de uma determinada nação ou país.

Uma ideologia, nascida em um país mais desenvolvido, difunde-se em países menos desenvolvidos, incidindo no jogo local das combinações [...]. Esta relação de forças internacionais e forças nacionais tornam-se ainda mais complexas por causa da existência, no interior de cada Estado, de várias seções territoriais com estruturas diferentes e diferentes relações de forças em todos os graus [...]. (COUTINHO, 2011, p.254).

Para Gramsci, existe uma estrutura econômica em uma dada sociedade que permite a homens e mulheres reproduzirem suas formas de existência. Acima dessa estrutura estaria a superestrutura, que representa o Estado (COUTINHO, 2011).

Todo o Estado é ético na medida em que uma de suas funções mais importantes é elevar a grande massa da população a um determinado nível cultural e moral, nível (ou tipo) que corresponde às necessidades de desenvolvimento das forças produtivas e, portanto, aos interesses da classe dominante. A escola como função educativa positiva e os tribunais como função educativa repressiva e negativa são as atividades estatais mais importantes neste sentido: mas na realidade, para este fim tende a multiplicidade de outras iniciativas e atividades chamadas privadas, que formam o aparelho da hegemonia política e cultural das classes dominantes. (COUTINHO, 2011, p. 270)

Os estudos de Gramsci evidenciam que o Estado usa seus aparelhos opressivos com o intuito de controlar a vida em sociedade para manter e perpetuar o *status quo* da classe dominante, todavia, não consegue devido as organizações e lutas de classes.

Poulantzas foi outro teórico marxista que contribuiu para a conceituação do Estado, analisando que, na sociedade capitalista, o Estado atua em favor dos interesses das classes dominantes, não de forma mecanizada, mas através da relação de forças, que o institui como a “expressão condensada da luta de classes em desenvolvimento” (POULANTZAS, 1980, p.132). Nesse sentido, o Estado capitalista apresenta um papel importantíssimo na

organização das classes dominantes, visto que precisa atender a diferentes interesses da burguesia – que também apresenta suas frações.

O papel de organizar e unificar a burguesia só se torna possível mediante a autonomia que o Estado mantém sobre uma fração do bloco do poder. Se as relações de dominação se mantêm, o Estado se mantém como tal, a despeito de quem esteja na administração deste.

Na sociedade capitalista, o Estado gostaria de ser o controlador dos movimentos sociais, das greves, das manifestações populares com o intuito de garantir a ordem que a classe burguesa instituiu. No entanto, o Estado jamais pode ser entendido apenas como um papel civilizador. O Estado não está acima dos conflitos, ele está imbricado nas relações e lutas de classes. Se uma determinada classe trabalhadora está organizada, ela consegue impor avanços e derrotas para o capital.

Certamente a luta de classe detém o primado sobre os aparelhos de Estado: mas não se trata de uma burguesia já instituída como classe politicamente dominante fora, ou antes, de um Estado que ela criaria para a conveniência própria, e que funcionaria apenas como apêndice dessa simples dominação. (POULANTZAS, 1980, p.128)

Toda política social concentra em si própria a dimensão da dominação e a dimensão da conquista – e isso varia de acordo com a organização que as classes conseguem impor em determinadas conjunturas. Se a classe trabalhadora está organizada, ela consegue impor avanços e derrotas para o capital. A perda dos direitos sociais acontece quando a correlação de forças se encontra desfavorável para a classe trabalhadora, estando desorganizada e não conseguindo apresentar uma resistência que garanta a interrupção da perda de direitos.

É nessa resistência e na instituição de uma correlação de forças a favor da classe trabalhadora que se pode forçar o Estado a se tornar responsável pela efetivação de políticas públicas que visem atender às necessidades da população. Entretanto, direitos como a educação, a saúde, a segurança, o lazer, dentre outros, não são garantidos de forma mecânica sem conflitos de interesses, pois são frutos das lutas sociais que ao longo do percurso foram construídos e reconstruídos de acordo com o contexto histórico.

No Brasil, os recentes acontecimentos no campo político acentuam a perda de direitos constitucionais, “ocasionados pela mundialização do capital” (MOLINA, 2012, p. 589).

Uma das consequências desse processo de mundialização do capital que se intensifica a partir da revolução técnico-científica e da ampliação do desenvolvimento do que se tem considerado como “forças produtivas cibernéticas-informacionais” é o descarte de centenas de milhares de trabalhadores, produzindo um contingente crescente de trabalhadores supérfluos. (ibid, p. 589).

Segundo Carvalho (2008, apud Molina, 2012), a perda dos direitos conquistados há décadas através das lutas sociais é uma realidade em vários países do mundo, entretanto, na sociedade brasileira, essa desconstrução dos direitos aconteceu de forma peculiar: num embate entre o “Estado ajustador”, típico do processo de reconfiguração da lógica de acumulação do capital, e de processos de mudanças sociais rumo à democratização da sociedade. A autora compreende que a interrelação entre esses dois processos – “democratização e ajustes à nova ordem capitalista” – têm contribuído para a redução progressiva dos direitos constitucionais, pelo fato do Estado regulador se isentar de suas responsabilidades sociais. Para reverter ou diminuir a erosão dos direitos historicamente construídos, a sociedade deve se contrapor a esse processo através dos movimentos sociais que foram e são determinantes na conquista e manutenção dos direitos sociais.

Uma das maiores riquezas da experiência histórica da construção de políticas públicas refere-se exatamente à presença dos sujeitos coletivos de direitos. São eles e suas práticas os responsáveis pelas transformações por que tem passado a dimensão indissociável desse conceito. (MOLINA, 2010, apud MOLINA, 2012, p. 591-592).

É a partir da orientação marxista sobre Estado e sobre as políticas públicas como tensão na luta de classes que nos concentraremos no tópico a seguir sobre a Saúde. Para tanto, faremos um percurso histórico sobre a instituição da Saúde no Brasil, a fim de demonstrar que foi através das lutas travadas entre as classes dominantes e trabalhadoras que, no interior do Estado, foi possível instituir o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma realidade.

## 2.2 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL

Ao percorrermos a história de nosso país, verificaremos que o direito à saúde como um dever do Estado só foi conquistado há trinta anos. Anterior à instituição do SUS, a população recorria a práticas de cuidado e de tratamento que variaram em nossa história de acordo com a especificidade de cada período.

No período da colonização, a população recorria aos curandeiros e aos boticários, que detinham conhecimentos quanto à manipulação das ervas medicinais, às rezas, entre outros. O acesso aos tratamentos de saúde era deficitário visto que, na maioria dos casos, o acolhimento dos doentes se dava através das santas casas de misericórdia<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> As Santas Casas de Misericórdia brasileiras foram instituídas conforme o modelo hospitalar de Portugal e foram dirigidas no Brasil pelos jesuítas no período colonial. Destinavam-se ao tratamento e sustento a enfermos e inválidos, além de dar assistência a “expostos” – recém-nascidos abandonados na instituição.

Com a chegada da família real portuguesa no Brasil, em 1808, a falta de estrutura médico-hospitalar levou Dom Pedro I a tomar algumas medidas que pudessem sanar ou amenizar os problemas relacionados ao atendimento à saúde, posto que a cidade precisava ser higienizada para receber a família real. Dentre as medidas, cita-se a criação de órgãos fiscalizadores que tinham como meta inspecionar a higiene da cidade. Os efeitos esperados não foram alcançados, visto que foram implantadas medidas paliativas para problemas que mereciam atenção permanente e que foram se agravando no decorrer das décadas seguintes. Doenças como a varíola, a malária, a febre amarela e, posteriormente, a peste acometiam a população do Rio de Janeiro, gerando sérias consequências, principalmente para a saúde coletiva.

Durante os reinados de D. Pedro I e D. Pedro II, os problemas de saúde pública se mantinham, pois as medidas implantadas não conseguiam solucionar os problemas existentes.

Somente no governo republicano, sob o comando do então presidente Rodrigues Alves (1848 a 1919), que foram percebidos alguns avanços no setor. O sanitarista Oswaldo Cruz foi nomeado como diretor do Departamento Federal de Saúde Pública (1903 a 1909) com a incumbência de erradicar a epidemia de febre amarela que assolava a cidade do Rio de Janeiro. Diante de tal desafio, Oswaldo Cruz coordenou diversas ações de combate às doenças, porém as medidas tomadas foram julgadas pela população como arbitrárias, visto que uma delas instituiu a obrigatoriedade da vacinação antivaríola<sup>12</sup>.

Apesar de algumas reformas urbanas e sanitárias serem implantadas no período de 1900 a 1920, não foram suficientes para melhorar o quadro dos problemas sanitários e o agravamento das epidemias presentes no território nacional.

Em decorrência das péssimas condições que eram expostos os trabalhadores e a falta de garantia de direitos trabalhistas, o movimento operário organizou e liderou duas greves gerais no país, uma em 1917 e outra em 1919. A partir desses movimentos é que os trabalhadores começaram a conquistar alguns direitos sociais. Os trabalhadores desse período em sua maioria eram imigrantes europeus que chegaram ao Brasil no pós-guerra e que tinham experiência em organização da classe trabalhadora.

Em 1920, Carlos Chagas, reestrutura o Departamento Nacional de Saúde, outrora gerenciado por Oswaldo Cruz, e introduz a educação sanitária como rotina, dando uma conotação diferente ao modelo anterior, baseadas em ações campanhistas.

---

<sup>12</sup>Esse fato ocasionou o movimento popular conhecido como a “revolta da vacina”.

Após dois grandes movimentos de greve e sucessivas reivindicações dos trabalhadores foi aprovado, em 1923, a Lei Elói Chagas, que instituía as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS), que foram criadas para garantir a cobertura no tratamento das doenças aos trabalhadores. Além da aposentadoria e pensões, os fundos previam serviços funerários e médicos. Nesse sistema, as contribuições eram recolhidas pelas próprias empresas que depositavam o recurso diretamente na conta bancária das CAPS.

As CAPS eram instituídas pela capacidade de mobilização e organização de categorias de trabalhadores. A primeira CAPS que surgiu foi a dos rodoviários, visto que na época este setor representava a expansão da economia do país.

Em 1930, é criado o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), com o papel precípua de superintender a questão social e amparar o trabalhador nacional, ou, nas palavras de Lindolfo Collor, primeiro ministro da pasta, para “substituir o antigo conceito de luta de classes pelo conceito novo, orgânico, construtor, humano e justo, de cooperação entre as classes”. (LIMA et al. apud DORNELLES, 2013, p.87).

No Brasil, a Políticas Nacional de Saúde (PNS) começam a ser delineadas na década de 1930, de caráter restritivo tanto em nível de cobertura, quanto à oferta dos serviços de saúde de investimento público (RIZZOTO, 2015, p. 256).

Tal política, centrada na assistência médica previdenciária e em serviços verticalmente organizados por patologias, favorecia muito mais o trabalhador urbano assalariado, pois atendia pontualmente à população residente na área rural, apesar de, na época, essa representar a grande maioria, cerca de 70% da população, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE,2000). (RIZZOTO, 2015, p. 255).

O modelo privatista dos serviços sociais, entre eles a saúde, perdurou durante a ditadura militar e através da previdência social só eram atendidos os trabalhadores formais.

O reflexo da política de Estado mínimo desencadeou no aumento da demanda em serviços de saúde, principalmente na assistência médico hospitalar que refletiu diretamente no aumento do dispêndio público que decorriam: 1- da própria demanda aumentada com a urbanização e a favelização dos centros urbanos, em face da expulsão de grandes contingentes populacionais das áreas rurais pela mecanização do campo; 2- da crescente incorporação tecnológica nos procedimentos médico-hospitalares; e 3- em desvios de recursos do sistema previdenciário já no final da década de 1970. (RIZZOTTO, 2015, p.256).

O quadro de agravamento das doenças exigia que o governo encontrasse soluções para os problemas apresentados, mas a política de saúde do governo militar priorizava a cura da doença e não era voltada à prática da prevenção da saúde.

O modelo de saúde curativa se expandiu a partir da década de 1940, através do sistema de saúde suplementar, evidenciando a política governamental voltada à privatização dos serviços sociais.

Através da pressão popular, o então presidente Getúlio Vargas ampliou o atendimento à saúde para outras categorias profissionais. Nesse processo, as CAPS tornaram-se os Institutos de Aposentadorias e Pensão (IAPS) que tiveram, até a década de 1950, papel fundamental no desenvolvimento econômico desse período.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde que se ocupava principalmente das políticas de atendimento nas zonas rurais enquanto que nas cidades o acesso à saúde ainda era privilégio dos trabalhadores com carteira assinada, portanto, de contribuintes.

Em 1963, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde, com os temas: 1. Situação sanitária da população brasileira; 2. Distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; 3. Municipalização dos serviços de saúde. 4. Fixação de um plano nacional de saúde que visava a “construção de um plano e a criação de uma rede nacional de saúde, ficando sob a responsabilidade de três esferas de governo que agiriam para garantir a oferta, regulação, e o financiamento dos serviços de saúde” (RIZZOTTO, 2015, p. 256).

Diante do contexto de opressão ocasionada pela ditadura militar, não houve efetivação das propostas apresentadas.

Em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que teve por objetivo unificar os órgãos previdenciários vigentes à época que funcionavam desde 1930.

Em 1970, foi promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que estabeleceu a unificação do regime geral da previdência, destinada a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da CLT, incluindo os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e os trabalhadores públicos e de autarquias, que tivessem regime próprio de previdência.

Com o aumento do número de contribuintes e beneficiários, tornou-se impossível atender a todos os trabalhadores através do sistema médico previdenciário. Esse sistema foi se tornando cada vez mais complexo, tanto do ponto de vista administrativo como do ponto de vista financeiro dentro da estrutura do INPS – o que acabou levando à criação de uma estrutura própria e administrativa, denominada como Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência e Assistência Social (INAMPS).

A eleição de Tancredo Neves, em 1985, marcou o fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais, inclusive na área da saúde, que culminaram com a criação do

Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

No que se refere a um sistema nacional de saúde que favorecesse a todos os brasileiros, a discussão antecede a ditadura militar, posto que o governo defendia um projeto de cunho nacional e popular que tirasse o país do “estágio de subdesenvolvimento”. (RIZZOTTO, 2015, p. 256).

A década de 1980 foi marcada por movimentos sociais que objetivavam mudanças nos campos político, econômico, social, cultural, artístico, dentre outros. A sociedade reivindicava igualdade de oportunidades e de acesso gratuito aos serviços públicos, dentre os quais estava à saúde, visto que apresentava sérios problemas na estrutura operacional, corroborando para a ineficácia do atendimento à população brasileira, e por não atender às reivindicações dos profissionais que se mostravam insatisfeitos com as condições de trabalho, precarização e desvalorização profissional. Foi nesse cenário que aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde<sup>13</sup>, considerada um marco na história da saúde e na Reforma Sanitária brasileira (PEREIRA, 2002).

O documento final da 8ª Conferência Nacional de Saúde balizou as políticas de saúde que foram fundamentais para a Constituição Federal de 1988 e consolidou duas importantes leis na área: a Lei nº.8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde que regula e estabelece as diretrizes para a promoção, proteção e recuperação da saúde; e a Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação coletiva na gestão do SUS, dialoga e disciplina as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Torna-se importante ressaltar que os problemas sistêmicos de saúde são discutidos com mais organicidade desde a década de 1940, quando aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde. A título de ilustração, apresentamos no quadro a seguir, os temas de todas as Conferências Nacionais de Saúde.

TABELA 02 – Histórico das Conferências Nacionais de Saúde

ANO	CONF.	TEMA
1941	1ª	Organização sanitária estadual e municipal; 2. Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a hanseníase e a tuberculose; 3. Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; 4. Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à

<sup>13</sup>As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) são fóruns de discussão acerca da situação de saúde no Brasil que permite, através de representatividade de trabalhadores e sociedade civil organizada, formular as diretrizes que nortearão as Políticas Nacionais de Saúde (<https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>). Acesso realizado em 12/09/18, às 08:47.

		adolescência.
1950	2ª	Legislação referente à higiene e à segurança do trabalho.
1963	3ª	Situação sanitária da população brasileira; 2. Distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; 3. Municipalização dos serviços de saúde. 4. Fixação de um plano nacional de saúde.
1967	4ª	Recursos humanos para as atividades em saúde.
1975	5ª	Implementação do Sistema Nacional de Saúde; 2. Programa de Saúde Materno-Infantil; 3 Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; 4. Programa de Controle das Grandes Endemias; e 5. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais.
1977	6ª	Situação atual do controle das grandes endemias; 2. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde; 3. Interiorização dos serviços de saúde; e 4. Política Nacional de Saúde.
1980	7ª	Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos.
1986	8ª	Saúde como direito; 2. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3. Financiamento setorial.
1992	9ª	Municipalização é o caminho. Temas específicos: 1. Sociedade, governo e saúde; 2. Implantações do SUS; 3. Controle social; 4. Outras deliberações e recomendações.
1996	10ª	Saúde, cidadania e políticas públicas; 2. Gestão e organização dos serviços de saúde; 3. Controle social na saúde; 4. Financiamento da saúde; 5. Recursos humanos para a saúde; e 6. Atenção integral à saúde.
2000	11ª	Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. 1. Controle social; 2. Financiamento da atenção à saúde no Brasil; 3. Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social.
2003	12ª	Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos. Eixos temáticos: 1. Direito à saúde; 2. A Seguridade Social e a saúde; 3. A intersetorialidade das ações de saúde; 4. As três esferas de governo e a construção do SUS; 5) A organização da atenção à saúde; 6. Controle social e gestão participativa; 7. O trabalho na saúde; 8. Ciência e tecnologia e a saúde; 9. O financiamento da saúde; 10. Comunicação e informação em saúde.
2007	13ª	Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento Eixos temáticos: 1. Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento; 2. Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o pacto pela saúde; 3. A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde.
2011	14ª	Todos usam o SUS! SUS na seguridade social - política pública, patrimônio do povo brasileiro.

Fonte: <https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>. Pesquisa realizada em

12/09/18, às 08:47.

No que se refere especificamente à questão da formação dos trabalhadores em saúde, o assunto já era ponto de pauta desde a I Conferência Nacional de Saúde (1941). Contudo, somente na IV Conferência Nacional de Saúde (1967), realizada no período de 30 de agosto a 04 de setembro de 1967, no governo de João Goulart, que teve por tema “Recursos humanos para as atividades em saúde”, é que se evidenciou com maior ênfase a necessidade de uma política voltada especificamente para a formação e a qualificação profissional de nível médio, além de fomentar a descentralização e a municipalização das ações e serviços de saúde (PEREIRA, 2002).



A necessidade de uma política voltada para a formação profissional de nível médio e elementar tornou-se importante por haver um contingente significativo da força de trabalho que desenvolvia suas funções sem qualificação formal na área em que atuava. A proposta de formação dos trabalhadores técnicos em saúde apontou a necessidade de se manter um diálogo permanente entre as três esferas de governo – o federal, estadual e dos territórios –, através de seus representantes legais e dos profissionais em saúde, que apresentaram os principais problemas:

A baixa qualificação profissional, a baixa remuneração dos trabalhadores, as condições de trabalho pouco favoráveis, a existência de relações de trabalho diferenciadas no que se referia a níveis salariais, carga horária, níveis de autonomia no processo de trabalho etc. (VIEIRA et al, 2011, p. 80a).

No decorrer das décadas seguintes, foram sendo realizadas outras conferências de saúde, com temáticas variadas, com foco na organização de um sistema que possibilitasse assistência à saúde dos brasileiros, tratamento humanizado, valorização profissionais, entre outros assuntos.

Apesar da mobilização nacional acerca dos problemas de saúde, as conquistas se deram a passos lentos. No ano de 1986, aconteceram duas conferências: a VIII Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência de Recursos Humanos (RHS).

Como resultado da I Conferência de Recursos Humanos (RHS) foi criada uma agenda de prioridades para encaminhamento das demandas apresentadas, visto que, “sem mexer na questão da formação, não se conseguiria montar um Sistema Único, dentro da proposta de Atenção Universal” (JAEGER apud VIEIRA, 2011, p. 85).

É nesse contexto de lutas por direitos constitucionais que a qualificação dos profissionais do SUS ganhou destaque, sendo identificada a necessidade de articulação entre os entes federados para a criação de “uma política de recursos humanos com vista à Reforma Sanitária” (RAMOS, 2012, p. 41).

No conjunto de reivindicações apresentadas naquele evento, listavam-se principalmente os relacionados à valorização do trabalhador, com ênfase para a remuneração e as condições de trabalho ao qual eram submetidos, indicando-se também graves problemas na formação técnica que precisavam ser resolvidos, dentre os quais:

Formação para o exercício de funções de baixa e média complexidade pelas instituições empregadoras; falta de integração ensino-serviço; falta de mecanismos de certificação profissional; e a pouca preocupação com o desenvolvimento intelectual dos treinandos. (RAMOS, 2012, p. 39).

A partir dessas discussões foram elaborados, ao longo das décadas seguintes, três projetos voltados para a formação, a qualificação e a requalificação dos trabalhadores de nível técnico e elementar em saúde: Projeto Larga Escala (década de 1980), Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE, (década de 1990) e Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde - PROFAPS, (década de 2000).

Esses projetos formativos foram alicerçados pela premissa da integração ensino-serviço vinculando a formação dos trabalhadores com as vivências no cotidiano dos serviços. “Os projetos Larga Escala, PROFAE e PROFAPS visavam à transformação de práticas na perspectiva de atenção integral à saúde” (RAMOS, 2012, p. 35).

A partir de então, a articulação e o planejamento das ações voltadas à formação seriam de inteira responsabilidade do setor saúde que deveria definir a agenda de prioridades e os cursos a serem ofertados em parceria com as instituições governamentais.

Voltando a atenção mais especificamente para o Projeto Larga Escala (1980), devido à sua importância, este ressaltava a necessidade da criação dos Centros de Desenvolvimento de Recursos Humanos e das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), exclusivamente profissionalizantes, que fossem implantados, pelo menos um por estado, para possibilitar a formação profissional dos trabalhadores do SUS.

Os objetivos do Projeto Larga Escala eram os seguintes:

Validar as modalidades de ensino promovido pelas instituições de saúde, com vistas à valorização e ascensão dos profissionais, importando em melhoria de níveis de renda; Implantar centros formadores, que sirva de base administrativa e pedagógica para a dinamização do processo de formação de recursos humanos nas múltiplas áreas profissionais do setor saúde; Testar novas metodologias de qualificação profissional, tendo como suporte o treinamento em serviços básicos de saúde; Planejar, implantar e desenvolver um sistema de seleção, reprodução e distribuição de material didático, que atenda às necessidades dos treinandos e as peculiaridades do processo ensino-aprendizagem com treinamentos em serviço. (Ministério da Saúde/Secretaria de Recursos Humanos, 1982, p. 20 apud PEREIRA, 2002, p. 42).

Respaldadas pelo Projeto Larga Escala (1980), foram criadas as ETSUS e os Centros Formadores como instituições do setor saúde que tinham por premissa serem espaços pedagógicos formalmente constituídos, onde se desenvolveriam sistematicamente os processos formativos do aluno-trabalhador. Desempenhariam as funções administrativas e pedagógicas oferecendo condições necessárias para que a formação e a qualificação fossem desenvolvidas com qualidade dentro de suas especificidades. A concepção de integração ensino-serviço era

sua base de formação, concentrando as discussões acerca das estratégias pedagógicas que seriam implementadas para a formação do trabalhador.

Essas instituições deveriam garantir a estrutura gerencial e operacional, com um quadro de funcionários efetivos que responderia pelas questões pedagógicas e administrativas. O ensino seria descentralizado, extramuros, preferencialmente no local de trabalho do aluno.

Para dar suporte técnico e operacional à formação profissional nos estados onde se encontram as ETSUS, foi criada a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS)<sup>14</sup> através da Portaria n°. 1298, de 28 de novembro de 2000, atualizada pela Portaria n°. 2970, de 25 de novembro de 2009 e pela Portaria n°. 2.651, de 10 de outubro de 2017, com os seguintes objetivos:

I - compartilhar informação e conhecimentos; II - buscar soluções para problemas de interesse comum; III - difundir metodologias e outros recursos tecnológicos destinados à melhoria das atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica; IV - estimular políticas de educação profissional em saúde prioritariamente para trabalhadores do SUS; e V - promover a articulação das instituições de educação profissional em saúde no país, visando ampliar sua capacidade de atuação em sintonia com as necessidades e demandas do SUS. (BRASIL, Ministério da Saúde/MS - Portaria n° 2.651, de 10 de outubro de 2017).

A partir da criação da RETSUS, as ETSUS e os Centros Formadores passam a contar com uma equipe de profissionais que prestam assessoramento técnico a essas instituições formadoras de maneira que o processo formativo dos trabalhadores em saúde disponha de condições técnicas, pedagógicas e operacionais para garantir uma formação consistente e de qualidade.

A estrutura retrocitada deve ser organizada de acordo com o que preconiza a Portaria n° 2.651, de 10 de outubro de 2017, que disciplina a estrutura das Escolas Técnicas e os Centros Formadores integrantes da RETSUS e as instituições devem apresentar as seguintes características:

Art. 3°. I - quanto à gestão: a) descentralização curricular; b) processo administrativo centralizado; c) atuação multiprofissional. II - quanto ao modelo pedagógico: a) eixo metodológico que contemple a integração ensino-serviço; b) adequação do currículo ao contexto regional; c) utilização pedagógica dos espaços de trabalho; d) avaliação de desempenho com supervisão e acompanhamento pedagógico; e) docência exercida no campo de trabalho por profissional de nível superior qualificado pedagogicamente; f) princípios e diretrizes do SUS como norteadores dos planos de cursos. (BRASIL, Ministério da Saúde - Portaria n° 2.651, de 10 de outubro de 2017).

---

<sup>14</sup>A RETSUS é uma Rede criada pelo Ministério da Saúde que consiste em possibilitar a articulação, troca de experiências, debates coletivos e construção de conhecimento em Educação Profissional em Saúde com os responsáveis pela formação e qualificação profissional dos trabalhadores em saúde através das ETSUS e Centros Formadores.

Atualmente, a RETSUS é composta por 41 (quarenta e uma) Escolas Técnicas do SUS, criadas para atender às demandas locais de formação técnica dos trabalhadores atuando nos serviços de saúde.

Essa configuração de escola recebe algumas críticas por considerar que o ensino no local de trabalho se restringe à simples repetição de procedimentos operacionais.

A crítica feita ao treinamento em serviço, salientando seu limite em relação à formação da consciência e à redução das ações desenvolvidas, pelos trabalhadores da saúde, à mecanização, vem de encontro com a ideia do treinamento como mero instrumento para torná-los apenas aptos a fazer, pragmáticos e imediatos, sem uma dimensão crítica, reflexiva, que pudesse ser útil na melhoria dos próprios serviços e no atendimento à população. (PEREIRA, 2002, p. 41).

Outra instituição educativa criada no bojo da redemocratização de nosso país, na década de 1980, foi a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), pautada pela concepção de politecnicidade. Contrária à visão de formação voltada para treinamentos, à concepção de formação integral baseada na politecnicidade é alicerçada pelas práticas sociais que visam tornar o trabalho não apenas uma tarefa inócua, mas um princípio educativo que proporcione ao estudante a apropriação dos conhecimentos técnico-científicos que lhe possibilitem a compreensão dos fundamentos do processo de trabalho na sociedade contemporânea.

A concepção de politecnicidade foi expressa inicialmente por Karl Marx, em meados do século XIX (Rodrigues, 2008), avaliando que as crianças e adolescentes de sua época não deveriam ser mantidas no processo de trabalho capitalista que era alienado, mas que o trabalho poderia se constituir num processo educativo que deveria responder às necessidades formativas de cada faixa etária. Outra recomendação de Marx era de que esse trabalho estivesse associado ao processo educativo formal. O que Marx preconizava, a partir da ideia de politecnicidade, era a não dicotomização entre trabalho manual e trabalho intelectual, entre instrução profissional e instrução geral (SAVIANI, 2003, p.137).

Para Marx, a educação politécnica elevaria o trabalhador a níveis maiores que a própria classe burguesa e aristocrática havia desenvolvido até então. O conceito de educação, para Karl Marx, era abrangente e poderia ser explicitado a partir de três concepções distintas:

1. Educação intelectual; 2. Educação corporal, tal como a que se consegue com os exercícios de ginástica e militares; 3. Educação tecnológica, que recolhe os princípios gerais e de caráter científico de todo o processo de produção e, ao mesmo tempo, inicia as crianças e os adolescentes no manejo de ferramentas elementares dos diversos ramos industriais. (RODRIGUES, 2008, p.169).

O princípio educativo baseado na politecnicidade visa à transformação da sociedade de maneira que a classe trabalhadora possa sair da condição de coadjuvante e ser o protagonista de sua própria história. Para tanto, a educação deveria visar à formação omnilateral baseada nos seguintes pilares:

1. Educação pública, gratuita, obrigatória e técnica para todas as crianças e jovens, de forma a romper com o monopólio por parte da burguesia da cultura, do conhecimento. 2. A combinação da educação (incluindo-se a educação intelectual, corporal e tecnológica) com a produção material com o propósito de superar o hiato historicamente produzido entre trabalho manual (execução, técnica) e trabalho intelectual (concepção, ciência) e com isso proporcionar a todos uma compreensão integral do processo produtivo. 3. A formação omnilateral (isto é, multilateral, integral) da personalidade de forma a tornar o ser humano capaz de produzir e fruir ciência, arte, técnica. 4. A integração recíproca da escola sociedade com o propósito de superar a estranhamento entre as práticas educativas e as demais práticas sociais. (RODRIGUES, 2008, p. 169 -170).

É importante observar que as diferentes formas de fragmentação na formação profissional surgem em decorrência do apelo mercadológico que visa à valorização do capital e exige mudanças nos processos pedagógicos, nas relações que se estabelecem com a sociedade. O papel da escola, baseado nessa narrativa, é disciplinar trabalhadores funcionais e intelectuais que atendam às novas exigências do mercado. Por outro lado, a escola baseada na concepção de formação omnilateral proporciona ao aluno trabalhador a tomada de consciência, a fim de ter condições de se contrapor a essa hegemonia dominante que defende a ideia de uma formação voltada para as necessidades de mercado.

Ainda delineando os projetos voltados à formação dos profissionais técnicos de nível médio em saúde, nos anos de 1990, surgiu o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) que visava qualificar e regulamentar a formação profissional daqueles que atuavam na área de enfermagem.

Originárias do mundo dos negócios, a noção de competência, assim como a de sociedade do conhecimento, emerge como produto e resultado da crise do modelo fordista de desenvolvimento. Uma crise da acumulação, concentração e centralização de capital, que implicou um novo tipo de organização do trabalho, baseado em tecnologia flexível, em contraposição à tecnologia rígida do sistema taylorista-fordista, e na formação de um trabalhador também flexível, baseada na pedagogia das competências. (PEREIRA et al, 2008, p. 187).

Na área de saúde, a noção de competência toma outros contornos, visto que não se trata tão somente de adquirir competência profissional para realizar determinada tarefa, mas também de desenvolver no trabalhador aptidões que o torne capaz de resolver e enfrentar problemas do cotidiano no seu local de trabalho dentro de um contexto de imprevisibilidade.

Outro projeto instituído pelo Ministério da Saúde (MS), no ano de 2009, foi o Programa de Formação de Profissional de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS), através da Portaria nº 3.189. Esse programa visava atuar na formação técnica dos trabalhadores em saúde em quatro áreas estratégicas: Vigilância em Saúde, Radiologia, Citopatologia e Hemoterapia. Tais formações se dariam nas ETSUS e nos Centros Formadores, já que essas instituições foram criadas a partir das demandas decorrentes da necessidade de qualificação dos profissionais da área de saúde que já estavam inseridos no mercado de trabalho.

É importante salientar que as ETSUS e os Centros Formadores mantiveram a maioria de suas ações através do financiamento desses projetos. Atualmente algumas ETSUS vêm realizando as formações através do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec), criado pelo governo federal no ano de 2011. A Lei que instituiu o PRONATEC visava ampliar a oferta de cursos de Educação Profissional e Tecnológica (EPT), em diferentes áreas de acordo com o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos. Os cursos devem ser ofertados em concomitância ao Ensino Médio e garantir assistência técnica e financeira aos estudantes.

Outra política de extrema relevância para a formação dos trabalhadores se refere à Educação Permanente em Saúde (EPS) que foi aprovada na XII Conferência Nacional de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde (CNS), através da Resolução CNS nº. 353/2003 e da Portaria MS/GM nº. 198/2004. A partir desses instrumentos normativos, a EPS se converte na principal estratégia do SUS voltada à formação e ao desenvolvimento dos trabalhadores em saúde.

A EPS é atualmente a política do SUS voltada exclusivamente para a educação em saúde que, articulada a diferentes atores e instituições, visa à formação contínua e o desenvolvimento intelectual e humano do trabalhador em saúde. O Ministério da Saúde (MS) conceitua a EPS como sendo

Uma abordagem educacional que ocorre no cotidiano do trabalho e que carrega em suas bases teóricas estratégias pedagógicas que se utilizam da aprendizagem significativa, com vistas a alcançar a transformação das práticas profissionais. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2018, p. 9).

Assim, a EPS é compreendida como um instrumento articulador entre ensino, gestão e participação coletiva que através da problematização capacita o aluno trabalhador para que, no seu campo de atuação, possa identificar e agir sobre as fragilidades do processo de trabalho em saúde do qual faz parte. A EPS preconiza:

1) a articulação entre ensino, trabalho e cidadania; 2) a vinculação entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social; 3) a construção da Rede do SUS como espaço de educação profissional; 4) o reconhecimento de bases loco-regionais como unidades político-territoriais onde estruturas de ensino e de serviços devem se encontrar em cooperação para a formulação de estratégias para o ensino, assim como para o crescimento da gestão setorial, a qualificação da organização da atenção em linhas de cuidado, o fortalecimento do controle social e o investimento na intersetorialidade. (CECCIM et al, 2008, p.164).

Para atingir tais objetivos, a formação profissional em saúde, diferente da educação convencional, possui especificidades considerando que os serviços nesta área sugerem uma formação consoante com as especificidades do processo de trabalho, os desafios cotidianos e as mudanças decorrentes da evolução tecnológica que influenciam diretamente no fazer da força de trabalho do SUS.

Inseridos no mundo do trabalho e diante da realidade cotidiana, o trabalhador em saúde vivencia dificuldades e percebe a necessidade de mudança a partir da realidade da qual faz parte. Nesse sentido, a formação e a qualificação profissional, promovidas através da EPS, tornam-se um instrumento fundamental para proporcionar ao trabalhador condições necessárias para intervir e buscar soluções para os problemas apresentados dentro de seu campo de atuação.

A Portaria nº 1996, de 20 de agosto de 2007/MS, dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e, em seu Art. 1º, define novas diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS, adequando-a as diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde<sup>15</sup>.

Parágrafo único: A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde. (BRASIL, Ministério da Saúde - Portaria nº 1996/2007).

Para Ceccim (2008), a EPS busca a superação da lógica capitalista centrada na competitividade presente no mundo do trabalho e visa a potencialização do senso crítico do trabalhador. Configura-se como um importante instrumento de apoio à gestão já que através da qualificação provoca mudanças nas práticas do sujeito que serão refletidas em um melhor atendimento às demandas da população.

---

<sup>15</sup>O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde.

Para a educação permanente em saúde não existe a educação de um ser que sabe mais para um ser que não sabe. O que existe, como em qualquer educação crítica e transformadora, é a troca de intercâmbio, mas deve ocorrer também o ‘estranhamento’ de saberes e a ‘desacomodação’ como os saberes e as práticas que estejam vigentes em cada lugar. (CECCIM et al, 2008, p.164).

No mundo do trabalho é indispensável à incorporação de conhecimentos e novos elementos que possam enriquecer o conhecimento e ocasionar as mudanças na prática do trabalhador.

No ano de 2017, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação em Saúde (SGTES), divulgou um relatório intitulado “Diagnóstico de Execução/Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS”. O referido documento está fundamentado com dados apresentados através de uma pesquisa realizada em todo o território nacional com o objetivo de diagnosticar como a educação permanente em saúde estaria sendo realizada.

Cabe informar que esse documento é originário de uma demanda do Tribunal de Contas da União (TCU) que orientou SGTES a estimular os entes federados quanto à elaboração dos Planos de Ação Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS).

Com as demandas apresentadas pelos estados e municípios, a SGTES deveria elaborar o Planejamento Nacional da Educação Permanente em Saúde para dar retorno às demandas apresentadas, assim como auxiliar os estados a executarem suas ações. Diante do exposto, a SGTES apresentou um Plano de Ação ao TCU evidenciando as dificuldades que os estados enfrentavam para o planejamento das ações de EPS.

Uma das questões levantadas foi quanto às potencialidades da EPS em relação ao seu processo formativo que possibilita a criticidade e a transformação das práticas nos serviços de saúde assim como ajuda na

Organização e o planejamento das demandas no território, possibilitando a descentralização das ações educativas, as soluções para os problemas in loco, privilegiando a discussão entre os envolvidos, de acordo com o planejamento ascendente, favorecendo ao protagonismo dos trabalhadores da saúde. (Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde - Diagnóstico de Execução/Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde PNEPS, 2017, p. 02).

É importante ressaltar que os entrevistados da pesquisa assinalaram ainda que a EPS possibilita espaços de discussões, o fortalecimento das parcerias e o estreitamento das relações entre os serviços e as instituições formadoras.



Quanto aos nós críticos que afetam a execução da EPS, o relatório apresenta as dificuldades em três eixos: o primeiro relacionado à gestão da PNEPS, assim como os entraves administrativos e financeiros; e às dificuldades enfrentadas pelo Ministério da Saúde para ofertar suporte técnico à PNEPS, de acordo com o que está assegurado nos seus atos normativos. O segundo eixo pauta-se nas dificuldades enfrentadas quanto à execução financeira. De acordo com o que foi apresentado, a maioria dos estados não conseguiu executar os recursos devido à falta de uma legislação específica. Como exemplo, cita-se a impossibilidade de pagamento dos docentes que estariam envolvidos no processo formativo dos trabalhadores por não haver amparo legal. Em alguns estados, para resolver essa questão, usam-se o mecanismo de “decreto de hora-aula” para justificar o pagamento dos profissionais envolvidos nas ações de EPS. O terceiro eixo apresenta as questões relacionadas à articulação e à operacionalização da política de EPS, devido à alta rotatividade de secretários municipais e estaduais de saúde, dos gestores das unidades de serviços e à mudança na composição das instituições de pactuação da política, visto que a rotatividade de gestores implica na organização de novas equipes de trabalho, que nem sempre têm conhecimento da operacionalização da EPS, ocasionando a descontinuidade da política.

O relatório menciona também a desarticulação entre os entes federados no tocante à formação continuada, que não raro ocasiona o excesso de “capacitações desarticuladas ou desvinculadas das necessidades locais” (Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde - Diagnóstico de Execução/Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde PNEPS).

Os problemas apresentados afetam a execução e/ou continuidade das ações relacionadas à EPS posto que evidencia o desconhecimento dos gestores quanto ao papel da EPS para a qualificação da força de trabalho da saúde - o que reflete diretamente na assistência ao usuário do SUS.

O diagnóstico analisado aponta que muitos são os fatores que contribuem para a não efetividade da EPS, dentre as quais se pode citar: a falta de vontade política e a ausência de entendimento de alguns gestores quanto à importância da política de educação na saúde para a qualidade da atenção em saúde; a falta de valorização e priorização da PNEPS, instabilidade das gestões na organização dos espaços de articulação interinstitucional e intersetorial, como a Comissão de Integração Ensino - Serviço (CIES) e a Comissão Intergestores Regional (CIR), o que afeta diretamente a elaboração, a pactuação e a execução das ações planejadas.

Com base no exposto, em 2018, o DEGES, lança o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PROEPS-SUS), por meio da

Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017. O programa em tela é o resultado das discussões promovidas a nível nacional com os atores envolvidos no processo - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Saúde (CNS), entre outras instâncias, além de diversos especialistas, profissionais e trabalhadores do SUS (Manual Técnico, 2018, p. 07).

O Programa prevê o aporte técnico e financeiro aos municípios para que estes elaborem o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) e execute as ações através das equipes de Atenção Básica à Saúde. Diante da proposição de tais benefícios, 90% dos municípios brasileiros fizeram adesão ao programa.

O programa PROEPS-SUS objetiva em primeira instância orientar e dar apoio aos estados, DF e municípios para a implantação e operacionalização da EPS, para que estes, através da PNEPS, promovam a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde. Para a construção do Plano Estadual de Educação Permanente serão necessários esforços conjugados intra e interinstitucional, com o envolvimento de diferentes instâncias de gestão.

O Art. 2º dispõe que o PROEPS-SUS tem como objetivo geral estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho (Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017/MS).

O Art. 3º da mesma portaria define os objetivos específicos do PROEPS-SUS, que visa:

I - promover a formação e desenvolvimento dos trabalhadores no SUS, a partir dos problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho em saúde; II - contribuir para a identificação de necessidades de Educação Permanente em Saúde dos trabalhadores e profissionais do SUS, para a elaboração de estratégias que visam qualificar a atenção e a gestão em saúde, tendo a Atenção Básica como coordenadora do processo, e fortalecer a participação do controle social no setor, de forma a produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva; III - fortalecer as práticas de Educação Permanente em Saúde nos estados, Distrito Federal e municípios, em consonância com as necessidades para qualificação dos trabalhadores e profissionais de saúde; IV - promover a articulação intra e interinstitucional, de modo a criar compromissos entre as diferentes redes de gestão, de serviços de saúde e educação e do controle social, com o desenvolvimento de atividades educacionais e de atenção à saúde integral, possibilitando o enfrentamento criativo dos problemas e uma maior efetividade das ações de saúde e educação; e V - estimular o planejamento, execução e avaliação dos processos formativos, compartilhados entre instituições de ensino, programas de residência em saúde e serviços de saúde, tendo os Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino Saúde – COAPES, de que trata a Portaria Interministerial nº 1.127/MS/MEC, de 4 de agosto de 2015, como dispositivo norteador para favorecer a integração das ações de formação aos processos de Educação Permanente da rede de saúde.

Sabe-se, porém, que a formação profissional sozinha não assegura os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), pois, para que o Estado implemente políticas de saúde eficazes há que garantir o orçamento para a sua operacionalização.

A Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017, dispõe sobre os recursos financeiros alocados para o financiamento da execução das políticas de Educação Permanente em Saúde, que deverá atender a critérios, incluindo a exigência da elaboração dos planos com a participação dos municípios e da respectiva Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES).

De acordo com o exposto em seu art. 7º, fica instituído que o valor do incentivo financeiro será definido de acordo com o número de Regiões de Saúde existentes no estado ou Distrito Federal, observadas as seguintes faixas:

I - de 1 (uma) a 10 (dez) regiões de saúde: R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais); II - de 11 (onze) a 20 (vinte) regiões de saúde: R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais); III - de 21 (vinte e um) a 30 (trinta) regiões de saúde: R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais); ou IV - acima de 31 (trinta e uma) regiões de saúde: R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais). § 1º Os recursos de que trata este artigo serão transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde ao Fundo de Saúde do estado ou Distrito Federal habilitado, em parcela única, na modalidade fundo a fundo, por meio do Bloco de Gestão, a partir da publicação da Portaria de que trata o § 3º do art. 6º. § 2º As despesas realizadas com os recursos de que trata este artigo deverão estar diretamente relacionadas à elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente de Saúde, observadas as diretrizes estabelecidas no manual de que trata o art. 14.

O art. 11 da portaria retrocitada regulamenta a criação de uma comissão com o objetivo auxiliar a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) no monitoramento e na avaliação das ações realizadas no âmbito do PROEPS-SUS. A comissão deve ser composta por 1 (um) representante, titular e suplente, dos seguintes órgãos e entidades: I - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/MS, que a coordenará; II - Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS; III - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS; e IV - Conselho Nacional de Saúde - CNS.

A demora na instituição da PEPS, em âmbito estadual, tem inviabilizado ações mais concretas no que se refere à formação, à qualificação e à requalificação dos trabalhadores em saúde. As atividades formativas, quando desenvolvidas, são baseadas em programas de governo, ou seja, não há uma política de Estado instituída. Nesse caso, os programas surgem na mesma velocidade que desaparecem. Numa eventual troca de gestão e de recomposição de equipes de trabalho, o que antes vinha sendo construído, é desconstruído.

No estado do Amapá a troca de gestores da SESA é recorrente e nem sempre o secretário (a) nomeado (a) tem expertise na área. Atualmente, quem gerencia o sistema de saúde estadual é um coronel renovado da polícia militar, que compôs sua equipe de trabalho com profissionais através de indicação de políticos aliados do governo, ou seja, os cargos públicos têm interferência direta da política partidária. Esse fato é um dos indicadores que corroboram para a não instituição de políticas públicas de saúde consoantes com as necessidades da população amapaense, posto que por desconhecerem a própria funcionalidade do sistema, não atuam com foco nas prioridades.

Para Poulantzas (1980, p.144 -145),

[...] Se tal ou qual aparelho detém o papel dominante no seio do Estado (partidos políticos, parlamento, executivo, administração, exército), não é apenas porque ele concentre o poder da fração hegemônica, mas porque ele consegue da mesma maneira, e ao mesmo tempo, cristalizar a função político-ideológica do Estado diante das classes dominadas. Mas geralmente, as divisões e contradições internas do Estado, dentre seus diversos setores e aparelhos, no seio de cada um deles, no pessoal de Estado, ocorrem também devido à existência de lutas populares no Estado.

Todo esse caminhar sobre as políticas voltadas para a educação do trabalhador técnico em saúde e o papel do Estado diante desta tarefa, nos possibilita voltar ao estado do Amapá para analisar como está estruturado seu sistema de saúde para responder às necessidades de saúde da população e, neste aspecto, conhecer as políticas de formação dos trabalhadores técnicos da saúde, visto que estes se constituem como a base do trabalho, aqueles que estão “na ponta do sistema” para receber, acolher e atender à população. Diante disso, é relevante que se apresente também o papel da ETSUS/AP no processo formativo dos trabalhadores técnicos da saúde, suas ações e dificuldades – tema de nosso próximo capítulo.

### **3 FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE NO ESTADO DO AMAPÁ E A FORMAÇÃO TÉCNICA DOS TRABALHADORES.**

O presente capítulo tem por objetivo delinear a capacidade instalada dos serviços de saúde e, em seguida, apresentar as ações desenvolvidas em prol da formação e da qualificação profissional da força de trabalho do SUS/AP.

Para tanto, realizamos a pesquisa em documentos que são instrumentos de gestão, tais como: Plano Estadual de Saúde (2012/2015 e 2016/2019); Programação Anual de Saúde (2013, 2015, 2016, 2017 e 2018); Relatório Anual de Gestão da SESA (2011, 2012, 2013, 2014); Relatório Anual de Gestão do Governo do Estado do Amapá (2015, 2016, 2017); e o Relatório do Fundo Estadual de Saúde (2011). Tais documentos reúnem as informações relativas às ações e serviços de saúde realizados pelo SUS/AP em benefício da comunidade amapaense.

A análise realizada nestes documentos oficiais se propõe a encontrar respostas quanto aos entraves que afetam o desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde no estado do Amapá, destacando quais as formações integrantes da Programação Anual de Saúde (PAS/SESA) foram executadas, principalmente através da ETSUS/AP, que foi gerida através da gestão compartilhada entre as duas secretarias de estado, SESA e SEED, durante uma década.

Diante do exposto, buscamos respostas a algumas indagações:

- Quais foram às atividades formativas realizadas pela SESA, através da ETSUS/AP, nos últimos oito anos (de 2011 a 2018)?
- Como foi identificada a necessidade de formação dos trabalhadores do SUS?
- Como se dá a articulação entre os demandantes (SESA e MS) e a ofertante (ETSUS/AP)?
- O planejamento quanto à execução das atividades formativas foi realizado considerando a participação da escola na tomada de decisão?
- O planejamento das atividades formativas realizado pela SESA considerou as potencialidades da ETSUS/AP no tocante à formação dos trabalhadores?
- Quais os cursos técnicos de nível médio foram ofertados aos trabalhadores do SUS durante o período analisado?

Diante das inquietações apresentadas, buscamos encontrar documentos que pudessem subsidiar a pesquisa e para tanto, solicitamos à SESA, através de requerimento, os instrumentos oficiais que pudessem conter as informações tais como os Relatórios Anuais, Programações Anuais de Saúde e Planos Estadual de Saúde da referida secretaria. O documento foi protocolado no dia 15/08/18, todavia, só obtivemos respostas no dia 19/12/2018, ou seja, 4 meses após a formalização da solicitação.

Considerando o tempo transcorrido para o recebimento da documentação requerida à SESA, buscamos apoio do Conselho Estadual de Saúde que forneceu parte da documentação. Outra forma de adquirir as informações foi através de busca pela internet, através do sítio eletrônico do governo do estado, de onde foi possível a visualização do RAG dos anos 2015, 2016 e 2017, visto que a SESA não havia finalizado a documentação.

Foram analisados inúmeros documentos, como já referendado anteriormente, todavia, os resultados apresentados, foram compilados dos relatórios anuais de gestão, da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e do governo do estado do Amapá (GEA), visto que esses documentos consolidam as ações realizadas anualmente por estes entes.

Para organizar o presente capítulo, apresentamos inicialmente a estrutura administrativa da SESA, os avanços e problemas vivenciados no cotidiano do trabalho; o quadro funcional da SESA e as atividades formativas executadas no período de 2011 a 2018.

### 3.1 ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE NO ESTADO DO AMAPÁ.

Como pontuado na introdução desse trabalho, a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) é a responsável pelo funcionamento, gerenciamento, monitoramento e desenvolvimento das ações, produtos e serviços de saúde, desenvolvidos em toda a esfera estadual.

A esfera administrativa da SESA compreende a gestão, as coordenadorias, as gerências e os núcleos. A esfera financeira é gerenciada pelo Fundo Estadual de Saúde (FES), órgão vinculado à SESA, criado com o objetivo de gerenciar o uso do recurso público destinado à saúde.

O Fundo Estadual de Saúde (FES) foi criado através da Lei nº 788, de 29 de dezembro de 2003, como o objetivo de proporcionar condições financeiras para custear e efetivar as ações e serviços de saúde (Relatório do Fundo Estadual de Saúde - 2011). O Decreto Estadual nº. 7.899, de 29 de dezembro de 2003, define a estrutura do FES através de cinco gerências:

Gerência Geral, Gerência de Operações Orçamentárias, Gerências de Operações Financeiras, Gerência de Operações de Contratos e Convênios e Gerência de Operações Administrativas (Relatório do Fundo Estadual de Saúde, 2011).

No ano de 2012, foi promulgada a Emenda Constitucional nº 29, que foi regulamentada através da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, ficando estabelecido, através desses dispositivos, que os recursos financeiros destinados à saúde passariam a ser provenientes das três esferas de governo: União, estados e municípios. O Decreto nº. 6.144, de 05 de agosto de 2003, publicado no DOE de 06 de agosto de 2003, estabelece que a gestão e a execução dos recursos do FES estão sob a responsabilidade do Secretário Estadual de Saúde.

A aplicação dos recursos no setor saúde deve se dar por meio de Fundos de Saúde num percentual mínimo de 12% do valor global do orçamento estadual previsto anualmente.

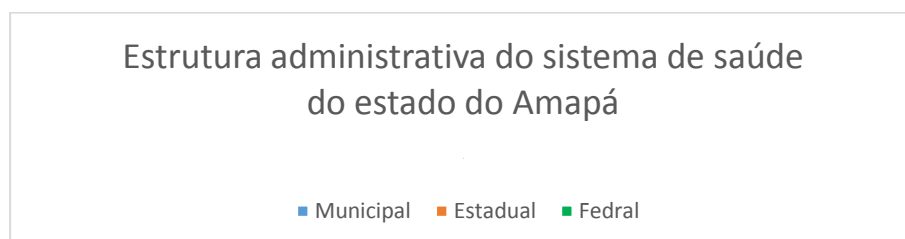
Nos termos do Artigo 5º, da Lei nº 796, de 08 de janeiro de 2003, no estado do Amapá, os recursos do FES se destinam a prover as despesas de custeio e de capital tanto da SESA quanto das autarquias vinculadas a esta Secretaria: Laboratório Central (LACEN), Instituto de Hemoterapia e Hematologia do Amapá (HEMOAP).

Os recursos empenhados pelo FES são utilizados na liquidação e no pagamento de serviços, na produção hospitalar, nas demandas subsequentes e nas ações da Atenção Básica, de Média e Alta Complexidade e Vigilância em Saúde, ou seja, em toda a estrutura funcional da SESA.

As ações de saúde são desenvolvidas a partir da execução de projetos desenvolvidos a curto, médio e longo prazo. É nesse contexto que se inclui a Política de Educação Permanente (PEP) - questão importante da qual nos debruçaremos posteriormente.

De acordo com informações registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a estrutura administrativa do sistema de saúde do estado do Amapá é composta por 482 unidades. Desse total, 247 são geridos pela esfera municipal, 40 pela gestão estadual, 19 sob a gerência da esfera federal.

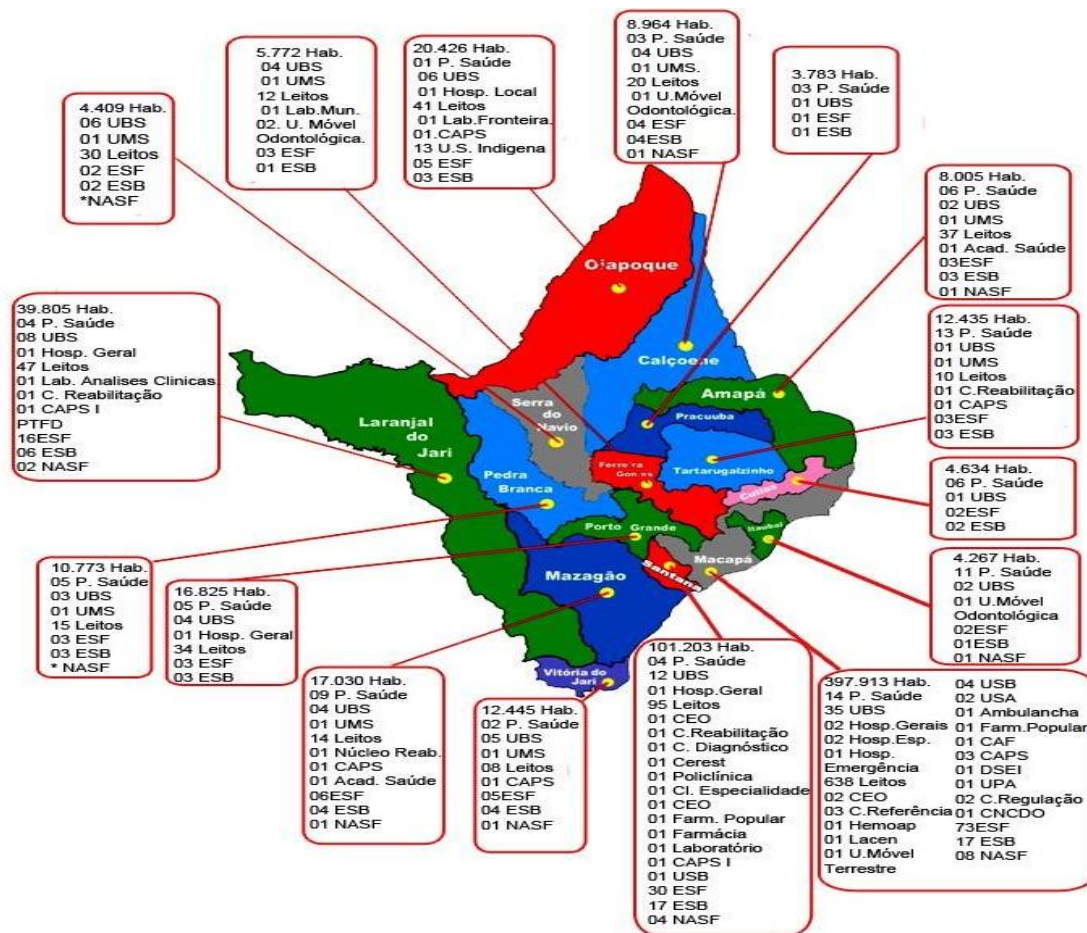
**GRÁFICO 02: ESTRUTURA ADMINISTRATIVA DO SISTEMA DE SAÚDE DO ESTADO DO AMAPÁ**



Dos hospitais existentes no estado, um está sob a responsabilidade da esfera municipal - o Hospital de Porto Grande. Sob a responsabilidade da esfera estadual, há quatro hospitais que se situam na capital Macapá - Hospital de Emergência (HE), Pronto Atendimento Infantil (PAI), Hospital de Clínicas Alberto Lima (HCAL), Hospital de Mulher Mãe Luzia (HMML) - e três espalhados em outros municípios - Hospital de Laranjal do Jari (HLJ), Hospital do Oiapoque (HO), Hospital Estadual de Santana (HES).

O gráfico a seguir apresenta informações gerais da estrutura do sistema de saúde do estado do Amapá, tais como: população estimada por município, número de unidades de saúde e de leitos disponibilizados à população.

GRÁFICO 03 - Capacidade instalada da Rede SUS por município – Ano de referência -2015



FONTE: Secretaria de Estado da Saúde – PES -2016/2019

A SESA gerencia a operacionalização de inúmeros programas de saúde que integram o planejamento permanente e contínuo da referida secretaria, visando à promoção e à prevenção de doenças, dos quais ressaltam-se: Saúde da Família, Saúde Bucal, Saúde Materno-Infantil, Saúde do Adolescente, Saúde do Idoso, Saúde Prisional, Saúde Mental, Alimentação e



Nutrição, Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, Saúde do Homem, Controle do Câncer do Cólon de Útero e Mama, Hipertensão e Diabetes, Banco de Leite. (Secretaria de Estado da Saúde - PES 2012-2015).

A Coordenadoria Regional de Saúde é responsável pela efetivação das ações respectivas aos programas citados, tendo por atribuição planejar, coordenar e avaliar a execução das atividades de assistência à saúde em todos os municípios, visando às melhorias das condições sanitárias, além de promover, prevenir e recuperar a saúde da população.

Integram a referida coordenadoria: o Serviço e Assistência Farmacêutica, a Comissão Intergestores Bipartite<sup>16</sup> (CIB) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde<sup>17</sup> (CONASS).

Para garantir a operacionalização, a assistência e o monitoramento das ações desenvolvidas no sistema através das unidades de saúde, considerando a dimensão geográfica, os municípios foram divididos em regiões de saúde, a saber:

Região de Saúde da área Central: formada pelos Municípios de Macapá, Cutias, Itaúbal, Serra do Navio, Pedra Branca do Amapari, Porto Grande e Ferreira Gomes  
Regiões de Saúde da área sudoeste é integrado pelos municípios de Laranjal do Jarí, Vitória do Jarí, Mazagão e Santana. Região de Saúde da Área Norte: compreende os Municípios de Tartarugalzinho, Pracuúba, Amapá, Calçoene e Oiapoque. (Secretaria de Estado da Saúde - PES- 2016/2019, 2017 p.182).

Para cada região interestadual, atua um Colegiado de Gestão Regional (CGR) composto pelos secretários municipais de saúde integrantes dos referidos territórios. O CGR da Área Norte foi instituído em 18/08/2009, o da Área Central em 20/08/2009, e o da Área Sudoeste em 28/08/2009 (Secretaria de Estado da Saúde - PES - 2012/2015).

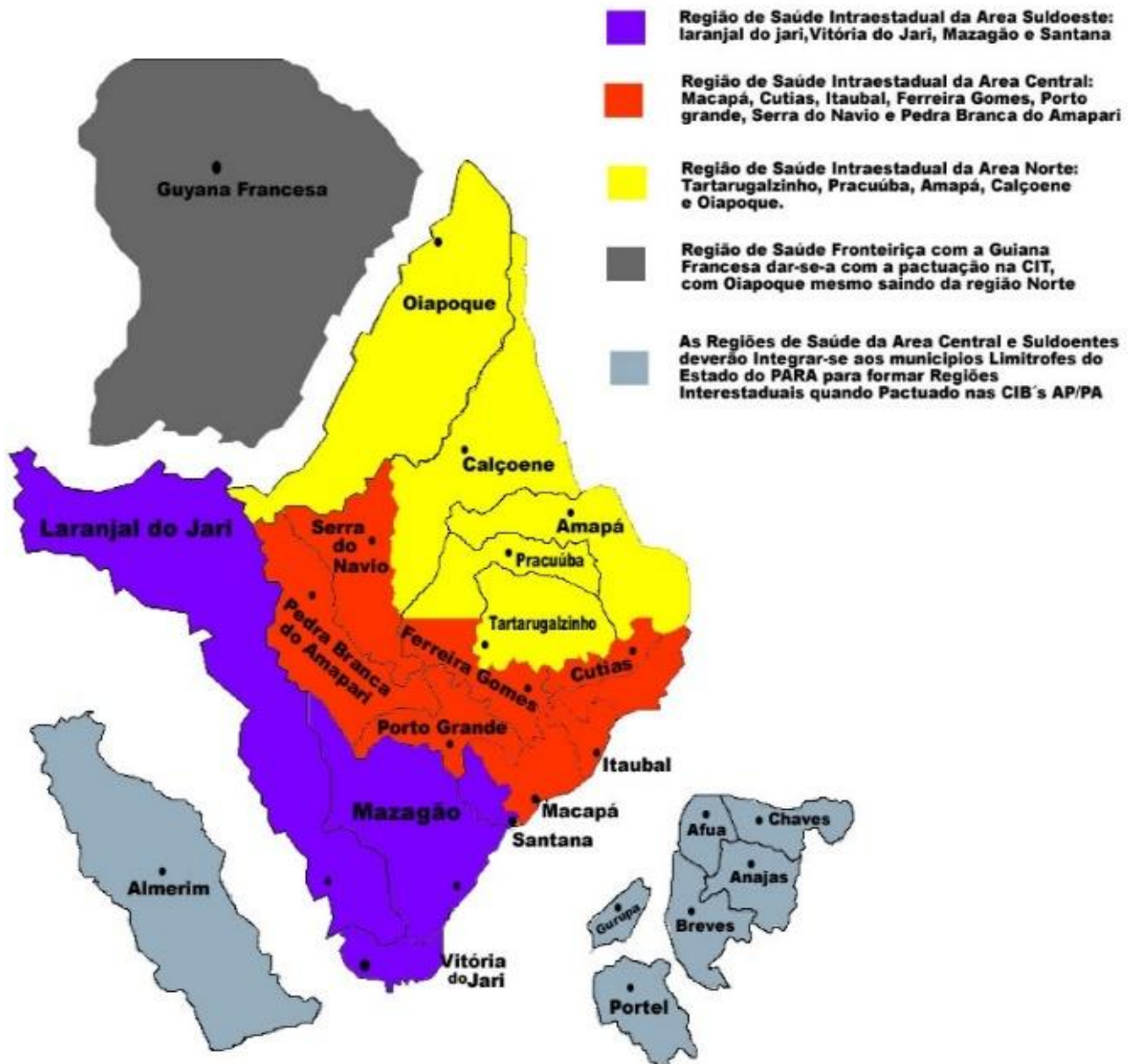
O gráfico a seguir representa a configuração das regiões de saúde conforme proposta do Plano Diretor de Regionalização (PDR).

---

<sup>16</sup> A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é um organismo que faz a interlocução entre gestores de saúde com o objetivo de versar sobre os aspectos estruturais, operacionais, financeiros e administrativos do SUS. A função da CIB é definir diretrizes e metas a serem operacionalizadas no âmbito regional e intermunicipal. É uma instância colegiada instituída pela Portaria nº 196/94 da SESA, em observância à Norma Operacional Básica (NOB), constante do anexo único da Portaria nº 545 do Ministério da Saúde (MS), regida pela Lei Federal nº 8080/90, regulamentada pelo Decreto Federal nº 7.508/2011- MS para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS).

<sup>17</sup> Esta entidade se constitui em um organismo de representação da direção única do SUS nos estados, com mandato de representar técnica e politicamente os interesses comuns das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, perante as demais esferas de governo e outros parceiros e entidades, tendo o cuidado de resguardar as definições contidas no estatuto da entidade e as deliberações da Assembleia dos Secretários a § 3 do artigo 1. da Lei 8.142 de 28/12/90 que dispõe sobre a organização e o funcionamento do Conselho e da Conferência de Saúde o reconhece como entidade de representação dos secretários estaduais de saúde no Conselho Nacional de Saúde, além das representações de usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviço e governo. (Disponível em [srebrats.saude.gov.br/membros-cat/79-conas](http://srebrats.saude.gov.br/membros-cat/79-conas)).

GRÁFICO 04 - Regiões de Saúde do estado do Amapá



FONTE: Secretaria de Estado da Saúde – PES -2016/2019

O acesso a essas regiões se dá através de transportes fluviais e terrestres, com estradas em precárias condições de trafegabilidade que, em muitos casos, inviabiliza o monitoramento das ações e o apoio logístico a comunidades de difícil acesso.

Os gestores municipais de saúde vivenciam realidades e dificuldades diferentes da capital do estado no que se refere às questões operacionais, inclusive,

A dificuldade financeira da SESA para repasse das parcelas aos municípios para incentivo às ações e serviços da atenção básica [...] ausência de monitoramento e avaliação das metas pactuadas, assim como pela não integração entre as Vigilâncias que trabalham isoladamente entre si e entre os programas de saúde que

desempenham. As ações de promoção da Saúde não foram executadas. (Secretaria de Estado da Saúde - RAG/SESA/2012, 2013 p.51).

Outra dificuldade apresentada se relaciona ao frágil “apoio técnico aos municípios principalmente em relação às ações de monitoramento e avaliação dos sistemas municipais e nos padrões e processos de comunicação e informação entre os profissionais da SESA e SMS” (PES 2016/2019, 2017, p.186).

Das análises feitas nos documentos oficiais da SESA, constata-se que o sistema de saúde do estado do Amapá apresenta problemas estruturais e operacionais em diferentes níveis de atenção.

Os hospitais enfrentam dificuldades de acolher a demanda de cirurgias, devido à falta de equipamentos, inadequação das estruturas físicas das salas cirúrgicas, ocasionando fila de espera em especialidades de média e alta complexidade. (Secretaria de Estado da Saúde - PES 2016/2019, 2017, p.147).

Os relatórios apontam que uma das fragilidades presentes na estrutura operacional da SESA, desde 2011, e que persiste nos dias atuais, está relacionada à falta de profissionais qualificados para realizar a catalogação de dados, assim como o precário serviço de internet, a ausência de serviços de manutenção nos equipamentos de informática, entre outros, que afetam e acentuam a discrepância das informações quanto aos serviços de saúde realizados.

A pouca capacitação e atualização dos profissionais para o adequado registro de dados acaba gerando informações pouco fidedignas, prejudicando consequentemente a tomada de decisões, uma vez que essas informações servem de subsídios para a administração; a assistência; o controle e avaliação; o orçamento e finanças; o planejamento; os recursos humanos; a regulação e a vigilância (epidemiológica, sanitária, ambiental). (Secretaria de Estado da Saúde. RAG/2012, 2013, p. 51).

Os problemas apresentados inviabilizam a manutenção e a atualização do banco de dados e podem gerar informações questionáveis, fora da realidade e da necessidade dos setores e das unidades de saúde que integram a SESA. Dessa forma, as dificuldades enfrentadas e a falta de fidedignidade dos números apresentados podem interferir na tomada de decisões dos gestores quanto às providências que precisam ser tomadas no tocante aos problemas vivenciados no cotidiano do trabalho. Outro problema apontado refere-se à

Perda no registro de dados das produções ambulatoriais e hospitalares nos sistemas de informações oficiais, ocorrendo principalmente nos serviços ainda não credenciados, em função da falta de estrutura, equipamentos adequados e recursos humanos especializados, que não atendem aos critérios estabelecidos em legislação específica para solicitar habilitação e credenciamento junto ao Ministério da Saúde. (Secretaria de Estado da Saúde - RAG/2012, 2013, p.51).

Os problemas do sistema de saúde do estado do Amapá vão além dos problemas estruturais e operacionais, visto que o acompanhamento e o gerenciamento das ações que deveriam ser realizados em todas as regiões de saúde são afetados pelos trâmites burocráticos, a saber:

Logística deficiente dispensada aos setores para realização de visitas técnicas de supervisão para monitoramento e avaliação das ações e serviços e elaboração dos instrumentos de gestão; Demora no processo de liberação das diárias dos servidores que viajam sem recursos para custear suas estadias nos municípios e fora do estado e somente após emissão de relatórios de viagem é que os processos são encaminhados para pagamento; Dificuldade de comunicação com outros municípios e Ministério da Saúde através de telefones que são limitados apenas para uso interno e dentro da cidade e, através da internet, em função da conectividade lenta; Morosidade no fluxo dos processos licitatórios, cancelamento de certames e empresas vencedoras de outros estados que dificultam o acompanhamento da qualidade do material a ser fornecido. (Secretaria de Estado da Saúde - RAG/2012,2013, p. 50).

É importante ressaltar que o sistema de saúde do estado do Amapá atende a demandas tanto dos municípios do estado como das comunidades ribeirinhas pertencentes ao estado do Pará. Aqueles que precisam se deslocar para Macapá em busca de tratamento enfrentam dificuldades de acesso devido às precárias condições de trafegabilidade das estradas e à insegurança dos meios de transporte marítimos. VIANA et al. (2007, p.125) observa que,

Na carência de serviços, infraestrutura, programas e financiamento [...] é frequente o encaminhamento de pessoas para tratamento em outros municípios, inclusive de atenção básica, levando a altos gastos. Ademais, a grande precariedade das redes de transporte e comunicação dificulta a mobilidade da população para o atendimento.

O Hospital de Emergência (HE) recebe as demandas, tanto da capital quanto do interior do estado e das localidades de Afuá, Breves, Chaves, Gurupá, dentre outros pertencentes ao estado do Pará. Essa particularidade, atrelada ao crescimento populacional do estado, sobrecarrega o sistema de saúde ocasionando a superlotação das unidades e o aumento das despesas hospitalares.

A estrutura precária dos hospitais do estado do Amapá tem gerado inúmeras denúncias que são feitas aos órgãos fiscalizadores, dentre os quais os Ministérios Públicos Federais e Estaduais. Diante do exposto, através de recomendações judiciais, o estado disponibilizou, a partir de 2015, o Núcleo de Ouvidoria e Apoio Técnico (NOAT) para o atendimento da grande demanda de processos judiciais protocoladas nestes Ministérios. As denúncias e reclamações relativas a problemas na oferta de serviços da saúde são recebidas por uma equipe de profissionais que prestam assessoramento jurídico. Integram a equipe um procurador, seis assessores e três auxiliares administrativos. No ano de 2015, essa equipe de

profissionais recebeu a demanda de “886 processos judiciais e 516 processos administrativos” (Governo do Estado do Amapá - RAG/GEA/ 2015, 2016 p. 33).

Para atender às demandas e responder satisfatoriamente às recomendações judiciais, o estado do Amapá mantém convênio com a rede de saúde privada, através das seguintes instituições: Hospital Filantrópico São Camilo e São Luís; Instituto de Neurologia do Amapá; Clínica Hemodiagnóstico; Clínica Infinita e Clínica Médica Diagnóstico.

Os Serviços de Média Complexidade do Estado são prestados por estabelecimentos estaduais e complementados pelo setor privado contratado/ conveniado ao SUS, onde prevalece o modelo tradicional de especialidades, existindo verdadeiros vazios assistenciais em algumas regiões e grande estrangulamento em outras, principalmente na capital. (Secretaria de Estado da Saúde - PES 2016/2019, 2017, p. 143).

No ano de 2015, dentre as instituições conveniadas com o SUS, o Hospital São Camilo foi o que realizou o maior número de procedimentos totalizando 2.764 (dois mil, setecentos e sessenta e quatro) procedimentos, seguidos do Instituto de Neurologia do Amapá (INEURO) com 2.383 (dois mil, trezentos e oitenta e três) atendimentos, totalizando 5.147 (cinco mil, cento e quarenta e sete) atendimentos. O pagamento das despesas com os serviços e produtos fornecidos são provenientes de convênios firmados entre o governo do estado e esta instituição de Saúde. As despesas são pagas com recursos do governo federal.

O Hospital São Camilo e São Luís pertence a uma sociedade beneficente e é classificado como hospital de grande porte, com 192 leitos ativos atualmente, atendendo baixa, média e alta complexidade nas especialidades: ginecologia/obstetrícia, pediatria, neurologia, cardiologia, neonatologia, clínica cirúrgica, clínica médica, urgência e emergência, hemodinâmica, terapia intensiva adulto e neonatal. Com suporte diagnóstico laboratorial, ultrassom, raios-x, endoscopia, mamografia com estereotaxia, densitometria óssea, tomografia computadorizada, ressonância magnética. Seu atendimento é destinado aos pacientes do SUS, Planos de Saúde e Particulares. (FONTE: <http://www.saocamilomacapa.org.br>.18)

A Lei nº 8080/90, em seu Art. 23, estabelece que:

É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos: I- doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; II- pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar: a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e ações e pesquisas de planejamento familiar; III- serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e IV- demais casos previstos em legislação específica.

<sup>18</sup> Acesso realizado em 15/01/19 as 11:57.

A questão que se apresenta é a utilização dos dispêndios públicos no financiamento de serviços e produtos de saúde privados. Grande parte do orçamento disponibilizado à saúde é utilizado em estabelecimentos particulares. Esse fato pode contribuir com o quadro de subfinanciamento e desmonte, posto que se os recursos destinados ao consumo de serviços privados fossem disponibilizados aos diferentes níveis de atenção, ampliaria o campo de oferta de serviços como urgência e emergência, o número de consultas, de contratação de especialista, de exames, cirurgias e outras atividades relacionadas.

Diante do exposto, o que se percebe é a necessidade do fortalecimento do SUS através do aumento do financiamento, de um maior controle social - o que poderia contribuir com a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS e reduziria o parasitismo que o mercado impõe sobre o sistema de saúde brasileiro.

Constatamos, em nosso cotidiano de cidadãos, a convivência de um Estado neoliberal que permite a “privatização por dentro” do próprio sistema público, sucateando-o para que o mercado privado possa oferecer seus serviços, recebendo, para isso, as verbas públicas.

Apesar das instituições conveniadas realizarem diversos serviços de saúde, a grande demanda de pacientes portadores de doenças crônicas é atendida através do Tratamento Fora de Domicílio (TFD), o que implica no deslocamento do paciente para outro estado. A realização deste serviço é consolidada através da celebração de convênios específicos, que estabelecem regras de acolhimento da demanda, dentre eles os custos operacionais.

No que se refere à Atenção Básica, considerada porta de entrada do sistema de saúde, o estado do Amapá possui 92 estabelecimentos de saúde disponíveis para o atendimento à este nível de atenção. A distribuição é feita de acordo com as informações expressas na tabela que segue:

TABELA 03 – Distribuição de estabelecimentos de saúde que atendem a Atenção Básica.

REGIÃO DE SAUDE	QUANTIDADE
Região Norte	12
Região Central	50
Região Sudoeste	30
Total	92

FONTE: PES/SESA (2016-2019) - ANO DE REFERÊNCIA 2015

No estado do Amapá, a Rede de Atendimento Básico, composta pelos postos de saúde, apresenta uma estrutura física e operacional incipiente diante da grande demanda, o que ocasiona a ineficácia dos serviços causando a sobrecarga nas Unidades Hospitalares de Emergência da Capital. Esse fato é comprovado visto que de acordo com registros feitos nos boletins de atendimentos ambulatoriais, “cerca de 70% dos atendimentos realizados nessas unidades de referências, poderiam ser resolvidos nas Unidades de Atenção Básica”. (Secretaria de Estado da Saúde - PES 2016/2019, 2017. p.128).

A estrutura física e operacional organizada para garantir maior abrangência das ações de Atenção Básica, pode ser refletida através de inúmeros programas tais como: <sup>19</sup>Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); <sup>20</sup>Programa Academia da Saúde; <sup>21</sup>Programa de e qualificação de Unidades Básicas de Saúde; <sup>22</sup>Programa Mais Médicos; <sup>23</sup>Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB); <sup>24</sup>Programa Saúde na Escola.

Dentre os programas de maior relevância no que se refere à prevenção de doenças e seus agravos destaca-se o Programa Estratégia saúde da família. O programa ESF preconiza a assistência integral e contínua às famílias e comunidades, atendidas a partir do local onde vivem, trabalham e se relacionam.

O processo de operacionalização do ESF inclui ações multiprofissionais que devem intervir sobre os fatores de risco com ênfase na vigilância e na promoção da saúde. Tais

---

<sup>19</sup> Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) objetivam ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. Os NASF fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo.

<sup>20</sup> O Programa Academia da Saúde, criado pela Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011, tem como principal objetivo contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para orientação de práticas corporais e atividades físicas e de lazer em modos de vida saudáveis. O Amapá iniciou o processo de implementação desse componente recente e conta com a adesão 11 municípios.

<sup>21</sup> O Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde tem como objetivo criar incentivo financeiro para as Unidades Básicas de Saúde implantadas em todo território nacional, como forma de prover infraestrutura adequada às Equipes de Atenção Básica para desempenho de suas ações. Pelo Programa são financiadas reformas e ampliações de Unidades Básicas de Saúde implantadas em imóvel próprio do Município, ou a ele cedidas por outro ente federativo.

<sup>22</sup> O Programa Mais Médico (PMM) faz parte de um amplo pacto para melhoria do atendimento aos usuários do SUS, na Atenção Básica que prevê ainda investimento em infraestrutura das unidades de saúde, além dele var mais médicos para regiões onde há dificuldade de fixação de profissionais.

<sup>23</sup> O Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) foi implantado no Estado em 2012, objetivando entre outros, estimular a formação do médico para a real necessidade da população Brasileira, levar esse profissional para localidades com maior carência para este serviço. Nos meses de janeiro e fevereiro/2013, Municípios e médicos aderiram ao Programa e em março/2013 os profissionais iniciaram as atividades práticas nas Unidades Básicas de Saúde.

<sup>24</sup> O programa tem foco para as políticas voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira com vistas a promover o desenvolvimento pleno desse público, aproveitando o espaço privilegiado da escola para práticas de promoção, prevenção da saúde e construção de uma cultura de paz.

ações fundamentam-se na perspectiva da interdisciplinaridade. A materialização das ações deve estar alicerçada no compromisso e responsabilidade, articulados entre os partícipes do processo: gestores governamentais e municipais, profissionais de saúde e a comunidade assistida.

No Amapá a implantação da primeira equipe foi adotada inicialmente na capital Macapá em 1999, que já contava com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde desde 1996. No mesmo ano teve a sua implantação no município de Santana, que também já havia aderido ao programa de agentes comunitários de saúde em 1998. Em 2006, a implantação e implementação da saúde da família e saúde bucal, estava concretizada em 14 municípios e em fevereiro de 2007, a ESF estava implantada em todos os 16 municípios. (Secretaria de Estado da Saúde - PES 2016-2019, 2017. p.128).

De acordo com o RAG/SESA - 2016, apesar do estado do Amapá haver implantado o programa Estratégia Saúde da Família em todos os municípios, constata-se que

Não aconteceu o impacto esperado nas ações e serviços de saúde para o conjunto da população, talvez em função das especificidades regionais peculiares da Região Amazônica e, aquelas inerentes ao processo de desenvolvimento do Estado, apontam fragilidades e desafios que necessitam de investimentos estruturantes e fortalecedores de Política de Saúde para a construção de uma atenção primária à Saúde de qualidade e resolutiva. (Secretaria de Estado da Saúde - PES 2016/2019, 2017 p.128).

Na tabela a seguir está expressa a população por Município coberta pela Estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal.

TABELA 04 - População atendida pelos Programas Saúde da Família e Saúde Bucal.

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO ESTIMADA		ESTIMATIVA DE COBERTURA POPULACIONAL		% ESF	
	2014	2015	2014	2015	2014	* 2015
Amapá	8.553	8.213	8.213	8.213	100,0	100,00
Calçoene	9.979	9.343	9.343	9.343	100,0	100,00
Cutias	5.291	4.910	4.910	4.910	100,0	100,00
Ferreira Gomes	6.714	6.141	6.141	6.141	100,0	100,00
Itaubal	4.836	4.473	4.473	3.450	100,0	89,43
Laranjal do Jari	44.777	41.668	41.668	41.668	100,0	100,00
Macapá	446.757	415.554	251.850	255.300	60,61	71,23
Mazagão	19.157	17.794	13.800	17.794	77,55	100,00
Oiapoque	23.628	21.661	17.250	17.250	79,64	92,33
Pedra Branca	13.411	11.794	10.350	3.450	87,76	33,92
Porto Grande	19.191	17.680	17.250	13.800	97,57	90,50
Pracuúba	4.404	4.021	3.450	3.450	85,80	99,48
Santana	110.565	104.407	103.500	100.050	99,13	100,00
Serra do Navio	4.850	4.545	4.545	4.545	100,0	100,00
Tartarugalzinho	14.754	13.385	10.350	10.350	77,33	89,65
Vitória do Jari	14.045	13.013	13.013	13.013	100,0	100,00
<b>Total</b>	<b>750.912</b>	<b>698.602</b>	<b>520.106</b>	<b>512.727</b>	<b>82,41</b>	<b>81,02</b>

FONTE: Secretaria de Estado da Saúde - (PES 2016-2019).



No que se refere à cobertura do programa Estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal (ESF e ESB), para os municípios que possuem áreas ribeirinhas e assentamento rural, ou seja, áreas de difícil acesso, que deveriam ser visitadas por equipes itinerantes, as atividades são inviabilizadas ou realizadas esporadicamente. Esse fato contrasta com as informações declaradas pelos municípios de Amapá, Calçoene, Cutias, Ferreira Gomes, Laranjal do Jari, Mazagão, Santana, Serra do Navio e Vitória do Jarí que afirmam a cobertura total de seu território pelo PSF.

De acordo com o PES/SESA 2016 -2019, a cobertura do programa PSF, no ano de 2015, foi reduzida para 81,02%.

Essa oscilação na cobertura dos municípios, que pode ser atribuída às situações de suspensão dos recursos parciais, pelo Ministério da Saúde para os municípios, devido a alguma irregularidade encontrada, seja na aplicação de recursos ou alimentação / atualização dos sistemas de informações e ainda do descredenciamento de equipe, da falta de algum profissional nas equipes, seja da saúde da família ou saúde bucal. (Secretaria de Estado da Saúde - PES/ 2016-2019, 2017p.134).

O monitoramento e acompanhamento das ações de atenção básica é um instrumento necessário visto que a partir das visitas técnicas e das informações coletadas e posterior diagnóstico da real situação de uma determinada comunidade é que as ações são implementadas para o fortalecimento deste nível de atenção. No entanto, no estado do Amapá, o último monitoramento foi realizado em 2010, cujo resultado foi apresentado para todos os Municípios.

Como respostas as demandas apresentadas foram elaboradas um plano de ação, no entanto, do que foi planejado, pouco foi executado. Os indicadores que contribuem para a incipiência dos programas desenvolvidos através da Atenção Básica são “a ausência da territorialização, a descontinuidade dos processos de trabalho, ações e serviços, a grande rotatividade de profissionais de saúde e a precarização dos vínculos de trabalho” (Secretaria de Estado da Saúde - PES/SESA-2016-2019, 2017.p.134).

A realidade é que, durante décadas, o estado do Amapá não tem investido no setor saúde consoante com as reais necessidades da população. A falta de investimento para a realização de serviços especializados em diferentes níveis contribui com a ineficácia do atendimento.

Nas últimas décadas, a Secretaria de Estado da Saúde, tem se organizado como uma estrutura informal não acompanhando o processo de desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, tornando-se obsoleta e incompatível com o desenvolvimento de suas funções. Isso resulta na fragilidade da Gestão, pois não consegue dar respostas aos processos demandados. Numa tentativa de amenizar esse problema, foi criada uma estrutura paralela por meio de Gerências temporárias, renováveis anualmente,

que atualmente já não atendem as necessidades e demandas da população. (Secretaria de Estado da Saúde - PES-2016/2019, 2017, p.186).

Com o propósito de atender à demanda de saúde satisfatoriamente, foi empenhado para a SESA, no ano de 2017, o valor de R\$ 50.756.000,00 (cinquenta milhões, setecentos e cinquenta e seis mil reais) para

Fazer a gestão do SUS através de um processo descentralizado na definição de metas pactuadas para a educação em saúde, na implementação do acompanhamento e monitoramento em tempo real da execução da assistência à saúde. (Governo do Estado do Amapá - RAG/2017, 2018, p. 33).

Entretanto, desse total foi executado somente o valor de R\$ 8.359.920,00 (oito milhões, trezentos e cinquenta e nove mil, novecentos e vinte reais), o equivalente a 16,47% (dezesseis, quarenta e sete por cento) do valor empenhado (Governo do Estado do Amapá - SEPLAN/SIPLAG, 2017). O dispêndio apresentado foi investido nas seguintes áreas:

Estrutura física e tecnológica R\$ 7.490.000,00 (sete milhões, quatrocentos e noventa) reais; Gestão Estratégica Participativa foram investidos 78.315.000 (setenta e oito mil, trezentos e quinze) reais; Política de Gestão do Trabalho, da Educação e da Saúde foram investidos 738.717,00 (setecentos e trinta e oito mil, setecentos e dezessete) reais; para a modernização da Gestão do SUS, foram investidos R\$ 52.888,00 (cinquenta e dois mil, oitocentos e oitenta e oito) reais. (Governo do Estado do Amapá - RAG/2017, 2018. p. 33).

De acordo com os valores apresentados o investimento somaria o valor de R\$ 8.359.920,00 (oito milhões, trezentos e cinquenta e nove mil, novecentos e vinte reais). O relatório do governo do ano de 2017 evidencia que foram realizados a

Regionalização, Construção, Ampliação, Reforma e Modernização da Rede Hospitalar [...] Reforma, adaptações e ampliação do Hospital da Criança e do Adolescente - HCA; Ampliação do Centro de Parto Normal para Maternidade de Risco Habitual; Reforma e ampliação do Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima - HCAL; Reforma do Hospital da Mulher Mãe Luzia, para Implantação dos Ambientes, UTIN, UCINCO, UCINCA e ALCON; Serviços complementares da construção da Clínica de Nefrologia do Hospital de Santana; Serviços complementares da construção do Centro de Nefrologia do Hospital de Santana; Construção da Unidade de Saúde do Município de Oiapoque; Construção da UPA da Zona Sul, no Município de Macapá; Reforma do Setor de Ouvidoria do SUS / SESA; Reforma do Instituto de Hematologia e Hemoterapia do Amapá - HEMOAP; Construção da Unidade de Pronto Atendimento - UPA, no Município de Laranjal do Jari. (Governo do Estado do Amapá - RAG/2017, 2018, pp. 55 e 56).

No ano de 2018, o Tribunal de Contas do Estado (TCE/AP) apresentou ao Governo do Amapá um relatório contendo diagnóstico da qualidade dos serviços de saúde do estado. No

documento, o TCE/AP recomenda algumas medidas para o aperfeiçoamento da gestão dos serviços com o propósito de que as demandas da população sejam respondidas satisfatoriamente. Dentre as recomendações apresentadas está o aperfeiçoamento nos setores que operam com a informatização de dados, a melhoria da oferta de serviços de média e alta complexidade, dentre outros.

Em resposta às denúncias recebidas pelos Ministérios Públicos Federal e Estadual, o GEA apresentou à sociedade amapaense um balanço dos investimentos feitos no setor saúde, dentre os quais:

A construção do novo hospital do município de Porto Grande; a construção da Unidade Fixa de Prevenção e Diagnóstico do Hospital do Câncer de Barretos, em Macapá; reformas dos hospitais: Hospital de Emergência (HE), Pronto Atendimento Infantil (PAI), Unidades de Terapia Intensiva adulto e infantil do Hospital Estadual de Santana (HES); revitalização da Unidade Mista de Saúde de Vitória do Jari; reaparelhamento da rede hospitalar com a compra de 931 utensílios e equipamentos para vários setores e unidades de saúde estaduais; conclusão da Maternidade Bem Nascer, na Zona Norte de Macapá; implantação do Sistema Informatizado de Marcação de Consultas. (<https://www.portal.ap.gov.br/notícia>. Acesso em 05/09/18, às 15:56).

É importante ressaltar que apesar do balanço governamental acenar positivamente quanto à reestruturação do sistema de saúde, a realidade vivenciada é bem diferente, visto que ainda assim “não garante resposta à comunidade e ao cidadão sobre as denúncias formuladas” (PES, 2016/2019, p.187), visto que os pacientes padecem nas filas em busca de atendimento e tratamento. Os corredores dos hospitais transformam-se em enfermarias, onde os pacientes recebem os primeiros atendimentos e, em muitos casos, onde ficam internados. Esse quadro evidencia que mesmo diante das denúncias apresentadas aos órgãos fiscalizadores e aos veículos de comunicação, a falta de condições operacionais dos hospitais e unidades de atendimento ainda persistem.

Os Hospitais enfrentam [...] dificuldade de acolher a demanda de cirurgias, devido à falta de equipamentos, inadequação das estruturas físicas das salas cirúrgicas, ocasionando fila de espera em especialidades de média e alta complexidade. Outra característica da rede hospitalar do Estado é que os hospitais são de médio porte com baixa resolutividade nas quatro clínicas básicas e em sua maioria realizam internações clínicas. As edificações das unidades hospitalares da SESA/AP são em sua maioria antigas, necessitando constantemente de reformas de suas áreas físicas, para recuperação e adequação a legislação sanitária vigente. (Secretaria de Estado da Saúde - PES/2016-2019, 2017, p.147).

A justificativa apresentada pelo gestor da SESA fundamenta-se no orçamento insuficiente e na falta de autonomia financeira, o que corrobora com a fragilidade do sistema de saúde. Essa assertiva é exposta em documentos oficiais onde se ressalta que

Os hospitais públicos do Amapá, como os demais hospitais públicos do país enfrentam: a falta de autonomia orçamentária, financeira e técnico-administrativa; limitações de ordem fiscal especialmente quanto à admissão e expansão de recursos humanos; falta de agilidade nos processos licitatórios para aquisição de insumos de necessidade urgente. A gestão burocrática e centralizada provoca a elevação dos custos de manutenção da rede hospitalar, dificultando o planejamento das ações. (Secretaria de Estado da Saúde - PES/2016-2019, 2017, p.147).

A condição do subfinanciamento é agravante a ponto de reduzir os serviços já oferecidos, que se tornam poucos diante das necessidades, ou seja, se antes o quadro era de subfinanciamento, agora o que se apresenta é um desmonte. O projeto político que se apresenta atualmente é sedimentado na valorização do mercado, ou seja, nos interesses econômicos em detrimento dos direitos sociais, contrariando a lei nº 8080/90, conhecida como a lei do SUS que, em seu Art. 2º, § 1º estabelece:

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Do ponto de vista das legislações que instituíram o SUS, este sistema está a serviço da população brasileira para garantir a assistência à saúde de todos de forma universal, igualitária e equânime, todavia, as dificuldades engendradas através da política de Estado neoliberal presentes dentro do próprio sistema inviabilizam o cumprimento desses direitos.

Atualmente o SUS passa por um período conturbado e desafiador. Quando se fala em saúde pública, muitos são os desafios enfrentados diariamente, seja por gestores, usuários ou pelos profissionais da saúde. Tais entraves podem ser agravados com a aprovação da PEC 55/2016 que restringe o financiamento para a saúde por pelo menos 20 anos.

Um dos pontos relevantes e preocupantes é o veto para a realização de concursos públicos, criação de novos cargos e a contratação de pessoal. Na prática essa medida pode ser traduzida pelo aumento das filas nos hospitais, precarização dos serviços, insatisfação dos usuários, sucateamento dos postos de trabalho, etc.

Se compararmos com outros países do mundo, o SUS é um sistema singular e único, todavia, muito precisa ser feito, a começar pelo aumento da receita disponibilizada para o setor, visto que o montante orçado não atende à demanda de serviços e produtos de saúde necessários para assegurar os princípios preconizados na lei nº 8080/90.

É importante asseverar que muitos foram às conquistas no decorrer desses 30 anos de implantação do SUS, entretanto, apesar da obrigatoriedade no cumprimento da lei, milhares de

brasileiros morrem anualmente à espera de tratamento. O subfinanciamento é um dos indicadores para a ineficácia da oferta dos produtos e serviços de saúde do qual decorrem todos os outros.

Apesar do imperativo da lei e a necessidade da gestão compartilhada entre os entes federados, os desafios são infindáveis e precisam ser superados, para tanto é necessário encontrar mecanismos que leve à população, a possibilidades de prevenção de doenças e seus agravos. Essas conquistas só serão possíveis através de projetos estruturantes que priorize medidas preventivas, pela superação da fragmentação dos serviços e pela reestruturação dos organismos governamentais e municipais. Essas são condições basilares para a oferta de serviços com qualidade à população brasileira.

No que se refere à operacionalização da estrutura do sistema de saúde, o estado do Amapá dispõe de um quadro funcional composto por profissionais efetivos, terceirizados e comissionados, que pela complexidade dos serviços que executam em todas as modalidades de atendimento e pelas mudanças ocasionadas pela introdução de tecnologias leves e pesadas nos ambientes de trabalho, necessitam estar em constante atualização - o que só será possível através de políticas públicas voltadas para esses objetivos. Baseados nessa premissa, e em consonância com a Lei Orgânica do SUS, nº 8080/90, em seu art. 27, estabelece que

A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal. (BRASIL, Lei nº 8080/90).

Diante do exposto, apresentaremos um breve olhar sobre a Política de Educação Permanente desenvolvida no estado do Amapá visto que a formação dos trabalhadores da saúde é o objeto deste estudo.

### 3.2 A FORMAÇÃO TÉCNICA DOS TRABALHADORES EM SAÚDE

As informações apresentadas quanto à formação profissional da força de trabalho do SUS/AP foram extraídas dos Relatórios de Gestão da SESA e do Governo do Estado do Amapá, visto que esses instrumentos se consolidam a partir da execução da Programação Anual de Saúde (PAS) que por sua vez é orientada pelo Plano Estadual de Saúde (PES). A partir da execução das ações e serviços de saúde desenvolvidos pela SESA e através da

produção de serviços oferecidos pelo governo do estado é que são sistematizadas as informações e publicadas através do Relatório Anual.

Em contrapartida, a execução das ações e serviços planejados no PES e na PAS só poderão ser concretizados através da disponibilidade de recursos financeiros, motivo pelo qual o dispêndio orçado para esse fim deve compor três importantes instrumentos: o PPA, LDO<sup>25</sup> e LOA<sup>26</sup>. Essa garantia corroboraria sobremaneira para o aperfeiçoamento gradativo, contínuo e ininterrupto dos projetos, programas e ações que consolidam o desenvolvimento do SUS nas diferentes esferas.

O próprio PES reconhece os trabalhadores do SUS como à base do sistema e, nesse sentido, as áreas de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde são primordiais, como podemos constatar na citação a seguir:

Caracterizada como um dos principais pontos de discussão relacionados à consolidação do SUS, a Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde representa a base de sustentação do sistema, em virtude de o mesmo ter a sua potência alicerçada nos seus trabalhadores. (Secretaria de Estado da Saúde - PES/2016-2019, 2017. p.188).

Assim, neste item apresentaremos, inicialmente, o quadro funcional da SESA para, em seguida, demonstrarmos a importância e necessidade de formação da força de trabalho em saúde, tendo por foco, os trabalhadores técnicos de nível médio.

A SESA possui um quadro funcional formado por diferentes vínculos empregatícios. O quantitativo de servidores é alterado periodicamente por inúmeras razões, dentre as quais, a vacância ocasionada por morte, invalidez ou aposentadoria; a influência político-partidária, dentre outros.

Diante do exposto, apresentamos o quadro funcional da SES do ano de 2018, organizado de acordo com a tabela a seguir:

TABELA 05 – Quadro funcional da Secretaria de Saúde do Estado do Amapá

ORDEM	VÍNCULO	QUANTITATIVO	VALOR PAGO
01	Cargos Comissionados	120	R\$ 290.961,01
02	Contratos Temporários	815	R\$ 6.433.990,70
03	Servidores Efetivos do estado	5.047	R\$ 29.907.926,91
04	Servidores Efetivos do Quadro Federal	857	R\$ 1.914.731,42
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>6.839</b>	<b>R\$ 38.547.610,05</b>

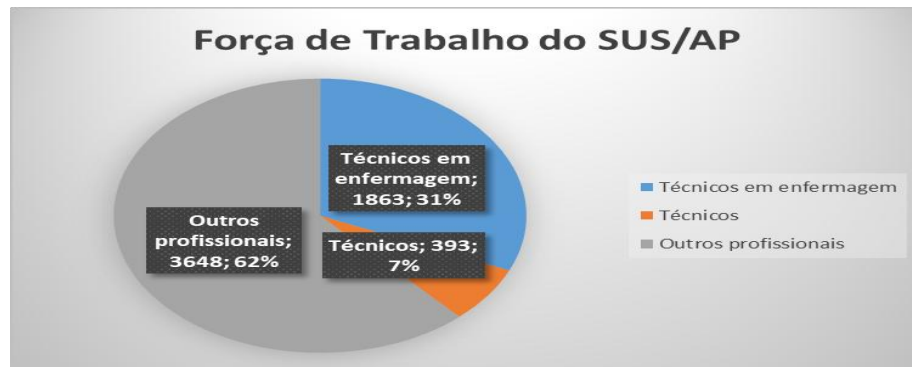
<sup>25</sup> A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) define financeiramente as metas e ações que serão desenvolvidas de acordo com o que está definido no PPA.

<sup>26</sup> A Lei Orçamentária Anual (LOA) apresenta os orçamentos – Fiscal, da Seguridade Social e de Investimentos das estatais, ou seja, executa o detalhamento do foi planejado no PPA e priorizado na LDO.

Portal da Transparência - Governo do Estado do Amapá - mês de referência - janeiro de 2018. Consulta realizada no dia 04/09/2018, às 14:58:02.

As informações apresentadas quanto à formação técnica dos trabalhadores do SUS/AP foram compiladas do Portal da Transparência do governo do estado do Amapá, no qual traz a informação de que no ano de 2018, o quadro funcional da SESA foi composto por um total de 5.904 (cinco mil, novecentos e quatro) profissionais com vínculos, pertencentes ao quadro federal e estadual,

e



distribuídos de acordo com o gráfico a seguir:

**GRÁFICO 05 - FORÇA DE TRABALHO DO SUS**

Do total de 5.904 (cinco mil, novecentos e quatro) profissionais com vínculos, 2.256 (dois mil, duzentos e cinquenta e seis) são técnicos. Cabe destacar o número expressivo de técnicos em enfermagem: 1.863 (um mil, oitocentos e sessenta e três), equivalente a 31%, do total de servidores.

Os 2.256 (dois mil, duzentos e cinquenta e seis), profissionais da Secretaria de Saúde do estado do Amapá contratados com formação técnica desenvolvem suas funções em diferentes áreas de acordo com o que está demonstrado na tabela 06.

TABELA 06: Profissionais da Secretaria de Saúde do Estado do Amapá contratados com formação técnica.

ORDEM	TÉCNICOS	
	FORMAÇÃO TÉCNICA	QUANTITATIVO
01	Técnico em Patologia Clínica	09
02	Técnico em Laboratório	204
03	Técnico em Radiologia	51
04	Técnico em Nutrição e Dietética	40
05	Técnico em Informática	05
06	Técnico em Enfermagem	1.863
07	Técnico em Segurança do Trabalho	15
08	Técnico em Higiene Dental	69
09	Técnico em Prótese Dentária	09
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>2.265</b>

Consulta realizada no dia 04/09/2018, as 14:58:02 – ano 2018- Portal da Transparência – Governo do Estado do Amapá – Secretaria de Estado da Saúde.

Extraindo os 38% de servidores de nível técnico, restam 62% de servidores com diferentes funções e formações de acordo com o que se apresenta a seguir:

a) Servidores de nível superior: compõem o quadro de servidores da saúde 1.821 (um mil, oitocentos e vinte e um), o equivalente a 30,84% do total.

Esse quantitativo compreende diversas funções, ilustradas na tabela a seguir.

TABELA 07 - Profissionais da Secretaria de Saúde do estado do Amapá contratados com nível superior.

ORD	V. ESTADO	QTD	ORD	S. ESTADO	QTD	ORD	V. ESTADO	QTD
01	Biomédico	50	21	Psiquiatria	04	41	Medicina do trabalho	02
02	Odontólogo	01	22	Anestesiata	13	42	Medicina intensiva	04
03	Fisioterapeuta	163	23	Radiologia	12	43	Nefrologia	01
04	Fonoaudiólogo	41	24	Farmácia/bioquímica	80	44	Neonatologia	06
05	Nutricionista	78	25	Acupuntura	01	45	Neurocirurgia	05
06	Terap. Ocupac.	36	26	Bulco maxilar	49	46	Obstetra	04
07	Farmacêutico	128	27	Cardiologista	05	47	Oftalmologista	08
08	Enfermeiro	581	28	Cirurg. Cardiovascular	03	48	Ortodontia	10
09	Assist. Social	81	29	Cirurgia geral	28	49	Ortopedista	07
10	Biólogo	10	30	Cirurgia plástica	04	50	Otorrinolaringologist.	05
11	Médico	03	31	Cirurgia vascular	02	51	Patologia	01
12	Psicólogo	56	32	Cirurgião cardíaco	01	52	Pediatria	33
13	Químico	02	33	Endocrinologia/metab.	02	53	Periodontia	16
14	Médico/veter.	36	34	Endodontia	12	54	Radiologia	04
15	Clinico geral	159	35	Entomologia	02	55	Ultrassonografia	02
16	Ginec. / Obstet.	16	36	Gastroenterologia	05	56	Alergia e imunologia	01
17	Urologista	03	37	Geriatria	01	57	Dermatologista	02
18	Clínica médica	05	38	Ginecologista	11	58	Intensiva pediátrica	01
19	Odontopediatria	14	39	Infectologia	03	59	Neurologia	02
20	Reumatologia	02	40	Mastologia	03	60	Pneumologia	02
		<b>1.465</b>			<b>241</b>			<b>115</b>
<b>1821</b>								

Portal da Transparência – Governo do Estado do Amapá – Secretaria de Estado da Saúde. Consulta realizada no dia 04/09/2018, as 14:58:02/Ano 2018



b) Auxiliares: Os trabalhadores que exercem cargos de auxiliares em distintas atividades somam um total de 687 (seiscentos e oitenta e sete) - o que equivale a 11,63%, de servidores efetivos.

TABELA 08 - Profissionais da Secretaria de Saúde do estado do Amapá contratados como auxiliar.

ORDEM	VÍNCULO ESTADO	QUANTITATIVO
01	Auxiliar de laboratório	45
02	Auxiliar de enfermagem	241
03	Auxiliar de serviços diversos	01
04	Aux. oper. de serviços diversos	135
05	Aux. De apoio a gestão	248
06	Auxiliar de motorista oficial	06
07	Auxiliar de enfermagem	04
08	Auxiliar de serviços operacionais	07

Governo do Estado do Amapá -- Secretaria de Estado da Saúde - Portal da Transparência -Consulta realizada no dia 04/09/2018, as 14:58:02 – ano 2018-

c) Funções administrativa operacional: o quadro de servidores efetivos da SESA é composto ainda por outros profissionais que possuem diferentes níveis de formação e desenvolvem suas atividades em diferentes funções administrativas.

TABELA 09 - Profissionais da Secretaria de Saúde do estado do Amapá que exercem funções administrativas e operacionais.

VÍNCULO ESTADO	QTD	VÍNCULO ESTADO	QTD
Assistente administrativo	42	Ass. Tec. Nível 01- ass. De desen. instit.	01
Condutor de veículos	88	Gerente de núcleo de apoio téc. coord. gestão	01
Telefonista auxiliar reg. Médico	30	Sec. Adjunto de gestão e planejamento	01
Agente de saúde pública	64	Coord. De planejamento	01
Agente administrativo	01	Ger. de N. de gest. de contratos- coord. Ad.	01
Analista de finanças e controle	01	Ger. de núc. de eng. e arquit. em saúde	01
Analista administrativo	02	Motorista do secretário	02
Analista de planejamento e orçamento	04	Resp. por grupo de ativ. III	01
Educador sócio ambiental	04	<b>VÍNCULO FEDERAL</b>	<b>QTD</b>
Condutor de veículo de emergência marítimo	04	Ag. de saúde pública	01
Fiscal de vigilância sanitária	16	Laboratorista	01
Radioperador de central de regulação médica	10	Gratificação destino	843
Subgerente resp. tec. HCAL	01	Sec. Adjunto do FES	01
Ger.de N. de gestão de pessoas. Coord. Geral	01		
<b>1.123</b>			

Portal da Transparência – Governo do Estado do Amapá – Secretaria de Estado da Saúde. Consulta realizada no dia 04/09/2018, as 14:58:02 - ano 2018-

A soma de profissionais administrativo operacional, é de 1. 123 (um mil, cento e vinte e três) servidores - o que equivale a 19,02%, do total de servidores efetivos.

O número de profissionais apresentado não atende às necessidades operacionais do sistema de saúde, visto que

Percebe-se um esvaziamento de determinadas áreas decorrentes da distribuição de servidores em parte cedidos para outros órgãos, acarretando baixa qualidade na prestação de serviços à população. (Secretaria de Estado da Saúde - PES/2016-2019, 2017, p.188 - 189).

Para efetivar a formação e a qualificação desses servidores, a SESA tem a responsabilidade de desenvolver a Política de Educação Permanente em Saúde (PEPS) que, por sua importância, deve integrar-se às legislações existentes a nível governamental como forma de garantir o dispêndio necessário para a execução de ações formativas, visto que, tais atividades demandam custos operacionais para o desenvolvimento do planejamento proposto.

A PEPS é uma política de formação profissional que deve ser desenvolvida em prol dos profissionais em saúde que integram a estrutura organizacional da SESA para que estes possam estar devidamente atualizados e qualificados para desenvolver suas atividades satisfatoriamente considerando a complexidade das inúmeras atividades que compõem o sistema e às mudanças ocasionadas pelo novo modelo de organização do sistema de saúde, que introduz novas tecnologias no setor.

Para tanto, a SESA deve-se instituir um planejamento sistêmico articulado com toda a estrutura do SUS, visto que,

A complexidade do processo de trabalho em saúde aponta para uma formação mais polivalente necessária para atingir os objetivos da instituição, levando em consideração as mudanças tecnológicas que ocorrem aceleradamente nesse campo e essas mudanças têm impacto na vida das pessoas, no seu estado de saúde onde o foco principal dessas atividades é a prestação de serviço à população. (Secretaria de Estado da Saúde - PES/2016-2019, p.188 - ano de publicação, 2017).

Apesar da importância da PEPS, nas análises feitas em documentos oficiais do setor, percebe-se uma desorganização quanto ao planejamento das ações que, por vezes, se dão isoladas, desarticuladas e, por conseguinte, mantém-se dissociadas tanto do PES, quanto do PAS, instrumentos norteadores das ações voltadas para o aprimoramento do sistema de saúde.

O planejamento isolado é um dos fatores que contribuem para a inviabilidade na execução das ações, principalmente pela falta de orçamento. Diante do exposto, as ações que foram desenvolvidas no tocante a formação, qualificação e requalificação da força de trabalho nos últimos oito anos que estão expressas nos relatórios de gestão, tanto da SESA quanto do GEA, são atividades formativas, dentre as quais, palestras, seminários, simpósios, campanhas, dentre outras, ou seja, constatamos que na maioria dos casos foram programadas e realizadas ações de curta duração, com carga horária reduzida e para um público diverso.

Diante do exposto, apresentaremos um breve histórico das atividades que foram desenvolvidas pela SESA, no período de 2011 a 2018.

A PAS/SESA/2011 foi apresentada contendo um conjunto de 43 diretrizes com seus objetivos e metas definidas visando melhorar as condições e a oferta de produtos e serviços destinados a população amapaense. Dentre as ações desenvolvidas estão aquelas voltadas a formação e qualificação profissional dos trabalhadores. De acordo com a PAS 2011, foram realizadas 107 capacitações.

No ano de 2012, a PAS/SESA/2012, apresentada através do RAG/SESA/2012, continha 23 diretrizes, das quais 07 contemplaram algumas ações formativas como: capacitação, palestras, seminários, campanhas educativas, dentre outras.

No ano de 2013, a PAS/2013 integrou um conjunto de ações que seriam realizadas através de cinco eixos prioritários: Atenção à Saúde, Atenção Primária, Vigilância em Saúde, Modernização da Gestão do SUS e Investimentos em Saúde. Tais eixos foram distribuídos em 16 diretrizes que, divididas em metas e ações, implicavam no fortalecimento do sistema de saúde. Das 16 diretrizes apresentadas, somente 04 diretrizes continham formativas, contemplando a realização de 83 capacitações.

No exercício de 2014, o relatório de gestão evidencia que “não houve Programação Anual” (RAG/SESA/2014, p. 11).

Em 2015, as informações apresentadas quanto às qualificações realizadas estão expressas no Relatório Anual de Gestão do Governo do Estado (RAG/GEA/2015) que evidenciam que foram realizadas:

01 Capacitação em Farmácia Hospitalar - realizada na Escola de Administração Pública – EAP (43 participantes). 01 Capacitação em Humanização – realizada no Hospital Dr. Alberto Lima – HCAL – UNACOM (50 participantes); Desenvolvimento em Equipe – realizado na Escola de Administração Pública – EAP; (45 participantes Gerenciamento de Projetos - realizado na Escola de Administração Pública – EAP; (35 participantes). (Governo do Estado do Amapá - RAG/2015, 2016, p. 51)

De acordo com as informações apresentadas foram realizadas 02 capacitações e duas atividades formativas. A Escola de Administração do Amapá (EAP) e a Unidade de Oncologia, integrante do Hospital de Clínicas do Amapá, foram as instituições formadoras responsáveis pelo processo formativo.

Em 2016, de acordo com o RAG/SESA/2016, os investimentos no setor saúde foram concentrados na reorganização da infraestrutura do SUS. Foram realizadas construções,

ampliações e reformas das unidades de Saúde do Estado, assim como foram adquiridos novos equipamentos tecnológicos como alternativa para a modernização do sistema de informação do setor.

O RAG/SESA/2016 apresentou o PAS contendo 06 diretrizes sem fazer o desdobramento em metas e ações, o que inviabiliza a apresentação de alguma atividade relacionada à formação e qualificação dos trabalhadores do SUS. As diretrizes apresentadas previam:

Diretriz 01. Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS; Diretriz02: Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde; Diretriz 03. Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável; Diretriz 04. Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho. Tudo isso considerando as metas de superação das demandas do mundo do trabalho na área da saúde estabelecidas pela Década de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, iniciada em 2013; Diretriz 05. Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde e com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concertação de responsabilidades dos municípios, estados e União, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral; Diretriz06. Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos. (Secretaria de Estado da Saúde - RAG/2016, 2017. p. 11-13).

Para o ano de 2017, os investimentos foram concentrados na realização de atividades estruturais da Atenção Básica, Atenção Especializada e Rede de Atenção à Saúde como proposta de fortalecimento das unidades de saúde e melhoria na oferta dos serviços. Tais ações tinham como objetivo:

Reorganizar e estruturar os serviços e ações de saúde de forma integrada, hierarquizada, igualitária e articulada em todos os pontos e níveis de atenção dentro das Redes de Saúde, com a finalidade de garantir acesso a todos (as) os cidadãos amapaenses. Execução e resultados alcançados por meio das ações de saúde. (Governo do estado do Amapá - RAG/2017, p. 42).

A SESA apresentou a PAS/2017 visando “Garantir um serviço de qualidade à população e a valorização do serviço por meio de um atendimento humanizado que promova a integração profissional e paciente” (PAS/SESA/2017, p. 4).

A PAS estruturou-se na execução de 03 programas:

PROGRAMA: Gestão do Sistema Único de Saúde - SUS. Objetivo: Fazer a gestão do SUS através de um Processo descentralizado na definição de metas pactuadas para a educação em saúde, na implementação do acompanhamento e monitoramento em tempo real da execução da assistência à saúde no Estado; PROGRAMA: Organização das Redes de Atenção à Saúde. Objetivo: Reorganizar e estruturar os serviços e ações de saúde de forma integrada, hierarquizada, igualitária e articulada em todos os pontos e níveis de atenção dentro das Redes de Saúde, com a finalidade de garantir acesso a todos (as) os cidadãos amapaenses PROGRAMA: Vigilância em Saúde Objetivo: Desenvolver ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, a população, por meio do fortalecimento de ações e serviços integrados com a Atenção Primária em Saúde (APS), que assegure uma Rede de acesso diagnóstico como suporte as Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária e Ambiental, bem como monitorar os fatores de riscos não biológicos relacionados ao meio ambiente e áreas de risco de transmissão de doenças por vetores através de ações focadas na quebra do ciclo biológico. (Governo do estado do Amapá RAG/2017, 2018, p. 141- 144).

As atividades formativas intrínsecas nos programas supracitados foram às seguintes:

Política na Gestão do Trabalho, da Educação e na Saúde, no valor de R\$ 738, 717 (setecentos e trinta e oito mil, setecentos e dezessete reais), e ainda: 36 iniciativas envolvendo parcerias, instalação de conselhos, comitês, entre outros. PAG.41; Modernização da Gestão, no valor de R\$ 52,888 (cinquenta e dois mil, oitocentos e oitenta e oito reais), e ainda: 08 iniciativas envolvendo capacitação, fiscalizações, reuniões, etc. Realizar as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador com Efetividade, no valor de R\$ 32,858 (trinta e dois mil, oitocentos e cinquenta e oito reais) e, ainda: 50 iniciativas de capacitações, parcerias, fiscalizações, entre outras. (Governo do estado do Amapá - RAG/GEA/2017, p. 41).

Para a realização das ações apresentadas no ano de 2017 foram investidos o valor de R\$ 824.463,00 (oitocentos e vinte e quatro mil, quatrocentos e sessenta e três mil reais).

No ano de 2018 a SESA apresentou a PAS/2018 contendo diretrizes, metas e ações quanto à formação, qualificação e requalificação profissional, quando estariam envolvidos nas atividades formativas o total de 2.798 servidores, correspondente a 40,91% do total de servidores em saúde do corrente ano, entretanto, não se pode informar quais atividades foram realizadas visto que os documentos de gestão ainda não haviam sido divulgados pelo fato do ano estar em curso no momento da finalização desta pesquisa.

Das análises feitas na Programação Anual de Saúde dos anos analisados evidenciam sérios problemas quanto à sua efetivação, dentre as quais podemos citar: 1- Não houve possibilidades de separar as ações formativas destinadas somente aos servidores de nível médio, visto que na grande maioria as ações foram planejadas para um público diverso de acordo com os objetivos preconizados nas Diretrizes do PES e das PAS; 2 - Há ausência de informações quanto à instituição formadora. 3 - Na maioria das qualificações realizadas não há clareza quanto ao número exato de profissionais qualificados, visto que se usa o termo “qualificar profissionais” sem o detalhamento do quantitativo; 4 - Os documentos de gestão como RAG/GEA e RAG/SESA não apresentam a previsão orçamentária dos recursos disponibilizados, com exceção do ano de 2017 que prevê o investimento de R\$ 824.463,00 (oitocentos e vinte e quatro mil, quatrocentos e sessenta e três mil reais); 5- Grande parte das ações formativas que integram as Programações Anuais de Saúde analisadas poderiam ser realizadas pela ETSUS/AP, entretanto, a escola teve participação incipiente nessas formações, como será demonstrada no próximo capítulo; 7 - A PAS dos anos analisados integram inúmeras atividades formativas, entretanto grande parte do planejado não foi realizado.

O sistema de saúde do estado do Amapá precisa de uma reestruturação visto que,

Há deficiência na formulação de políticas, pouca implementação do monitoramento e avaliação das políticas públicas, baixa capacidade institucional da gestão. Somando-se a isso, temos a debilidade na reorientação do sistema e dos serviços de saúde com ênfase na promoção da saúde aliada à ausência de elaboração de normas e intervenções para favorecer condutas voltadas a essa prática. (Secretaria de Estado da Saúde - PES 2016/2019, 2017 p.187).

Sobre essa assertiva, Castro et al (2014, p.133 apud Sá, 2001) considera que:

As organizações públicas de saúde vivem uma crise que não é resultado apenas das políticas de sucateamento e da conseqüente insuficiência de recursos, mas de um complexo processo de desqualificação da assistência que combina omissão, falta de ética, baixa responsabilidade institucional, descompromisso com a relação aos processos organizacionais, falta de solidariedade e apatia com relação à dor e ao sofrimento alheio.

Os avanços no SUS/AP, são percebidos, entretanto, muito precisa ser feito no tocante a efetivação da PEPS, que beneficie não somente os profissionais de nível técnico e sim uma formação profissional ampliada, garantindo um serviço humanizado, com profissionais qualificados para lidar com as diversidades e as adversidades a que estão expostos diariamente.

#### **4 A ESCOLA TÉCNICA DO SUS/AP E AS CONTRIBUIÇÕES NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO ESTADO DO AMAPÁ.**

O presente capítulo tem por objetivo apresentar as contribuições da Escola Técnica do Sistema Único de Saúde do estado do Amapá (ETSUS/AP) na formação profissional dos servidores do SUS desde sua criação até os dias atuais. Destacamos que contar parte dessa história se torna relevante, pois os registros formais sobre a instituição são vagos e incompletos visto que, ao longo dos últimos anos, devido às sucessivas mudanças de prédio em decorrência das reformas pela qual passou a instituição, parte da documentação foi extraviada, inviabilizando um registro mais fidedigno de sua trajetória.

As Escolas Técnica do SUS desenvolvem ações específicas de capacitação, dentro de uma política global de Educação Permanente privilegiando espaços coletivos de discussão e problematização das demandas relacionadas às questões de saúde.

Criada com o objetivo de qualificar e requalificar os profissionais de saúde do SUS no Amapá, a ETSUS/AP está habilitada para realizar atividades formativas, sejam elas capacitações através de cursos profissionais de nível médio, cursos de Formação Inicial e Continuada (C'Fics), oficinas, palestras, seminários, reuniões, dentre outras ações que estejam relacionadas ao processo formativo do servidor em saúde. Tais atividades estão devidamente autorizadas pelos órgãos reguladores - Conselho Estadual de Saúde (CES/AP) e Conselho Estadual de Educação (CEE/AP)

Os Cursos Técnicos do Eixo Ambiente, Saúde e Segurança, que são ofertados pela ETSUS/AP, foram autorizados para funcionamento através do CEE/AP de acordo com os dispositivos legais que seguem: Resolução nº 024/12 - Curso Técnico de Meio Ambiente; Resolução nº 57/11 - Curso Técnico de Análises Clínicas; Resolução nº 95/11 - Curso Técnico em Saúde Bucal; Resolução nº 038/12 - Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde; Parecer nº 03/2017 - que autoriza e renova o funcionamento do Curso Técnico em Enfermagem.

Apesar dos entraves para a realização das atividades supracitadas em decorrência de problemas protocolares e burocráticos, a ETSUS/AP mantém parcerias com inúmeras instituições públicas, autarquias e entidades filantrópicas dentre as quais - Secretaria Estadual de Saúde (SESA); Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA); Secretaria de Meio Ambiente (SEMAM); Instituto de Hematologia e Hemoterapia do Amapá (HEMOAP); Laboratório Central de Saúde Pública do Amapá (LACEN); Grupo de Odontologia Especializada (GOE);

Instituto do Meio Ambiente e de Ordenamento Territorial do Amapá (IMAP); Abrigo São José, dentre outras - que por receberem os alunos da escola para a prática do Estágio Supervisionado solicitam como contrapartida, a oferta de cursos e outras atividades formativas para serem ofertadas aos profissionais lotados naquelas instituições.

Durante décadas de atuação, ainda quando não era configurada como uma ETSUS, a escola formou um número exponencial de alunos em diferentes cursos técnicos de saúde, no entanto, o quantitativo de alunos matriculados e certificados ao longo dos anos, não pôde ser apresentado com exatidão visto que, muita documentação foi extraviada, inviabilizando a apresentação fidedigna do número de profissionais formados na instituição pesquisada antes desta tornar-se uma ETSUS.

As informações relativas às matrículas iniciais e certificação foram extraídas de livros Atas que, à época, registravam o número de entradas de alunos anualmente. Os anais apresentados foram compilados dos livros: Livro 01 (1994, 1995, 1996, 1997); Livro 02 (1997, 1998); Livro 03 (1998, 1999); Livro 04 (1999); Livro 05 (1999); Livro 06 (1999 e 2000); Livro 07 (2000); Livro 08 (2000); Livro 09 (2000 e 2001); Livro 10(2001); Livro 11(2001); Livro 12 (2001 e 2002); Livro 13 (2002); Livro 14 (2002 e 2003).

Diante do exposto, os registros apresentados na tabela a seguir, são referentes ao desempenho da escola no tocante à formação técnica em saúde, sob a responsabilidade da SEED, quando a escola ainda não havia se tornado uma ETSU.

TABELA 10 - Quantitativo de alunos matriculados por curso técnico antes da escola tornar-se ETSUS

Curso Técnico	Matricula Total	Certificados	Percentual certificados
Curso T. em Nutrição	5.154	176	3,41%
Curso T. em Eletrotécnica	7.384	558	7,55%
Curso T. em Patologia Clínica	4.769	492	10,31%
Curso T. em Saneamento Básico	3.495	171	0,48%
Curso T. em Enfermagem	4.452	515	11,56%
Técnico Habilitação B. em saúde	1483	15	0,10%
<b>Total</b>	<b>26.737</b>	<b>1.927</b>	<b>7,20%</b>

Fonte: Escola Técnica do SUS – Livros de ATAS de 01 a 14

Os cursos Técnicos em Nutrição, Eletrotécnica, Patologia Clínica, Saneamento Básico e Habilitação Básica em Saúde iniciaram em 1979. Recebiam anualmente, em média, 250 novos alunos. As últimas turmas dos cursos supracitados foram encerradas no ano de 2002.

O fluxo de matrícula dos cursos supracitados aconteceu de acordo com a descrição a seguir:



1 - Curso Técnico em Nutrição - o total de alunos matriculados no curso de técnico em nutrição foi de 5.154 (cinco mil, cento e cinquenta e quatro) alunos, dos quais forma certificados 176 (cento e setenta e seis) alunos, o equivalente a 3,41% do total de alunos matriculados;

2 - O curso Técnico em Eletrotécnica - foi o curso que mais recebeu alunos, um total de 7.384 (sete mil, trezentos e oitenta e quatro) alunos. Desse total, somente 558 (quinhentos e cinquenta e oito) alunos receberam a certificação. O equivalente a 7,55% do total de alunos matriculados;

3- Curso Técnico em Patologia Clínica - foram matriculados um total de 4.769 (quatro mil, setecentos e sessenta e nove) alunos. Desse total, foram certificados 492 (quatrocentos e noventa e dois) alunos, o que corresponde a 10,31% do total de alunos matriculados;

4 - O Curso Técnico em Saneamento Básico - foram matriculados 3.495 (três mil, quatrocentos e noventa e cinco). Desse total, consta o registro de certificação de somente 171 (cento e setenta e um) alunos, correspondente a 0,48% do total de alunos matriculados;

5 - O Curso Técnico em Enfermagem - iniciou no ano de 1974 com a matrícula de 131 alunos distribuídos em três turnos, teve a entrada de 253 novos alunos, em 2002, quando as atividades foram paralisadas para a reforma. Registra-se o total de 4.452 (quatro mil, quatrocentos e cinquenta e dois alunos) matriculados, dos quais 515 (quinhentos e quinze) foram certificados, o que corresponde a 11,56% do total de alunos matriculados.

No ano de 2006, se deu a constituição da Escola Técnica do SUS (ETSUS/AP), mas suas atividades se iniciaram somente no ano de 2009.

No ano de 2009, a escola recebeu novos alunos, no entanto, apesar de serem cursos voltados para a formação de técnica em saúde, foram ofertados para a comunidade em geral, ratificando a falta de planejamento conjunto entre a SESA e SEED, mesmo a ETSUS já existindo desde o ano de 2006, inclusive funcionando no mesmo prédio que o CEPGRS. Ainda assim, não houve um planejamento efetivo para a formação dos trabalhadores técnicos da saúde. Tal fato gera um descompasso na configuração de políticas públicas para a formação técnica em saúde.

Após tornar-se ETSUS, a escola manteve seu cronograma de atividades incluindo a formação de novas turmas para cursos técnico. Entretanto, as vagas eram destinadas ao público em geral, preferencialmente para candidatos que haviam concluído o ensino médio. A SEED foi a responsável pelos custos operacionais dessas formações, o que implica dizer que não houve interlocução entre a escola ETSUS e as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde

de maneira que pudesse ampliar o número de vagas e atender à demanda dos profissionais do SUS.

Vale recordar que o impasse está no fato de que, quando a formação é voltada para o público em geral com o propósito de formar novos trabalhadores, a responsável pela logística é a Secretaria Estadual de Educação (SEED). Quando a formação é voltada para os profissionais já inseridos no sistema de saúde, as responsáveis diretas seriam as Secretarias de saúde Estadual (SESA) e a Municipal (SEMSA).

A tabela a seguir ilustra o quantitativo de alunos matriculados por curso técnico após a escola tornar-se ETSUS, porém sob a responsabilidade da SEED, com exceção do Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde, que foi parcialmente financiado pela SESA/MS.

TABELA 11 - Quantitativo de alunos matriculados por curso técnico após tornar-se ETSUS

curso	ANO	TOTAL DE MATRICULADOS	ANO	TOTAL DE MATRICULADOS
Análises clínicas	2009	110	2013	108
	2010	117	2014	46
	2011	95	2015	270
	2012	108	Total	683
Técnico em Saúde Bucal	2009	45	2013	105
	2010	44	2014	98
	2011	100	2015	248
	2012	40	Total	680
Técnico em Meio Ambiente	2011	84	2015	113
	2013	95	2016	0
	2014	34	Total	326
Técnico em Enfermagem	2011	170	2014	120
	2012	149	2015	244
			Total	683
Téc. em Agente C. de Saúde	2010	450	Total	450

CENSO ESCOLAR – 2009 A 2015

O fluxo de matrícula dos cursos supracitados aconteceu de acordo com a descrição a seguir:

1- Curso Técnico em Análises Clínicas iniciou em 2009. Apesar de haver demanda expressiva para esse curso, em 2015 aconteceu o último processo seletivo para a entrada de novos alunos. A justificativa reside na falta de recursos para custear as despesas referentes a manutenção dos laboratórios e a compra de insumos. Até o presente momento foram matriculados 854 (oitocentos e cinquenta e quatro) alunos. Desse total, somente 98 (noventa e oito) receberam a certificação, o que corresponde a 11,47% do total;

2- O curso Técnico em Saúde Bucal, iniciou em 2009, após a reforma. O último processo seletivo aconteceu em 2015. Foram matriculados um total de 680 (seiscentos e

oitenta) alunos. Desse total, 126 (cento e vinte e seis) alunos foram certificados. O equivalente a 18,52% do total de alunos matriculados;

3- Curso Técnico em Meio Ambiente iniciaram em 2011. O último processo aconteceu em 2015. Foram matriculados um total de 326 (trezentos e vinte seis) alunos. Desse total, somente 60 (sessenta alunos foram certificados), o que corresponde a 18,40% do total de alunos matriculados;

4 - Curso Técnico em Enfermagem - retomou a oferta de vagas no ano de 2011, quando foram matriculados 170 alunos, o último processo seletivo aconteceu em 2015, quando foram matriculados 244 alunos, totalizando 683 alunos matriculados;

5- Técnico em Agente de Combate a Endemias - No ano de 2010 foram matriculados 450 alunos.

Nos anos de 2009, 2010 e 2011, o Ministério da Saúde encaminhou à SESA demandas relativas à formação técnica da força de trabalho do SUS, que seriam realizadas através do PROFAPS. Os cursos requeridos nos anos de 2009 e 2010 estão descritos na tabela a seguir:

TABELA 12 – Demandas do Ministério da Saúde para a formação técnica – ano de referência 2009 e 2010.

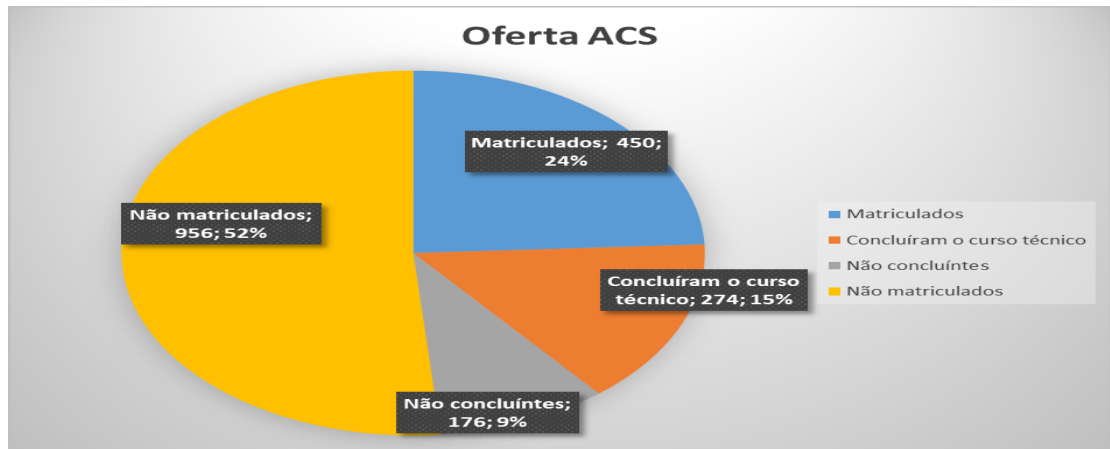
ANO	CURSO A SER OFERTADO	QTD. ALUNOS	RESULTADO	OFERTA
2009	Aperf. em Saúde do Idoso	170	Não foi ofertado	0
2010	Téc. em Análises Clínicas	60	Não foi ofertado	0
	Téc. em Radiologia	60	Não foi ofertado	0
	Téc. em Vigilância em Saúde	100	Não foi ofertado	0
	Téc. em Ag. Comunitário de Saúde	1.406	Ofertado parcialmente	450
Demanda a ser capacitada				<b>1796</b>
Total geral de servidores capacitados				<b>274</b>

FONTE: Secretaria de Saúde do Estado do Amapá - Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (Portaria nº. 2.200, de 14 de setembro de 2011) - exercício de 2011.

Da demanda recebida, foi ofertado pela escola, somente o Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde, que previa a capacitação técnica de 1.406 Agentes Comunitários de Saúde. Essa formação era de extrema importância visto que servia como estratégia para o fortalecimento do SUS e objetivava habilitar os profissionais que já atuavam em programas como o Programa Saúde da Família (PSF<sup>27</sup>) e integrantes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) sem formação específica para o atendimento à população.

<sup>27</sup> Atualmente Estratégia Saúde da Família (ESF).

GRÁFICO 06 – OFERTAS DE VAGAS PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.



O referido curso foi ofertado, a princípio, para 450 ACS. As Secretarias de Estado da Educação e da Saúde, através da gestão compartilhada, e em observância às normas e competências do Sistema Estadual de Ensino, estariam envolvidas nessa formação, ou seja, juntas deveriam subsidiar a ETSUS/AP para que o processo formativo não sofresse descontinuidade e pudesse atender à demanda de formação de ACS nos 16 municípios do Estado.

As aulas estariam divididas em teóricas e práticas, com momentos de concentração e dispersão, possibilitando o aproveitamento da experiência e a capacitação em serviço como estratégia de ensino.

Para atender à demanda do MS, a ETSUS/AP organizou a oferta do curso em duas etapas, a saber: uma primeira etapa que atenderia a 846 alunos dos municípios de Macapá e Santana; e uma segunda etapa que atenderia a 561 alunos, nos municípios de Laranjal do Jari, Mazagão, Ferreira Gomes, Porto Grande, Tartarugalzinho, Oiapoque, Cutias do Araguari, Pedra Branca, Serra do Navio, Itaubal do Piririm, Laranjal do Jari, Vitória do Jari e Calçoene.

Na primeira etapa, a ETSUS atendeu somente a 450 ACS, devido às dificuldades enfrentadas para realizar o pagamento de professores. A segunda etapa não chegou a ser executada. Assim, do total de 1406 vagas, foram ofertadas somente 450, o equivalente a 24% da demanda recebida. Dos 450 agentes que foram matriculados, somente 274 concluíram o curso técnico, ou seja, 15% do total de matrículas efetivadas.

A conclusão do referido curso só foi possível porque a Secretaria de Educação disponibilizou apoio técnico, pedagógico e logístico, visto que os profissionais docentes e não docentes contratados à época para atuar na formação dos ACS no início do curso (ano de

2010) não foram pagos pela SESA. Tal fato gerou muita revolta e indignação por parte dos profissionais. Apesar das reivindicações, os profissionais nunca receberam os valores respectivos às horas trabalhadas. A SESA alegou, à época, falta de regulamentação para descentralizar recursos e efetuar pagamentos.

No segundo semestre de 2011, o Ministério da Saúde (MS) demandou a realização de treze ações formativas voltadas aos servidores da saúde, dentre elas, 07 cursos técnicos, 03 capacitações e 03 cursos de aperfeiçoamentos.

TABELA 13 – Ações formativas demandadas pelo Ministério da Saúde para o ano de 2011.

<b>PROPOSTA PARA CURSOS – PROFAPS-2011</b>		
<b>AÇÃO ANUAL</b>	<b>QTD. ALUNO</b>	<b>V. ESTIMADO</b>
Técnico em Radiologia	25 a 30	R\$ 308.000,00
Técnico em Prótese Dentária	25 a 30	R\$ 180.000,00
Técnico em Hemoterapia	25 a 30	R\$ 250.000,00
Técnico em Manutenção de Equipamentos Hospitalares	25 a 30	R\$ 100.000,00
Técnico de Vigilância em Saúde.	25 a 30	R\$ 300.000,00
Técnico em Imobilizações Ortopédicas	25 a 30	R\$ 105.000,00
Técnico de Registro de Informação em Saúde	25 a 30	R\$ 100.746,34
Capacitação em atendimento Pré-Hospitalar ao Trauma	25 a 30	R\$ 33.000,00
Capacitação para Agente de Combate a Endemias.	25 a 30	R\$ 40.000,00
Capacitação para Cuidadores de Idosos	25 a 30	R\$ 40.000,00
Aperf. em Cuidados Intens. para Téc. em Enfermagem	25 a 30	R\$ 50.000,00
Aperf. na Ass. Pré-Natal, Parto e Puerpério	25 a 30	R\$ 40.000,00
Aperf. na Assistência ao Recém-Nascido.	25 a 30	R\$ 40.000,00
	<b>325/390</b>	<b>R\$ 1.586.746,34</b>

FONTE: Secretaria de Saúde do Estado do Amapá - Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde Portaria n.º. 2.200, de 14 de setembro de 2011) - exercício de 2011

A demanda do MS deveria ser executada pela ETSUS, com o financiamento do PROFAPS. Para as formações requeridas, o MS disponibilizou a contrapartida orçamentária de R\$ 1.586.746,34 (um milhão, quinhentos e oitenta e seis mil, setecentos e quarenta e seis reais e trinta e quatro centavos). Apesar da disponibilidade de orçamento, as atividades formativas não foram efetivadas. A SESA justificou à época, falta de amparo legal para o pagamento dos profissionais envolvidos na formação requerida.

Em outubro de 2016, o Ministério da Saúde (MS), por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), firmou parceria com o Ministério da Educação (MEC) para que as ETSUS ofertassem Cursos de Formação Inicial e Continuada (C'Fics) através do Pronatec. A ETSUS/AP ofertou 50 vagas para os cursos Higienista em Saúde e Recepcionista em Saúde. No mesmo ano, 274 alunos das turmas de ACS que

iniciaram em 2010, concluíram o curso técnico, ou seja, a formação técnica só se concretizou após seis anos do início do processo formativo.

De acordo com as informações compiladas em documentos oficiais da escola, do início de sua criação até o ano de 2015, a escola matriculou um total de 29.730 (vinte e nove mil, setecentos e trinta) alunos em dez cursos técnicos. Desse total, de acordo com os livros ATAS de nº 01 a 14, onde constam as assinaturas de recebimento de documentos de conclusão de cursos, somente 2.561 (dois mil, quinhentos e sessenta e um) alunos foram certificados.

É importante registrar que as informações em relação aos C'Fics e outras atividades formativas não foram compiladas, sinalizando que a contribuição da referida instituição no tocante à formação e à qualificação profissional para a área da saúde é superior aos números aqui apresentados.

A ETSUS/AP completou, no ano de 2018, doze anos de criação. Apesar dos inúmeros desafios, enquanto Escola Técnica do SUS conseguiu realizar algumas atividades formativas. É fato de que a escola não desenvolve o trabalho formativo para os trabalhadores do SUS consoante com suas potencialidades – que estão alicerçadas na equipe técnica, pedagógica e administrativa, estrutura física adaptada às necessidades e especificidades dos cursos, laboratórios equipados e amplas salas de aula com mobiliário e equipamentos que contribuem para o fazer docente.

Apesar das condições favoráveis para realizar a formação profissional em saúde, as Secretarias responsáveis por tal formação (SEED e SESA) não conseguem manter um cronograma de atividades formativas de acordo com as necessidades locais, seja do ponto de vista da empregabilidade, seja para manter qualificados os trabalhadores do SUS, que devido às mudanças ocasionadas pela introdução de tecnologias leves e pesadas nos ambientes hospitalares, precisam estar em constante atualização para que respondam às demandas que se apresentam no cotidiano do trabalho de forma satisfatória.

Para tanto, as questões antigas precisam ser resolvidas visto que a ETSUS/AP apresenta inúmeros problemas, dentre os quais, citamos:

- A falta de interação entre as secretarias de saúde, seja estadual ou municipal, e a comunidade escolar, o que ocasiona um planejamento isolado que pode contribuir com a ineficácia da operacionalização das atividades formativas;
- A falta de normatização para o pagamento dos profissionais que estariam atuando na formação;

- A mudança de gestores por questões políticas partidárias;
- A falta de financiamento específico para a execução dos cursos e demais atividades formativas;
- A falta de autonomia financeira da escola;
- Atraso nas atividades docentes em decorrência da falta de professores habilitados para áreas específicas, visto que o quadro docente da escola não atende a necessidade dos cursos pelo fato de haver carência em áreas específicas, como é o caso do curso de saúde bucal que precisa de profissional na área de odontologia, dentre outras.
- Atraso no estágio supervisionado em decorrência da morosidade na liberação de recursos para o pagamento de apólice de seguro obrigatório, e
- A falta de recursos para a manutenção e a compra de insumos, o que inviabiliza a execução de aulas práticas consoante com as especificidades de cada curso.

Vale ressaltar que no art. 4º, do Decreto nº 1708/06, define-se que os recursos financeiros da ETSUS/AP seriam provenientes de:

I - Dotações que forem anualmente consignadas no orçamento do Fundo Estadual de Saúde e da Secretaria de Estado da Educação; II - dotações provenientes da captação de recursos mediante projetos e convênios com órgãos federais e municipais; III - remuneração de serviços prestados e ofertas de produtos às instituições Públicas e Privadas, mediante Convênios e Contratos específicos; IV - outras receitas eventuais. (Governo do estado do Amapá - Decreto nº 1708/06).

Geralmente, a descontinuidade no processo formativo dos trabalhadores em saúde ocorre por diversos fatores. As dificuldades no tocante a execução da Política de Educação Permanente em Saúde foram apresentadas no Diagnóstico de Execução/Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS/2016). Dentre os problemas destacam-se: desconhecimento da importância da PNEPS por parte dos gestores da saúde que em muitos casos dificultam a liberação do profissional para participar da formação continuada ou mesmo das qualificações profissionais realizadas.

Outro problema diz respeito à execução financeira, posto que um número expressivo de estados não conseguiu executar recursos financeiros, devido à falta de legislação específica, principalmente para realizar pagamento dos profissionais que atuam diretamente na formação do profissional de saúde, principalmente dos docentes. A justificativa, apontada no relatório era que o servidor já recebia um salário, motivo pelo qual não haveria motivos para ser remunerado novamente. (Diagnóstico de Execução/Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS/2016).

Para resolver esse impasse, alguns estados criaram um “decreto de hora-aula”, abrindo a possibilidade de contratação temporária de pessoa física com e sem vínculos com o estado para atuarem nas ações da EPS.

Outra questão apontada no tocante às dificuldades de implementação e articulação da política de EPS diz respeito:

A alta rotatividade de secretários municipais e estaduais de saúde, gestores das unidades de serviços, mudança na composição das instituições de pactuação da política foi considerada como um dos principais problemas, uma vez que na maioria dos estados a política de educação permanente em saúde sequer está institucionalizada de fato. Assim, a consequência é a descontinuidade da PNEPS, sobretudo, quando as novas equipes assumem a condução da gestão. Os novos gerentes trazem novos integrantes para as suas equipes, ou às vezes, chegam a montá-las outra totalmente nova. Momentos de desarticulação entre entes federados no campo da educação continuada é outro ponto importante destacado, tendo como uma das consequências o excesso de capacitações desarticuladas ou desvinculadas das necessidades locais. (Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde - Diagnóstico de Execução/Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde PNEPS, 2017, p. 3).

O que se observa é a falta de articulação entre os responsáveis, a falta de planejamento integrado e regionalizado, o compromisso político com a formação e a qualificação dos profissionais e a normatização dos procedimentos, incluindo a descentralização de recursos das secretarias para as instituições formadoras. Todos esses aspectos corroboram para a descontinuidade das políticas de educação continuada e permanente em saúde e afetam, diretamente, a elaboração, a pactuação e a execução das ações planejadas. O art. 6º, do Decreto nº 1708/06, define que:

As Secretarias de Estado da Educação e da Saúde mediante procedimentos administrativos pertinentes tomarão providências necessárias para o fiel cumprimento da gestão compartilhada, visando atender aos recursos provenientes da demanda do Sistema Único de Saúde. (Governo do estado do Amapá - Decreto nº 1708/06).

No ano de 2017, o MS publicou a Portaria nº 2.651, de 10 de outubro de 2017, que define regras para que uma instituição integre a Rede de Escola Técnicas do SUS (RET-SUS). No seu Art. 4º, §1º, ressalta que poderão ser admitidas na RET-SUS outras instituições públicas formadoras, mediante a aprovação da Comissão de Coordenação da RET-SUS, obedecendo aos seguintes critérios:

I - a natureza jurídica de direito público da instituição requerente; II - vínculo da instituição requerente com o SUS, seja vínculo direto com a Secretaria de Estado da Saúde ou a Secretaria Municipal de Saúde ou cogestão; III - comprovação do ato



criador da instituição requerente; IV - estar autorizada pelo sistema formal de ensino, o que deve ser comprovado mediante resolução do Conselho Estadual de Educação. V - ser referendada pela Comissão Intergestores Bipartite, devendo ser comprovada em ata; VI - ter como eixo orientador do projeto político-pedagógico os princípios do SUS, tomando por base a integração ensino-serviço-comunidade; e VII - comprovar, pelo Regimento Interno, possuir as características inerentes às Escolas Técnicas e Centros Formadores do SUS.

As solicitações devem passar por um processo de análise em que serão observados, dentre outros documentos normativos, o ato de reconhecimento, de acordo com a periodicidade determinada pela legislação educacional de cada estado.

Se as condicionalidades supracitadas fossem exigidas em tempos atrás, a ETSUS/AP não teria sido criada dentro das condições que se deram, visto que no ato de sua criação e no decorrer do processo formativo não possuía as características de uma escola voltada para a formação de trabalhadores do SUS.

Fazendo um breve comparativo do desempenho com as demais ETSUS e/ou Centros Formadores dos estados da região norte, através das ações que são divulgadas no site<sup>28</sup> da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS), e nos encontros nacionais e regionais em que são apresentados os resultados obtidos na formação continuada dos trabalhadores do SUS qualificados por tais Escolas e Centros Formadores, percebe-se um desempenho incipiente da ETSUS/AP no processo formativo dos trabalhadores em saúde. Essa condição é agravada por falta de políticas públicas voltadas para a qualificação e/ou requalificação dos profissionais do Sistema Único de Saúde, a nível estadual.

---

<sup>28</sup>Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/gestao-da-educacao/formacao-tecnica/rede-de-escolas-tecnicas-do-sus-ret-sus>

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As conquistas no setor saúde só foram possíveis em decorrência da organização dos trabalhadores e da sociedade civil que reivindicaram e conseguiram estabelecer uma correlação de forças um pouco maior por parte dos trabalhadores no âmbito do Estado. A partir da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), a população passa a ter direitos como o acesso à promoção à saúde, aos tratamentos e à prevenção de doenças e seus agravos, não mais como exclusividade dos trabalhadores formais ou daqueles que têm condições de pagar um plano privado de saúde.

O SUS está estruturado para promover a saúde da população brasileira por meio dos princípios da integralidade, universalidade, equidade, descentralização e participação popular. Fazem parte de sua estrutura, os serviços nas modalidades de atenção básica, média e alta complexidade; atendimento de urgência e emergência; serviços hospitalares; vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental; assistência farmacêutica, dentre outras atividades relacionadas<sup>29</sup>.

Pelo fato dos serviços e produtos de saúde serem direitos constitucionais, os governos precisam agir em parceria permanente, visto que promover a saúde pública com a oferta de serviços com qualidade, requer conjugação de esforços entre os entes federados, gestores públicos, profissionais de saúde e a sociedade em geral. Essa condição de cooperação é assegurada, no Art.9º, da lei nº. 8.080, de 09 de setembro de 1990.

Assumir responsabilidades, zelar pelo cumprimento das leis que legitimam o acesso aos serviços de saúde, garantir um tratamento humanizado e promover uma política de valorização profissional e da Educação Permanente em Saúde são deveres de todo governante.

Apesar dos avanços e conquistas em prol da melhoria dos serviços, existem dificuldades presentes no interior do sistema, muitas relacionadas ao subfinanciamento sustentado e mantido pela política de contingenciamento do Estado neoliberal que tem afetado sobremaneira a execução dos serviços de saúde.

A política de contingenciamento e as reformas engendradas a partir da promulgação de leis arbitrárias e verticalizadas que reduzem ou negam os direitos constitucionais, ratificam a ideologia do “Estado mínimo”, visto que os investimentos em políticas públicas e sociais, tornam-se diminutos em relação às reais necessidades da população brasileira.

---

<sup>29</sup> Acesso realizado em <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>.

Em países como o Brasil há forte interferência dos organismos internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM) na tomada de decisões. No caso do BM, desde 1970, este vem atuando no financiamento das ações e/ou definição de políticas públicas dos países em “desenvolvimento”. A partir dos anos 1980, no Brasil, o interesse do BM, articulado com o FMI, é voltado para a supervisão e a coordenação das políticas sociais desenvolvidas nas áreas da educação e da saúde. A intenção desses organismos era impor condicionalidades aos países membros e aos países credores, como forma de controle e como parte do ajuste fiscal que se estendeu a todos os países da América Latina (Chile, Argentina, Bolívia, México, Venezuela).

Diante da ineficácia da política de ajuste estrutural dos anos 1980, surge a necessidade da reconstrução do Estado que se daria através de medidas importantes que garantissem seu poder regulador. Com isso, na década de 1990, o debate girou em torno não só do “Estado mínimo” como também da sua própria reconstrução.

A partir dos anos 2000, preocupação do BM com a governabilidade do setor saúde é refletida em ações que visavam o fortalecimento do Estado garantindo a este a capacidade de implantar as reformas necessárias e urgentes nos setores gerenciados pela OMS e BM, garantindo assim, a sustentabilidade de suas políticas de acordo com suas condicionalidades - dentre estas, o pagamento da dívida externa.

Como apresentado neste trabalho, o papel do Estado capitalista é zelar pelos interesses das classes dominantes, entretanto, esse processo não se dá de forma pacífica, ocorrendo à correlação de forças e a luta de classes. Ao longo da história, os direitos sociais conquistados - a regulação da jornada de trabalho, o décimo terceiro salário, a licença maternidade, o direito à educação, a instituição do Sistema Único de Saúde, etc - são frutos da mobilização da sociedade que, através de suas lutas, tensiona o Estado capitalista que necessita ceder para manter sua hegemonia.

No estado do Amapá, o direito à saúde ainda é um desafio, visto que, os estabelecimentos desse setor dispõem de condições mínimas para atender à população. Das análises realizadas na estrutura operacional da SESA, constatou-se que apesar de significativos investimentos no setor anunciados pelo governo do estado, muitos problemas ainda persistem, dentre os quais podemos citar: falta de pessoal qualificado e equipamentos para manter os registros de serviços ambulatoriais atualizados; estabelecimentos de saúde com capacidade reduzida; atendimento incipiente dos serviços de média e alta complexidade; dificuldades para manter atualizados os repasses financeiros aos municípios; falta de medicamentos; morosidade nos processos licitatórios, dificultando a compra de remédios e insumos; dificuldade nos

pagamentos de diárias para as equipes que realizam monitoramento nos municípios; a falta de uma Política de Educação Permanente em Saúde, dentre outros problemas decorrentes das dificuldades apresentadas.

Outras questões relevantes foram percebidas nas análises realizadas nos relatórios anuais, dentre elas, a inviabilidade de distinguir a que público se referia as formações realizadas – se para os técnicos em saúde ou se para os profissionais de nível superior; a inconsistência ou a ausência de informações complementares – como a instituição que deveria executar as ações de formação; o número exato de profissionais qualificados; a previsão orçamentária, dentre outros aspectos.

Para amenizar o impacto das problemáticas aqui apresentadas, o governo do estado se utiliza de outras estratégias como é o caso da manutenção de convênio com instituições privadas para atendimento de média e alta complexidade, o Tratamento Fora de Domicílio (TFD) e a formação, qualificação e requalificação dos trabalhadores realizadas por diferentes instituições. Esses serviços, apesar de necessários, elevam os gastos públicos e, ainda assim, não conseguem responder satisfatoriamente às demandas locais.

Recentemente, o governo do estado do Amapá anunciou a incorporação das organizações sociais (OS) na oferta de serviços e de produtos de saúde na rede pública estadual. Esse fato ratifica o que já está posto, a privatização e a precarização dos serviços de saúde, que vem sendo feita há décadas, visto que a precariedade dos serviços oferecidos no estado inviabiliza o atendimento integral, universal e equânime à população amapaense.

As políticas públicas devem garantir direitos constitucionais em áreas como educação, saúde, segurança pública, mobilidade, habitação, meio ambiente, dentre outros. Na prática, no entanto, vivemos um processo de negação e redução dos direitos sociais, havendo um fosso entre o planejamento e a efetivação das políticas públicas sociais.

A ausência de uma Política de Educação Permanente em Saúde (PEPS) é outro problema que se apresenta e tem acarretado prejuízos aos profissionais de saúde, em especial aos trabalhadores técnicos de nível médio que, pela carência de qualificação, podem comprometer o desempenho das atividades laborais, principalmente aquelas que requerem conhecimentos relacionados ao manuseio de equipamentos e seus derivados.

No estado do Amapá, a PEPS vem sendo pensada e delineada desde o ano de 2011, quando foi integrada ao PAS/2011 como uma estratégia de fortalecimento do SUS. Entretanto, até a presente data, essa política ainda está em construção, inviabilizando a efetivação da formação dos trabalhadores.

Apesar de existirem legislações e normativas que estruturam o desenvolvimento dessa política com o propósito de garantir o aperfeiçoamento das práticas laborais através da formação, qualificação e requalificação profissional, em que se encaixa a formação técnica de nível médio, no estado do Amapá, esse processo de construção se dá a passos lentos.

A pesquisa indica que mesmo havendo um planejamento institucionalizado através do Plano Estadual de Saúde (PES) e da Programação Anual de Saúde (PAS), as ações e metas respectivas à formação e à qualificação profissional quando executadas, nunca atingem a integralidade.

A falta de conhecimento dos secretários de saúde quanto à importância da execução da PEPS contribui para o distanciamento dos objetivos e metas relacionados à efetivação dessa política.

É importante destacar que apesar de haver uma Escola Técnica de Saúde, instituída há doze anos, pouco foi feito. As necessidades de formação profissional são inquestionáveis visto que, no quadro efetivo do estado existem lotados atualmente 5.904 (cinco mil, novecentos e quatro) trabalhadores, dos quais 2.256 (dois mil, duzentos e cinquenta e seis) são técnicos – ou seja, um grande quantitativo que está na ponta do processo e que, por esse motivo, precisa estar em constante formação para que possa responder às mudanças ocasionadas pela reestruturação e reorganização dos serviços públicos de saúde.

O Centro de Educação Profissional Graziela Reis de Souza, antes de tornar-se uma ETSUS, contribuiu com a formação de profissionais que hoje atuam no sistema de saúde e, após tornar-se ETSUS, reduziu suas atividades significativamente. A parceria entre SESA e SEED, instituída através do Decreto nº 1708/06, não se desenvolveu a contento, percebendo-se notadamente a falta de interesse político em dar funcionalidade à escola.

As poucas formações que aconteceram, sofreram descontinuidade. A exemplo podemos citar o Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde, demanda do MS, que levou 06 anos para formar 274 profissionais. A demora se deu pela falta de professores, já que não havia como realizar o pagamento pelos motivos retrocitados.

Outro exemplo que se pode apresentar é quanto à demanda do MS no ano de 2011 que não foi executada pela escola. A justificativa apresentada pela SESA foi novamente à falta de orçamento e de normatização para o pagamento das despesas dos cursos. Entretanto, o que se percebe nesse caso é a falta de interesse político, planejamento e articulação entre os demandantes e a equipe gestora da escola, uma vez que o MS apresentou contrapartida financeira para a execução das formações.

De acordo com os Relatórios de Gestão da SESA e do governo do estado, objetos de nossas análises, para a identificação das atividades formativas desenvolvidas nos últimos oito anos, observa-se que houve algumas qualificações, entretanto, a ETSUS não foi integrada ao planejamento de execução, mesmo para as atividades relacionadas à formação técnica.

Cabe lembrar que no estado do Amapá, a única instituição pública voltada para a formação técnica em saúde é a ETSUS. Quando a formação e a qualificação dos trabalhadores não são realizadas por esta escola, é necessário a assinatura de convênio entre a demandante e a ofertante, ou seja, abre-se mão dos serviços públicos, gratuitos para fazer uso da oferta de serviço por parte do setor privado. Na prática, é o estado cumprindo seu papel, mas transformando os serviços públicos em mercadoria.

Nas análises feitas nos relatórios, as atividades formativas que integram o PAS anualmente foram realizadas por outras instituições formadoras, através de convênios firmados entre a SESA e a ofertante. Dentre elas, a Escola de Administração Pública (EAP) que é uma instituição pública destinada a realizar a formação continuada dos profissionais efetivos do estado em diversas áreas de conhecimento. Cabe destacar que a referida instituição não tem a expertise para trabalhar com a área da Saúde e com as especificidades dos trabalhadores técnicos em saúde.

No estado do Amapá existem diversas instituições privadas que trabalham com a formação profissional em saúde, a saber: Escola Madre Tereza; Escola Florence; Escola São Camilo e São Luís e a Faculdade Apoena. O curso que tem maior demanda e empregabilidade é o técnico em enfermagem, o que justifica a oferta, por parte das instituições privadas, quase que exclusiva do referido curso. Esse fato ratifica a necessidade de operacionalizar e potencializar a ETSUS/AP, visto que outros técnicos de saúde não têm onde se formar em nosso estado, sobretudo se considerarmos que a ETSUS/AP é a única instituição pública.

A ETSUS/AP tem um papel importante na formação profissional, mas, infelizmente, a falta da PEPS tem afetado o desempenho da escola e, conseqüentemente, a formação dos trabalhadores do SUS.

O que se percebe é que, no que se refere à formação, qualificação e requalificação profissional, mesmo que as atividades formativas façam parte das diretrizes e ações que compõem a Programação Anual de Saúde (PAS) ainda assim não são realizadas, ou seja, manter os trabalhadores de saúde capacitados ainda não é uma prioridade do governo.

Mas esse não é um problema somente do estado do Amapá, as dificuldades de instituir uma Política de Educação Permanente em Saúde apresentam-se a nível nacional, – fato

apresentado no Diagnóstico de Execução/Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2017).

Uma das fragilidades da ETSUS é a falta de autonomia financeira, impossibilitando a organização e a execução de um cronograma formativo baseado nas reais necessidades dos trabalhadores. Atualmente, as ETSUS estão formando novos profissionais de saúde através do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec), que tem especificidades e público diferenciados, que nada tem a ver com os objetivos pelo qual as ETSUS foram criadas.

É relevante destacar que no ano de 2017, o governo do estado do Amapá instituiu a Escola de Saúde Pública do Amapá (ESP-AP), através da Lei nº 2. 212, de 14 de julho de 2017, criada com o objetivo de planejar, coordenar, executar e avaliar as atividades relacionadas ao ensino, à educação, à pesquisa e ao desenvolvimento institucional de recursos humanos, no âmbito do SUS. A referida lei preconiza que a Escola de Saúde Pública será responsável pela execução da política de Educação Permanente em Saúde (EPS), que terá abrangência no campo da pesquisa e extensão na área da saúde, com a premissa da integração ensino-serviço. A priori, os cursos oferecidos aos trabalhadores serão ofertados de acordo com a demanda do sistema, através de convênios com instituições públicas ou privadas, desde que tenham expertise na área de formação e qualificação profissional em saúde.

Ressalta-se que pode estar sendo delineado duas formas de extinguir a necessidade de existência da ETSUS/AP: a primeira por permitir que a formação dos trabalhadores do sistema público de saúde seja realizado por instituições privadas – que, por sua vez, não terão o interesse sobre as questões públicas; a segunda por não especificar que a expertise a que se refere deveria ser a formação de trabalhadores técnicos em saúde que apresentam trajetórias formativas muitas vezes diferenciadas dos demais trabalhadores de nível superior em saúde.

Diante do exposto, as ações voltadas para o campo do trabalho e da educação em saúde, que outrora estava sob a responsabilidade da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (GETES), passam a ser gerenciadas pela ESP.

Nesse contexto, a ETSUS será integrada à estrutura operacional da ESP. Cabe informar que a ESP ainda não possui prédio próprio e funciona na SESA, em uma sala onde são realizadas atividades burocráticas. Assim, a ETSUS/AP está com suas atividades paralisadas, uma vez que desocupou o prédio pertencente a SEED, em julho de 2016. Se atualmente a ETSUS não está estruturada fisicamente, pressupõe-se que as atividades formativas não estão sendo realizadas.

Considerando o conjunto das observações discorridas no texto, concluímos que o estado do Amapá precisa potencializar o sistema de saúde e implementar a PEP de maneira que possa contribuir para o crescimento pessoal e profissional dos trabalhadores em saúde.



## REFERÊNCIAS

**BRASIL.** Lei Nº 8.142/90: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm).

\_\_\_\_\_ Lei Nº 8080/90: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm).

\_\_\_\_\_ Lei Nº 8142/90 Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm).

\_\_\_\_\_ Parecer Nº 011/08– CNE/CEB: Institui o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos nível médio. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/pceb011\\_08.pdf](http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/pceb011_08.pdf).

\_\_\_\_\_ Parecer Nº 016/99 – CNE/CEB: Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Disponível em <http://www.educacao.pr.gov.br/arquivos/File/pareceres/parecer161999.pdf>

\_\_\_\_\_ Parecer Nº 39/04 – CNE/CEB: Aplicação do Decreto nº 5.154/2004 na Educação Profissional Técnica de nível médio e no Ensino Médio. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf\\_legislacao/rede/legisla\\_rede\\_parecer392004.pdf](http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf_legislacao/rede/legisla_rede_parecer392004.pdf).

\_\_\_\_\_ PEC 55/2016 que altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: [https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/boletins-legislativos / bol53](https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/boletins-legislativos/bol53)

\_\_\_\_\_ Portaria Nº 1996/2007/MS Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html).

\_\_\_\_\_ Portaria Nº 2970/2009: Institui a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS) e dispõe sobre as diretrizes para a sua organização. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2970\\_25\\_11\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2970_25_11_2009.html).

\_\_\_\_\_ Portaria nº 3189: dispõe sobre as diretrizes para a implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS). Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3189\\_18\\_12\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3189_18_12_2009.html).

\_\_\_\_\_ Portaria Nº 3194/2017-GM/MS: Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194\\_30\\_11\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194_30_11_2017.html).

\_\_\_\_Ministério da Educação. Resolução N° 04/99 - CNE/CEB: Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/RCNE\\_CEB04\\_99.pdf](http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/RCNE_CEB04_99.pdf).

\_\_\_\_Indicadores da Qualidade da Educação Básica. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/Consescol/ce\\_indqua.pdf](http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/Consescol/ce_indqua.pdf).

\_\_\_\_Lei Complementar N° 141/2012Regulamenta o § 3° do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n°s 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível: [http:// www. Planalto. gov. BR /ccivil \\_03/ leis/ LCP/ Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm)

\_\_\_\_Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/Sem.16/99.Tratadas-Diretrizes Curriculares Nacionais paraaEducaçãoProfissionaldeNívelTécnico. Brasília: MEC,1999.

Disponívelem:<[http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf\\_legislacao/tecnico/legisla\\_tecnico\\_parecer1699.pdf](http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf_legislacao/tecnico/legisla_tecnico_parecer1699.pdf)>. Acesso em: 24jan.2013.

\_\_\_\_Constituição da República Federativa do Brasil, de 05de out.1988.Brasília:SenadoFederal/Centro Gráfico, 1988.Disponívelem:<[www. planalto. gov.br/ ccivil \\_03/ Constituição/ Constituição Compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituição/Constituição_Compilado.htm)>. Acesso em:set.2012.

\_\_\_\_Decreto N° 2.208, de 17 abr.1997. *Educação Profissional: legislação básica*. Brasília: PROEP,1998.

\_\_\_\_Lei N°.8.080, de 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília ,1990.

\_\_\_\_Lei N° 9.394, de 20 dez. 1996. Diretrizes e Bases da Educação Nacional: *Educação profissional- legislação básica*. Brasília :PROEP,1998.

\_\_\_\_Ministério da Educação e Cultura. Conselho Federal de Educação. Parecer n.45, de14jan.1972.Trata da qualificação para o trabalho no ensino de 2° grau. O mínimo a ser exigido para cada habilitação profissional. Brasília ,1972.

\_\_\_\_Ministério da saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde-Diagnóstico de Execução /Implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS, 2017.

\_\_\_\_Manual Técnico do Programa para o fortalecimento de Educação Permanente em Saúde no SUS - PRO-EPS-SUS. 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/28/Manual-Tecnico-PRO-EPS-SUS-MINUTA17-10.pdf>.

\_\_\_\_\_Lei Nº 13.415 de 17 de fevereiro de 2017. Institui a Política de Fomento à Implementação de Escolas de Ensino Médio em Tempo Integral, altera a Lei Nº 9.394/1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e a Lei Nº 11.494 de 20 de junho 2007, que regulamenta o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica.

GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ - Relatório Anual de Gestão do Governo do Estado - Anos de Referência - 2015,2016 e 2017.

SECRETARIA ESTADUAL DE EDUCAÇÃO. Decreto Estadual Nº 1708/2006: Dispõe sobre a transformação da Escola Estadual Graziela Reis de Souza em Centro de Educação Profissional Graziela Reis de Souza e dá outras providencias.

\_\_\_\_\_Resolução Nº 12/97 - CNE/CEB: Reconhece os cursos ministrados pela Escola Estadual Graziela Reis de Souza.

\_\_\_\_\_Portaria Nº 276/80 - Institui a mudança de nomenclatura de Centro Interescolar de Macapá para Centro Interescolar Graziela Reis de Souza.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Lei Nº 2.212/2017. Institui a Escola de Saúde Pública.

\_\_\_\_\_Relatório do Fundo Estadual de Saúde - Ano de Referência: 2011.

\_\_\_\_\_Relatório Anual de Gestão - Anos de Referência: 2011, 2012, 2013, 2014.

\_\_\_\_\_Plano Estadual de Saúde - Anos de Referência: 2012/2015/ 2016/2019.

\_\_\_\_\_Programação Anual de Saúde - Anos de Referência: 2011, 2012, 2013, 2015, 2016, 2017.

**CARNOY, Martins. Estado e Teoria política.** Campinas, SP: Papiros, 1990.

**CECCIN, Ricardo Burg, Alcindo Antônio Ferla. Dicionário da Educação Profissional em saúde - Educação Permanente em Saúde.** 2ª ed. re. ampl - Rio de Janeiro: EPSJV,2008. pp. 162 a 168.

**ENGELS.** In:**LÊNIN.** V. O Estado e a revolução. Lisboa: Editorial Estampa. 1978

**FATTORELLI, M. L. “Conjuntura Internacional de crise financeira e suas consequências para o Brasil”.** In: Auditoria cidadã da dívida dos Estados. Brasília: Inove, 2013, p.15-42.

**GRAMSCI, Antônio. “O Estado e a Sociedade Civil”,** In:COUTINHO, Carlos Nelson (org). O leitor de Gramsci. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011. p. 267-289.

**HARVEY, David. “Do fordismo a acumulação flexível”.** (cap.9). In: A condição pós-moderna. São Paulo: Edições Loyola, 2002, p.135 -162.

**HOBSBAWM, Eric J. Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991.** São Paulo: 2ª edição. Companhia das Letras, 1995.

**KUENZER**, Acácia. **Da dualidade assumida à dualidade negada: o discurso da flexibilização justifica a inclusão excludente.** *Revista Educação e Sociedade, Campinas*, vol. 28, Nº.100 – Especial. p. 1153-1178, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v28n100/a2428100.pdf>

**LÊNIN**. V. **O Estado e a revolução.** Lisboa: Editorial Estampa, 1978. pp.16-17 e 26-27

**LIBANEO**, José Carlos. **O dualismo perverso da escola pública brasileira: escola do conhecimento para os ricos, escola do acolhimento social para os pobres.** (educação e pesquisa, São Paulo, v.38, n.1p. 13-28, 2012).

**LIMA**, Júlio C.F “**O Banco Mundial e a organização do sistema nacional de saúde e o “novo universalismo” ou a “cobertura universal da saúde”**”, In: PEREIRA, J.M.M. e PRONKO, M. A demolição de direitos - um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013). Rio de Janeiro: EPSJV,2015, p. 232-253. (9/12).

\_\_\_\_\_ et al, **Regulamentação Profissional e Educacional em Saúde: da década de 1930 ao Brasil contemporâneo.** Trabalhadores Técnicos em Saúde: Aspectos de qualificação profissional no SUS. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2013, pp. 83-119.

**MARX**, K. **A guerra civil na França**, In: A revolução antes da revolução - vol. II. SP: Expressão popular, 2008. pp. 399 e 354.

**MENDONÇA**, Sônia Regina. **Estado.** Dicionário da Educação do Campo. Expressão Popular – São Paulo. Rio de Janeiro: EPSJ,2012. pp. 349 - 355.

**MOLINA**, Mônica Castagna. **Políticas Públicas.** Dicionário da Educação do Campo. Expressão Popular - São Paulo. Rio de Janeiro: EPSJV,2012. pp. 587-596.

**MONKEN**, Maurício e Barcellos, Christovam. “**O Território na Promoção e Vigilância em Saúde**” in: Fonseca, Angélica Ferreira e Corbo, Anamaria D’Andrea (Orgs.). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, pp. 177-224).

**MOURA**, Dante Henrique et al: **Politecnicia e formação integrada: Confrontos conceituais, projetos políticos e contradições históricas da educação brasileira.** Revista brasileira de educação. V.20N. 63. Out. 2015.

**NETTO**, José Paulo. **Economia Política: uma introdução crítica.** 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2007, pp.15-28.

\_\_\_\_\_ **Introdução ao Estudo do Método de Marx.** São Paulo: Expressão Popular: 2011.

**OLIVEIRA**, Ramon de: **Políticas do ensino médio e a educação profissional no Brasil- anos 90: subordinação e retrocesso educacional.** Tese (doutorado em Educação). 2001b, 349f. Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ. 2007.

**PEREIRA**, Isabel Brasil. **A formação profissional em serviço no cenário do Sistema Único de Saúde – Programa de Pós-Graduados em Educação: História Política e Sociedade.** PUC. São Paulo. 2002.

\_\_\_\_\_**LIMA, Júlio C. F. Dicionário da Educação Profissional em Saúde – Educação Profissional em Saúde. 2ª ed. re. ampl – Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.**

**POGREBINSCHI, T. O enigma do político - Marx contra a política moderna. RJ: civilização Brasileira, 2009. pp. 42 e 58.**

**POULANTZAS, Nicos. “As lutas políticas: O Estado condensação, de uma relação de forças”, In: *O Estado, o poder, o socialismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1980, pp. 125-164.**

**RAMOS, Marise. Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde. Rio de Janeiro, 2ª ed. EPSJV/Fiocruz. 2012.**

**RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. “Banco Mundial e a organização do sistema nacional de saúde, In: PEREIRA, J.M.M. e PRONKO, M. A demolição de direitos – um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013). Rio de Janeiro: EPSJV, 2015, pp.255-274. (9/12).**

**RODRIGUES, José. Dicionário da Educação Profissional em saúde - Educação Politécnica. 2ª ed. re. ampl – Rio de Janeiro: EPSJV,2008. pp. 168 a 182.**

**SAVIANI, Demerval: “O choque da politecnia”. Revista Trabalho, educação e saúde. V.1,n.1. março de 2003. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revista/r41.pdf>. acesso em junho de 2014.**

**VIANA, Ana Luiza d'Ávila *et al.* et al, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup. 2:S117-S131, 2007. Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007001400002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)**

**VIEIRA, M. et al. O trabalho e a educação na saúde: A “questão dos recursos humanos” In: Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde / Organização de Monica Vieira; Anna Violeta Durão; e Marcia Raposo Lopes. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2011. pp. 79-118.**

**VILAS, Carlos. M. “O Banco Mundial e a reforma do Estado na América Latina: Fundamentos teóricos e prescrições políticas”, In:PEREIRA, J. M. M. e Pronko, M. *A demolição de direitos – um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e saúde* (1980-2013) Rio de Janeiro: EPSJV, 2015. pp.65-85.**

**ANEXOS**

ANEXO 01 - Quadro de Escolas Técnicas do SUS e Centros Formadores vinculados a  
RETSUS

QUADRO DE ESCOLAS TÉCNICAS E CENTROS FORMADORES		
Nº	UF	ETSUS
01	AC	Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha
02	AL	Escola Técnica de Saúde Prof. <sup>a</sup> Valéria Hora
03	AM	Escola de Formação Profissional Enfermeira Sanitarista Francisca Saavedra
04	AP	Centro de Educação Profissional Graziela Reis de Souza
05	BA	Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis
06	CE	Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP-CE
07	CE	Escola de Saúde Pública de Iguatu – ESPI
08	CE	Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia
09	CE	Escola Técnica de Saúde do SUS do Cariri Dr. Antônio Marchet Callou
10	DF	Escola Técnica de Saúde de Brasília
11	ES	Núcleo de Educação e Formação em Saúde
12	ES	Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde Professora Ângela Maria Campos da Silva
13	GO	Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago (ESAP-GO)
14	MA	Escola Técnica de Saúde do SUS Dr <sup>a</sup> . Maria Nazareth Ramos de Neiva
15	MG	Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
16	MG	Centro de Educação Profissional e Tecnológico - CEPT/ETS/Unimontes
17	MS	Escola Técnica do SUS Professora Ena de Araújo Galvão
18	MT	Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso
19	PA	Escola Técnica do SUS do Pará Dr. Manuel Ayres
20	PB	Centro Formador de Recursos Humanos (CEFOR-RH/PB)
21	PE	Escola Técnica de Saúde Pública de Pernambuco
22	PI	Centro Estadual de Educação Profissional em Saúde Monsenhor José Luiz Barbosa Cortez
23	PR	Escola de Saúde Pública do Paraná - Centro Formador de RH (ESPP-CFRH)
24	RJ	Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos
25	RJ	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
26	RN	Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manuel da Costa Souza
27	RO	CETAS - Centro de Educação Técnico Profissional na área de Saúde de Rondônia
28	RR	Escola Técnica de Saúde do SUS em Roraima
29	RS	Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul
30	SC	Escola de Formação em Saúde/EFOS
31	SC	Escola Técnica de Saúde de Blumenau
32	SE	Escola Técnica de Saúde do SUS em Sergipe
33	SE	Centro de Educação Permanente em Saúde–CEPS
34	SE	Centro Formador de Pessoal para área da Saúde de Osasco (Cefor Osasco)
35	SP	Centro Formador de Pessoal de Nível Médio para área da Saúde de São Paulo - Vila Mariana
36	SP	Centro Formador de Pessoal para a Saúde (Cefor Franco da Rocha)
37	SP	Centro de Formação de Recursos Humanos para o SUS-SP de Araraquara
38	SP	Centro Formador de Pessoal para a Saúde de Assis (Cefor Assis)
39	SP	Centro Formador de RH de Pessoal de Nível Médio para a Saúde (Cefor Pariquera - Açu)
40	SP	Escola Mun. de Saúde da Coordenação de Gestão de Pessoas, da Secretaria Mun. da Saúde de São Paulo (EMS/CGP/SMS)
41	TO	Escola Tocantinense do Sistema Único de Saúde Dr. Gismar Gomes (ETSUS-TO)

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde - Portaria nº 2.651, de 10 de outubro de 2017.

## ANEXO 02 - FOTOGRAFIA DA ESCOLA TÉCNICA DO SUS DO ESTADO DO AMAPÁ





ANEXO 03 – FOTOGRAFIA DA COMUNIDADE ESCOLAR EM AÇÃO

