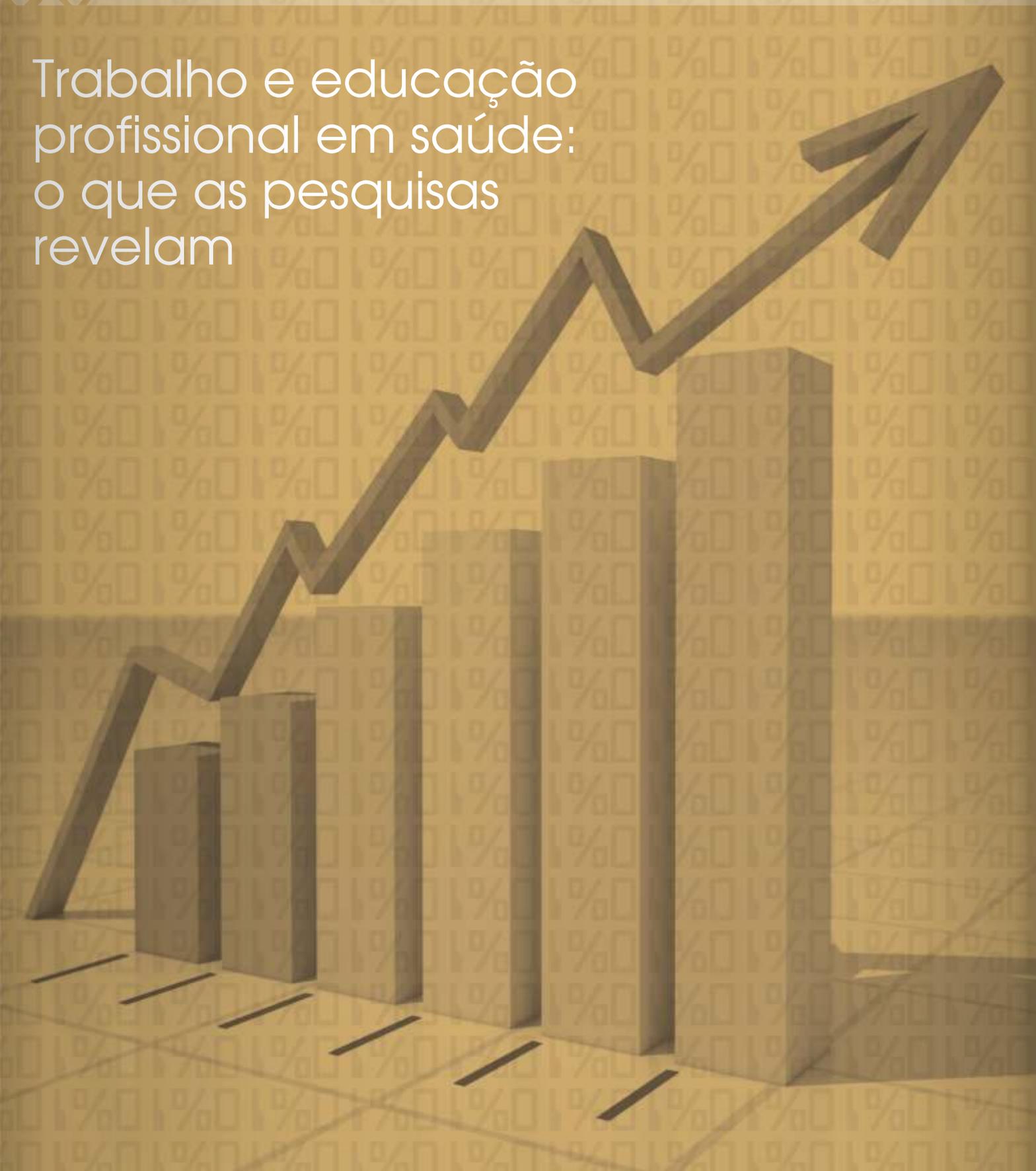




Trabalho e educação profissional em saúde: o que as pesquisas revelam



sumário

02 ■ **em rede**
O papel dos conselhos de saúde e a RET-SUS na formação para o controle social

08 ■ **entrevista**
Marcio Pochmann: "Apesar de ainda haver argumentos desfavoráveis à ampliação do gasto social, as políticas são vistas de outra maneira"

12 ■ **capa**
Pesquisas como AMS e Censo Escolar apontam novidades no mercado de trabalho e na formação profissional para a saúde

20 ■ **escola em foco**
A trajetória de 21 anos do CEFORH Araraquara em favor da formação para o SUS

23 ■ **aluno em foco**
Em Sergipe, futuros técnicos em saúde bucal elaboram projetos de intervenção

25 ■ **aconteceu**
Informações sobre formaturas, cursos, parcerias e outras 'novas' das ETSUS

28 ■ **panorama**
Ministro Alexandre Padilha fala sobre educação em saúde

Cruzando os dados mais recentes divulgados por duas pesquisas importantes no universo da saúde e da educação – AMS, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Censo Escolar, feita anualmente pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) – a matéria de capa dessa edição busca fazer uma interseção entre o presente momento da educação profissional e do mercado de trabalho em saúde para profissionais de nível médio.

Os números são bastante expressivos: segundo o Censo, 28,14% dos matriculados da educação profissional estão fazendo a sua formação em cursos exclusivamente vinculados à saúde. Levando em consideração todos os cursos do eixo tecnológico 'Ambiente, Saúde e Segurança' esse número sobe para 37%. Reforçando esse cenário, a AMS mostra que em comparação com 2005, houve um acréscimo de 15% nos postos ocupados por auxiliares e técnicos – sendo que o número de vagas para estes últimos mais que dobrou – e um crescimento de 8% no contingente de trabalhadores com ensino médio completo.

A matéria mostra alguns importantes esforços do governo federal no sentido de dar força à expansão do número de matrículas da rede pública. Um deles é o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio pra a Saúde (Profaps), operacionalizado pela RET-SUS, que incentiva a composição de quadros qualificados em áreas estratégicas, como citopatologia, hemoterapia, radiologia e vigilância em saúde. De maneira oportuna, a importância dos gastos sociais do Estado em áreas como educação e saúde é um dos assuntos tratados na entrevista dessa edição pelo presidente do Ipea, Marcio Pochmann, que também fala sobre a pesquisa de percepção da população sobre o SUS.

E falando em investimentos públicos, alguns dos impactos positivos dele na formação para a saúde podem ser percebidos pelos depoimentos colhidos na seção 'Escola em Foco', que comemora os 21 anos do Centro de Formação de Recursos Humanos para o SUS-SP de Araraquara, que já formou 6.933 trabalhadores e atende a 192 municípios. Também nessa edição você confere o papel das Escolas Técnicas do SUS na formação de conselheiros estaduais e municipais de saúde, pois controle social é o tema da seção 'Em Rede'.

A experiência dos estudantes do curso Técnico em Saúde Bucal da Escola Técnica de Saúde do SUS em Sergipe é contada em 'Aluno em Foco', que mostra como, partindo de sua área específica de atuação, os trabalhadores podem construir projetos transversais de intervenção em unidades. Já em 'Panorama', você vai conhecer o que o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, pensa sobre a gestão da educação em saúde. Boa leitura!

Secretaria Executiva de Comunicação da RET-SUS

expediente

Ano V - nº 42 - março de 2011
Revista RET-SUS
Órgão oficial da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde . Brasil
ISSN 1980-9875

Conselho Editorial (Membros da Comissão Geral de Coordenação da RET-SUS)
Clarice Aparecida Ferraz (DEGES/SGTES/MS); **Gilson Cantarino O' Dwyer** (CONASS); **Elizabete Vieira Matheus da Silva** (CONASEMS); **Cláudia Maria da Silva Marques** (OPAS/ Representação Brasil); **Anna Lúcia Leandro de Abreu** (ETSUS Região Norte); **Maria Ivanilia Tavares Timbó** (ETSUS Região Nordeste); **Fernanda Melo de Araujo de Moura** (ETSUS Região Centro-Oeste); **Maria Helena de Oliveira e Silva De Nardi** (ETSUS Região Sudeste); **Claudia Vilela de Souza Lange** (ETSUS Região Sul).

Tiragem 10.000 exemplares . **Impressão:** Walprint Gráfica e Editora

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

Editoria
Maíra Mathias
Reportagem e redação
Joana Algebaile e Maíra Mathias
Projeto Gráfico e Diagramação
Mário Carestiato
Capa
Mário Carestiato
Assistente de Gestão
Fernanda Martins
Periodicidade
Mensal / Bimestral

Escolas Técnicas do SUS atuam na formação de conselheiros e agentes da comunidade para o controle social

O papel dos conselhos de saúde no SUS

em rede

Joana Algebaile

Mais de 79 mil pessoas em todo o país compartilham a missão de deliberar, fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde. São os conselheiros municipais, estaduais e nacionais de saúde que exercem o controle social preconizado pela Lei 8.142 de 1990, que se fez necessária para definir as formas de participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Em um ambiente de discussões específico – o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e seus braços estaduais e municipais – representantes de usuários, trabalhadores e gestores/prestadores de serviço do SUS têm a responsabilidade de representar o conjunto da população brasileira.

Segundo o representante do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) no CNS e professor do curso de graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Alcides Miranda, os regimes democráticos possuem dispositivos e instâncias da sociedade civil para “controlar” as ações do governo. “No contexto da Constituição Federal esse controle é feito sobre vários setores. No caso do setor saúde, não há uma definição muito específica sobre isso na Carta. O que está escrito no capítulo da saúde trata de participação da comunidade. No entanto, na Lei 8.142 há uma especificação de instâncias do controle social”, explica. Essas instâncias estabelecidas na lei são os conselhos e as conferências de saúde municipais, estaduais e nacional.

Miranda esclarece que as atribuições são equivalentes e o que vai diferir são os âmbitos de atuação. “Os conselhos municipais trabalham com questões mais específicas dos usuários em termos de demandas por serviços de saúde, problemas de acesso. Já os conselhos estaduais, além de lidarem com essas questões, têm como temática discutir os problemas interregionais e intermunicipais. O CNS, dada a sua abrangência, além de tudo o que os outros conselhos englobam, vai trabalhar questões relacionadas às desigualdades das regiões do Brasil, sobre os grandes problemas nacionais que impactam o processo saúde-doença, as demandas dos movimentos sindicais e populares e as questões que estão em voga no Congresso Nacional em termos de legislação ou proposição de legislação”.

Para que todos os atores envolvidos sejam representados, a composição dos conselhos é dividida da seguinte forma: metade dos conselheiros representa os usuários, 25% representam os trabalhadores e 25% gestores e prestadores de serviço. Nas conferências essa proporção é resguardada na escolha de delegados que vão representar cada setor.

O conselheiro considera que a participação dos três segmentos possibilita mais transparência nas discussões. “Quando os grupos de interesse atuam nos bastidores, fazendo *lobby* ou tentando pressionar nos corredores do Ministério, das secretarias estaduais de saúde, isso não tem visibilidade, não tem transparência e muita coisa pode depender da correlação de forças, do mercado político. Quando existe uma instância em que os grupos de interesse têm que apresentar

suas demandas, têm que discutir e, na maior parte das vezes, têm que modular essas demandas em razão do interesse público, isso acaba sendo uma grande vantagem”, acredita Miranda, acrescentando que uma possível desvantagem do modelo é a reprodução de vícios da chamada democracia representativa. “Quando os conselhos acabam por reproduzir as formas de atuação das câmaras legislativas, com representantes que não conseguem dialogar com suas bases, não conseguem trabalhar em razão do interesse público, isso se constitui um aspecto negativo”.

■ Papel político

A avaliação feita pelo senso comum de que o SUS é um sistema fracassado suscita uma intensa discussão sobre o fato de o CNS ser uma instância sem peso político, já que não estaria cumprindo seu papel de fiscalizar e propor as ações de saúde. Para a vice-presidente da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e conselheira nacional, Ligia Bahia, essa afirmação não procede. “O CNS tem relevância política no que concerne a um determinado conjunto de articulações entre entidades da sociedade civil e o governo. No entanto, tais conexões tornaram-se quase que exclusivamente bilaterais, ou seja, cada representação estabelece uma pauta *ad hoc* com o Ministério da Saúde e por vezes até com órgãos da Secretaria Geral [da Presidência] e Casa Civil. Em função da priorização de agendas informais e paralelas essas entidades nos últimos anos atuaram no pleno do Conselho, ora legitimando programas governamentais ora repercutindo pautas do movimento sindical de servidores públicos”, salienta. Para Ligia, a postura do CNS permitiu um fortalecimento de cada representação isoladamente. “Mas esse deslocamento afetou sua natureza de arena de debates e formulação de políticas de saúde”, conclui.

O membro da mesa diretora e ex-presidente do CNS, Francisco Batista Júnior, considera que, equivocadamente, se estabeleceu no inconsciente coletivo que participação da comunidade e controle social no SUS são atribuições exclusivas dos conselhos de saúde. “Estamos fazendo um esforço muito grande nos últimos anos na perspectiva de convencer as pessoas que participação da comunidade deve se dar em todos os espaços possíveis e imagináveis, sejam eles formais ou não. Estamos dizendo que participação da comunidade e controle social devem se dar tanto nos conselhos de saúde como nos conselhos locais, conselhos de gestores, nos órgãos que porventura, informalmente, determinadas comunidades possam criar. A participação para se consolidar

tem que romper com os muros, as barreiras dos conselhos de saúde. Estamos apenas no nascedouro desse processo”, opina.

Miranda informa que, recentemente, uma pesquisa financiada pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde e realizada por universidades de diversos estados, verificou que a maior parte do tempo utilizado para discussão e deliberação nos conselhos municipais não são para a definição de diretrizes estratégicas para a gestão, mas o inverso. “Na maior parte das vezes é a gestão governamental que acaba por pautar a agenda dos conselhos. No CNS houve um período em que isso ocorreu. A agenda era composta basicamente de proposições e iniciativas do Ministério. Nos últimos anos isso tem mudado um pouco. O CNS conseguiu definir diretrizes prioritárias para as políticas públicas de saúde do Brasil”.

Para Ligia Bahia, a agenda prioritária do CNS é debater a política da saúde. De acordo com ela, é preciso estabelecer qual é a política de saúde no Brasil, assim como a quem compete defini-la; quem pode acessar e utilizar ações de saúde e se proteger da exposição aos riscos e como modificar essas relações de desigualdade. “É inaceitável continuarmos trocando a explicitação da política de saúde por meia dúzia de programas assistenciais. Daí a priorização da política de afirmação da natureza pública, universal da saúde. Sabemos que é essencial ampliar e garantir acesso e a qualidade da rede SUS. Para tanto, temos enfatizado a necessidade de reverter os subsídios públicos para o privado e conseqüentemente expandir gastos públicos para imprimir uma marca de rede pública e de qualidade no SUS”, detalha.

■ Educação permanente

Para garantir que os conselheiros estejam preparados para exercer o controle social, o CNS lançou em 2006 a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS. “Essa política amplia o conceito do aperfeiçoamento dos conselheiros e oportuniza a participação de novas lideranças da comunidade através do acesso às informações e ao conhecimento dos princípios da reforma sanitária brasileira”, explica o coordenador da Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social do SUS (CIEPCS) do CNS, José Eri de Medeiros. A meta é capacitar 100 mil conselheiros até o final do ano.

A política define cinco eixos estruturantes: Participação Social; Financiamento da Participação e do Controle Social; Intersetorialidade; Informação e Comunicação em Saúde; e Legislação do Sistema Único de Saúde. “Esses

eixos foram construídos a partir das diretrizes nacionais, do referencial acumulado na história dos conselhos de saúde, das conferências de saúde e das contribuições apresentadas por conselheiros e participantes das oficinas”, conta o coordenador.

Medeiros afirma que a RET-SUS tem papel estratégico e fundamental para a capacitação de conselheiros e acrescenta que há outras instituições parceiras, como universidades e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). “Entende-se como educação permanente para o controle social os processos pedagógicos que contribuem para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento do direito à saúde e com metodologias participativas, através de processos formais e informais que valorizam as experiências das pessoas e os conteúdos programáticos definidos na nossa política”, diz o coordenador.

■ Ações das ETSUS

Neste sentido, com recursos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps), os Centros Formadores de São Paulo vinculados à Secretaria Estadual de Saúde iniciaram em 2009 a capacitação de conselheiros municipais e estaduais. A demanda surgiu dos próprios conselhos e os cursos foram montados a partir de oficinas em que se discutiram as principais dificuldades dos conselheiros, suas atribuições e o conceito de controle social. A partir disso, foram desenhadas duas áreas: “A primeira é destinada ao chamado pré-conselheiro, a pessoa que ainda não tem mandato, mas tem representatividade na sociedade. A segunda é direcionada para o conselheiro e trata do papel do conselho, sua atividade cotidiana, questões políticas, entre outros temas pertinentes”, afirma Cecília Aly Heinemann, que coordena a implantação do curso pela Secretaria Estadual de Saúde.

“Dependendo da demanda e características da região, as escolas iam adaptando os cursos. O Cefor Assis, por exemplo, ofereceu apenas o primeiro módulo de 16 horas”, diz a assistente técnica do Núcleo de Apoio às Escolas Técnicas do SUS em São Paulo, Luci Emi Guibu. Ela explica que esse módulo foi pensado a partir de um pedido dos próprios conselheiros que queriam fomentar a participação e incentivar a rotatividade nos conselhos.

Cecília relata também que a organização pedagógica para o controle social foi difícil. “Trabalhamos em cima do currículo integrado, o que dificultou um pouco. Os conselheiros não estavam acostumados com o modelo reflexivo. Esse estranhamento é natural e ao final tivemos resposta positiva”, detalha. As escolas também

preparam o corpo docente para ministrar as aulas. A coordenadora destaca que o curso dá outra visibilidade às ETSUS. “Os conselheiros passam a entender o que de fato é uma escola do SUS quando têm esse contato conosco. Então, eles ampliam o foco para além do profissional da ponta”.

O Centro Formador de Pessoal para Saúde de São Paulo se ocupou do curso para capacitação de conselheiros estaduais. A primeira turma foi finalizada em 2009 e a segunda em 2010. Paralelamente, as escolas do interior iniciaram os processos de implantação da capacitação para os conselheiros municipais. O Centro Formador de Pessoal para a Área da Saúde de Osasco está preparando os docentes para dar início ao curso. Já no Centro Formador de Pessoal para a Saúde de Franco da Rocha já houve turmas e este ano o curso deverá ser oferecido na área de Piracicaba. O Centro de Formação de Recursos Humanos para o SUS-SP de Araraquara está se preparando para oferecer o curso e o Centro Formador de RH de Pessoal de Nível Médio para a Saúde de Pariqueira-Açu iniciou planejamento e deve oferecer neste momento o primeiro módulo. O Centro Formador de Pessoal para a Saúde de Assis já finalizou sete turmas.

“Nem sempre conhecemos muito a questão do controle social quando começamos a participar. Queremos defender nossos direitos e vamos com a cara e a coragem. A gente faz o controle, mas sem saber como deve ser feito”. A frase é de Geraldo Paulino Nascimento, representante dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Guarulhos, que está fazendo a capacitação no Centro Formador de Pessoal de Saúde de São Paulo. Para ele, o curso dá mais capacidade e autonomia para que os conselheiros possam buscar melhorias para o sistema de saúde. “Além disso, posso repassar o conhecimento para a comunidade, colaborando para a formação do indivíduo como cidadão”.

Além da iniciativa dos centros formadores estaduais, a Escola Técnica do Sistema Único de Saúde de São Paulo, vinculada à prefeitura, oferece o curso de capacitação dos conselheiros gestores das unidades de saúde do município desde 2003. “Os cursos estimulam nos participantes o desenvolvimento de um pensamento crítico que gera mudança de comportamento no exercício de sua cidadania. Esta ampliação do olhar reflete na forma como ele se coloca como conselheiro após o curso, vendo a necessidade de autodisciplina para tornar efetiva sua participação no controle social do SUS”, afirma a diretora da ETSUS, Laura Santucci. Desde 2003, foram capacitados mais de 3.700 conselheiros. A proposta para o ano de 2011 é oferecer 1.200 vagas.

Ministro da Saúde é o atual presidente do CNS

No dia 16 de fevereiro o ministro da Saúde Alexandre Padilha foi eleito presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para um mandato de três anos. Durante o período que antecedeu a eleição, os debates caminharam para a proposição da candidatura de uma representante dos usuários, Jurema Werneck. Com a não confirmação da candidatura de Jurema, o ministro foi eleito por aclamação. Em seu pronunciamento de posse, Padilha afirmou que o acesso à rede pública de saúde com qualidade será um dos temas prioritários das discussões do conselho e que pretende investir no fortalecimento do controle social.

Na visão de Lúgia Bahia, ao presidente do CNS pode se reservar o papel desde um mero coordenador dos trabalhos até o de *condottiere* (líder). “O CNS não foi concebido como um conselho de gestão e muito menos como um conselho de gestão do Ministério da Saúde. Teremos que caminhar um pouco para discernir qual dessas tendências será mais intensa no próximo ano. O fato de os usuários

terem consolidado uma candidatura e, sobretudo, uma agenda de trabalho, pode contribuir para fortalecer a capacidade do CNS de somar e levar adiante uma pauta de trabalho que tensione as atuais bases materiais e valorativas da iniquidade do sistema brasileiro de saúde”.

Em 2006, o Conselho passou a escolher seu presidente a partir de processo eleitoral. Até então, o cargo era ocupado automaticamente pelo ministro da Saúde. Em 2007, o representante dos trabalhadores, Francisco Batista Júnior, foi o primeiro presidente eleito do conselho.

Além do ministro, fazem parte da atual mesa diretora do CNS a representante dos gestores e presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Beatriz Dobashi, os representantes dos usuários Clóvis Adalberto Bouffler, José Marcos de Oliveira, Jurema Werneck, Maria do Socorro de Souza e os representantes dos trabalhadores Francisco Batista Júnior e Ruth Ribeiro Bittencourt.

A atual mesa diretora do CNS é composta por Clóvis Bouffleur, Maria do Socorro, Jurema Werneck, Alexandre Padilha, José Oliveira, Francisco Batista Júnior, Ruth Bittencourt e Beatriz Dobashi (da esquerda para a direita)



Arquivo Conselho Nacional de Saúde

A Escola de Saúde Pública do Mato Grosso (ESP-MT) iniciou em 2010 as ações de educação permanente para conselheiros municipais e estaduais de saúde. O processo incluiu a produção de material didático específico, que contou com o envolvimento dos próprios conselheiros. Segundo a técnica da Coordenadoria de Ensino, Pesquisa, Extensão e Desenvolvimento em Saúde da ESP-MT, Vera Lúcia dos Anjos, a elaboração da apostila foi feita com base em cinco eixos: identificação conceitual de saúde, da representação social, papel do conselho nas políticas públicas de saúde; papel das conferências e do legislativo no rumo da saúde; problemas de saúde; análise situacional; e elaboração de uma agenda política e sua pactuação com a gestão municipal.

Até o fim de 2010, 22 dos 141 municípios do estado foram contemplados com a capacitação e cerca de 450 pessoas, entre conselheiros e agentes sociais, foram capacitados. "Damos a oportunidade para que os conselhos municipais indiquem pessoas que têm liderança no

município para participar da capacitação. É importante para que a informação se dissemine e enriqueça as discussões locais", afirma Vera Lúcia.

Também no ano passado, a Escola Técnica do SUS Dr. Manuel Ayres (ETSUS Pará) realizou a formação de 19 conselheiros estaduais de saúde e implementou 23 turmas de capacitação de conselheiros municipais, formando 415 conselheiros de 36 municípios. "A proposta é integrar a secretaria de saúde como um todo, profissionais, gestores e controle social. Para isso, focamos o curso nos pactos pela Vida, pelo fortalecimento do SUS e de Gestão, com ênfase neste último", explica a gerente técnico-pedagógica, Izabel Oliveira.

A escola foi a responsável por todo o processo de implementação do curso, inclusive da capacitação dos docentes que vinham tanto dos conselhos como de movimentos populares. "De uma maneira geral, tivemos uma receptividade muito boa dos conselhos municipais. Pontualmente não houve mobilização satisfatória para o

oferecimento da capacitação. Mas neste início de ano já recebemos ligações de municípios interessados", conta a gerente. Com a mudança de gestão, a ETSUS está reorganizando as demandas a fim de subsidiar a elaboração de um cronograma que atenda os municípios que ainda não foram envolvidos.

Outra iniciativa de ETSUS na capacitação de conselheiros ocorreu na Escola Técnica Izabel dos Santos (ETIS), no Rio de Janeiro. Nas regiões norte e noroeste do estado o Projeto de Revitalização para os Conselhos de Saúde foi escolhido como prioridade máxima para o desenvolvimento do SUS local. "Entre abril e novembro de 2009, conselheiros de 22 municípios das regiões consideradas prioritárias por conta da situação socioeconômica e de saúde e da organização do controle social dessa área participaram do curso", afirma a diretora da ETIS, Márcia Cid.

O curso foi estruturado em três módulos: 'Resignificação do SUS e o resgate de sua dimensão ético-política', 'O controle social como um dos eixos estruturantes

do SUS' e 'Ser conselheiro: o exercício de uma nova prática'. Márcia Cid considera que a preparação dos conselheiros de saúde para um melhor exercício do controle social é fundamental para a consolidação do SUS. "O resultado da mobilização que o projeto proporcionou a essa locorregião pôde ser visto durante o seminário final realizado em Macaé. Os depoimentos demonstraram que a atividade vem impactando a gestão do controle social do SUS naquelas regiões".

No Espírito Santo, o Núcleo de Educação e Formação em Saúde da SES (ETSUS Espírito Santo) ofereceu 30 vagas para o conselho estadual e conselhos gestores de unidades da secretaria estadual de saúde. Com a capacitação, os conselheiros passassem a conhecer o debate sobre a formação do Estado moderno e sua fundamentação teórico-filosófica e a compreender o papel do conselho e dos conselheiros na realização do controle social no âmbito da política estadual de saúde e gestão das unidades de saúde. ■

CNS prioriza etapas municipais da 14ª Conferência de Saúde

Neste ano acontece a 14ª Conferência Nacional de Saúde. Com o tema 'Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro', a reunião tem o eixo 'Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS', subdividido em: Política de saúde na seguridade social, segundo os princípios da integralidade, universalidade e equidade; Participação da comunidade e controle social; e Gestão do SUS (Financiamento; Pacto pela Saúde e Relação Público x Privado; Gestão do Sistema, do Trabalho e da Educação em Saúde). Antes da etapa nacional, a conferência ocorre nos estados e municípios, para que se discutam e aprovelem propostas prévias que deverão ser discutidas de maneira mais ampla posteriormente. As etapas municipais terão início dia 1º de abril e se estenderão até o dia 15 de julho. Já as etapas estaduais vão de 16 de julho a 31 de outubro e a Conferência Nacional ocorre entre 30 de novembro e 4 de dezembro.

Membro da mesa diretora do CNS e da comissão organizadora da 14ª Conferência, Francisco Batista Júnior explica que nos debates de organização do evento as etapas municipais foram consideradas prioridade. "Entendemos que esse é o espaço mais importante de debate e avaliação e também, nas conferências passadas, essas etapas não tiveram, por mais esforço que tenhamos feito, tanto peso. Por isso temos a avaliação que há necessidade de aprimorar e resolvemos reservar o maior prazo que já conseguimos em uma etapa municipal. A idéia é qualificar o debate no maior número de municípios", aponta.

O conselheiro lembra que na 13ª Conferência, realizada em 2007, foi feita uma mudança na dinâmica das reuniões que será repetida este ano: os debates nos municípios que eram conduzidos a partir de um texto base passaram a ter como ponto de partida questões orientadoras. "O texto era, geralmente, muito complexo, elaborado por técnicos do Ministério da Saúde e da academia. Na maioria dos casos o que estava escrito tinha muito pouco a ver com as realidades locais. Avaliamos que seria interessante superar a proposta do texto base e fazer um documento orientador deixando cada município livre para debater aquilo que é sua realidade, aquilo que é sua situação, suas reais necessidades", ressalta Batista Júnior. Outra novidade que tem como objetivo racionalizar a discussão é que nas conferências estaduais, cada unidade da federação deverá eleger sete diretrizes. A partir disso, deverão ser definidas cinco grandes propostas prioritárias para serem debatidas nacionalmente e serem consideradas prioridade no produto final da conferência.



A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 é a mais lembrada no setor. Foi nela que a reforma sanitária se consolidou ao discutir e propor as bases do Sistema Único de Saúde (SUS) que seria criado dois anos depois, na Constituição Federal. "A 8ª aconteceu em um cenário que estava muito claro que o produto da conferência definiria o sistema que queríamos colocar em prática e havia um pacto firmado praticamente entre todos os atores em relação a esse entendimento. Não havia divergências", lembra o conselheiro. No entanto, ele reconhece que nem sempre as conferências foram profícuas. "A relação que existe entre o produto das conferências e o que foi de fato colocado em prática no sistema, nas três esferas de governo é muito pequena. É uma avaliação generalizada. Estamos, inclusive, entrando em contato com universidades para que elas façam estudos a respeito do impacto das conferências no SUS. A princípio, a avaliação que temos é que o impacto não é tão considerável assim. Os gestores não têm levado muito em conta o que é proposto", critica.

Para Batista Júnior, essa situação se dá por dois motivos: falta de força política de alguns gestores e a falta de foco na elaboração das propostas. "As conferências, infelizmente, passaram a se tornar uma espécie de espaço de manifestação das insatisfações populares em relação ao sistema. As pessoas passaram a participar com a primeira preocupação de manifestar o seu desagrado ou a sua frustração com aquilo que não estava atendendo, no seu ponto de vista,

o que significava o direito de cada um. Isso tem um aspecto negativo porque visões individualistas e corporativistas passaram a prevalecer em relação a uma visão mais coletiva".

Antes mesmo de ser eleito presidente do CNS, Padilha havia se comprometido a participar ativamente do Conselho. Na sua primeira visita oficial à Fio-cruz, no início de fevereiro, o ministro declarou que 2011 é um ano decisivo para o controle social e para o SUS. "Nós não podemos reproduzir na 14ª Conferência Nacional de Saúde o mesmo cenário que encontramos nas últimas conferências. Na 13ª Conferência nós chegamos a um relatório final com mais de 100 propostas. Cada proposta representava um segmento ou desejo pontual. Todos eles eram muito legítimos, mas sem uma proposta estruturante para o SUS", disse o ministro.

Padilha citou sua experiência na condução do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social (CDES) e afirmou que a partir se esforçaria para que o CNS seja um espaço de elaboração de uma agenda estratégica. "Quando ele [CNS] exerce o controle só por questões pontuais, perde a capacidade de influenciar na política mais geral. O CDES teve um papel decisivo para o governo Lula quando parou de construir seus 135 objetivos especiais - que eram expressão de cada segmento representado - e passou a construir uma agenda estratégica para o país. A partir daí ele começou a influenciar de forma decisiva os rumos do governo", detalhou.

Marcio Pochmann

Presidente do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

entrevista

Maira Mathias

Marcio Pochmann está à frente do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) desde 2007. Nesta entrevista, o economista fala sobre um recente estudo da instituição que mostrou o impacto positivo dos gastos com políticas públicas para a economia e a redução das desigualdades, principalmente nas áreas da educação e da saúde, e defende a necessidade de compreender melhor a realidade brasileira, derrubando falsos consensos: "Havia uma compreensão do gasto social como compensatório e direcionado fundamentalmente às regiões mais pauperizadas do país. Hoje se sabe que se porventura viessem a ocorrer cortes na previdência social as medidas implicariam mais as regiões ricas, tendo em vista a concentração de aposentados nas regiões mais desenvolvidas do país".

A erradicação da pobreza extrema é uma meta do governo Dilma, expressa pela presidenta em seu discurso de posse. O Ipea recentemente investigou o impacto dos gastos com a política social no Produto Interno Bruto (PIB) e na renda das famílias brasileiras, demonstrando que, ao contrário do que uma corrente mais clássica do pensamento econômico defende, a manutenção – e até o incremento – dos gastos públicos em áreas como saúde, educação e previdência, além de dinamizar a economia, reduz a desigualdade no país. Na sua opinião, quais são os caminhos que o governo brasileiro deve trilhar para atingir a meta a que se propõe?

O trabalho que o Ipea fez teve por objetivo entender melhor a dinâmica do gasto público no Brasil. Por um lado, há o discurso da racionalização do gasto, mas em geral se fala do gasto público no seu total, sem explicitar que, na verdade, ele é composto por diferentes aspectos. Por exemplo: os gastos com os juros da dívida perfazem 5% do PIB. Esse gasto, embora necessário do ponto de vista da condução da política monetária, tem um resultado pouco efetivo no que concerne ao enfrentamento de mazelas sociais acumuladas historicamente. Ao estudar o comportamento do gasto público brasileiro, observamos que o gasto social apresenta resultados mais satisfatórios no enfrentamento das mazelas sociais e, além disso, traz um componente efetivo na própria dinâmica econômica, uma vez que sua ampliação impacta favoravelmente o comportamento do PIB. Hoje, o gasto social já é quase ¼ do PIB. Nós não temos mais, portanto, uma visão antiga do gasto social identificado basicamente como compensatório. Dada à amplitude e à qualidade das políticas públicas brasileiras, a visão do gasto social vai muito além da compensação, sendo a garantia da promoção e elevação da qualidade de vida dos brasileiros.

Ao mesmo tempo, os estudos que o Ipea tem feito do ponto de vista do comportamento da trajetória da desigualdade e da pobreza mostram que o Brasil tem condições de superar já na primeira metade dessa década a chamada pobreza extrema. E isso passa pela ampliação especialmente do gasto social. Agora, é perfeitamente compatível haver redução na composição do gasto público. Por exemplo, nos anos 1980, o Brasil gastava com o serviço da dívida pública 1,8% do PIB passando, nos anos 1990 para entre 7% e 8%. Portanto, temos espaço para reduzir o peso dos juros e, com isso, melhorar a qualidade do gasto público em geral. Outro aspecto importante é a receita. O que nós temos de maneira geral no Brasil são políticas distributivas, ou seja, a partir de um orçamento dado se distribui os recursos alocando em diferentes áreas, como educação, saúde, transporte e etc. Nós precisamos avançar para as chamadas políticas redistributivas. Isso implicaria uma reconsideração da política fiscal – da tributação em especial –, porque, lamentavelmente, no Brasil, são os pobres que mais pagam impostos. Nós ainda não temos de fato uma política que redistribui a renda auferida através da tributação conforme ocorre nos países desenvolvidos, em que os ricos pagam, proporcionalmente, mais da sua renda do que os pobres. Então, esse é um aspecto no quesito gasto, não apenas gasto, mas também a forma de arrecadação que é um componente importante no enfrentamento da desigualdade e na redução da pobreza.



Então um dos caminhos que o governo brasileiro pode trilhar é a reforma tributária, a redução de uma parcela do serviço da dívida e a manutenção do gasto social?

Exatamente, mas não há dúvida de que também na área social há espaço para a racionalização de recursos, porque, de certa maneira, nós ainda continuamos a conduzir as políticas sociais de forma setorializada. Isso é compatível com a preocupação que tínhamos no século XX. No século XXI, dada à complexidade dos problemas sociais – pois quando falamos de um problema social estamos falando de uma totalidade –, há uma exigência considerável de ações cada vez mais articuladas. Se a gente olhar uma determinada política para um segmento da sociedade vai ver que em vários ministérios existem programas voltados para aquele segmento, mas, na verdade, não há uma coordenação articulada e intersetorial, que elevaria a produtividade da política social, permitindo que houvesse ampliação da cobertura e maior eficiência do gasto.

Ainda nesse estudo do Ipea, ficamos sabendo que a área que mais impacta o PIB é a educação pública, retornando R\$1,85 cada R\$1 investido, seguida da saúde, que retorna R\$1,7. Porque essas duas áreas têm tanto impacto na economia brasileira?

Elas estão vinculadas à promoção da sociedade. Quanto mais efetiva for a saúde pública, melhor a qualidade dos seus habitantes e, portanto, eles serão mais efetivos na realização de suas funções, passando pelo exercício do

trabalho, pela condução da família, pela própria convivência em sociedade. A educação também tem um papel de promover e elevar a capacidade cognitiva do cidadão. Essas duas políticas podem ser vistas muito mais como um investimento do que como um gasto porque repercutem favoravelmente na elevação do protagonismo dos indivíduos e da coletividade. Nós fizemos uma outra pesquisa voltada para captar a percepção da sociedade e percebemos que, no caso do Sistema Único de Saúde, a população usuária tem uma avaliação muito mais favorável do que quem não usa, indicando justamente o papel importante do sistema público de saúde na convivência e no melhor desenvolvimento humano.

Eu queria justamente falar sobre esse estudo que teve muita repercussão ao demonstrar que a parcela da população que tem a opinião mais desfavorável sobre o SUS não utiliza determinados serviços. Isso indicaria que existe, em alguma medida, um movimento de distanciamento dessas pessoas em relação ao restante da população na defesa da universalização do sistema de proteção social?

É interessante no Brasil o fato de que a construção de um sistema amplo não se deu através da cobertura e do uso dos diferentes segmentos da sociedade. O que se percebe, fazendo uma breve recuperação, é que até 1988 o acesso à saúde ocorria de duas maneiras: da forma filantrópica, para os pobres, e através das contribuições realizadas por aqueles que se encontravam no mercado de

trabalho. O SUS promove o ponto de vista do atendimento público de forma generalizada, mas, simultaneamente, percebe-se que a universalização do acesso à saúde no Brasil não se deu de forma abrangente do ponto de vista do recurso, de forma que as condições de acesso se tornaram mais favoráveis para quem antes não tinha acesso, ou seja, a parcela mais pobre da população, enquanto que a classe média assalariada e segmentos mais abastados terminaram se direcionando para os planos de saúde privados – embora se saiba que determinados serviços de saúde, especialmente os mais sofisticados, são utilizados pela população de maior renda que geralmente não usa os serviços básicos de saúde.

Essa compreensão levou o Ipea a realizar um estudo para, em primeiro lugar, ter uma maior clareza do que representa o sistema de saúde para o conjunto da população. Há algum preconceito, pelo menos a pesquisa demonstra, por aqueles que não usam, ainda que se saiba que há muito a avançar no Brasil. Comparando com a literatura internacional, veremos que na Inglaterra, onde o sistema de saúde é bem mais antigo e cobre uma maior densidade na população, as pesquisas indicam que os ingleses criticam seu sistema público por determinadas razões, mas o defendem de forma generalizada da mais alta a menor renda. E isso a gente ainda não observa no Brasil, talvez pelo fato de ainda ser um sistema relativamente novo, que talvez precise de mais tempo para atingir mais pessoas e também alcançar melhoras do ponto de vista do funcionamento e, ao mesmo tempo, uma maior identificação daqueles segmentos que não usam o serviço básico, mas utilizam o SUS em situações mais complexas e de maior custo público.

“ O Ipea nesses últimos anos tem procurado entender melhor a realidade brasileira porque se a gente não entende a realidade é difícil transformá-la.”

O fortalecimento dessa aliança é importante para evitar que haja um retrocesso no processo de reconstrução do sistema de proteção social?

O Ipea nesses últimos anos tem procurado entender melhor a realidade brasileira porque se a gente não entende a realidade é difícil transformá-la. Havia uma compreensão do gasto social como efetivamente compensatório e direcionado fundamentalmente às regiões mais pauperizadas do país. Um estudo demonstrou, por exemplo, que em termos relativos, são os estados mais ricos os que mais absorvem a previdência social que geralmente é identifi-

cada como uma política paliativa, compensatória. Hoje se sabe que se porventura viessem a ocorrer cortes, as medidas implicariam mais as regiões ricas do que as regiões pobres, tendo em vista a concentração de aposentados nas regiões mais desenvolvidas do país. Com essas pesquisas de percepção nós estamos tendo a oportunidade de entender melhor a realidade e a receptividade das políticas públicas, sejam elas na educação, saúde, segurança, justiça, trabalho, entre outras. Temos conseguido observar que há uma percepção da importância dessas políticas, mas não necessariamente uma defesa delas. Acreditamos que esse seja um espaço para o exercício da cidadania do ponto de vista de reconhecer as políticas públicas que nós temos hoje e a necessidade de defendê-las frente, muitas vezes, a discursos que vêm de fora do país e desconhecem a realidade das políticas.

- **Durante muito tempo, tendo como marco a década de 1960, ganhou força a ideia de que as políticas públicas de saúde teriam um papel a cumprir no estímulo ao desenvolvimento econômico das nações latino-americanas. Hoje, é comum ouvir discursos contrários à injeção de mais recursos na área, sob o argumento de que o SUS é mal gerido. A partir de quando esse tipo de argumentação ganhou força e porque ela ainda parece ser hegemônica em grande parte da sociedade brasileira?**

As críticas ao Estado e às políticas públicas não são recentes. Elas já eram vigorosas no século XIX, mas, em função da depressão de 1929 elas perderam efetividade. A esse período se segue um ciclo de expansão das políticas públicas bastante efetivo para os países que adotaram ações de ampliação dos gastos sociais em termos de redução da desigualdade e da pobreza. A crise econômica dos anos 1970, especialmente nos países desenvolvidos, recolocou o tema fiscal, já que as economias passaram a ter um dinamismo menor e, ao mesmo tempo, o gasto público crescia em função de problemas gerados pelo baixo desempenho econômico, crescimento do desemprego, o próprio envelhecimento da população, a mudança do perfil das doenças... Essa pressão sobre o gasto fez com que ganhasse hegemonia uma visão que defendia a menor participação do Estado na economia e cortes nos gastos sociais porque a perspectiva individual, narcisista, teve maior emergência nessa situação de baixo dinamismo econômico. No final dos anos 1980, essas ideias chegaram com muito vigor ao Brasil, quando o país tratava de regulamentar a Constituição de 1988. E tivemos, ao longo de 80 e 90, um contexto de semi-estagnação econômica, ao mesmo tempo em que tínhamos a pressão pela implantação do que estava previsto na Constituição. Mas o endividamento do Estado colocava o problema da gestão da dívida fiscal, favorecendo a absorção de recursos para sustentar a dívida pública. Nós tivemos, por exemplo, nos anos 1990 um aumento em torno de 10% do gasto público em relação ao PIB; 6% foram aumentados fun-

damentalmente para pagamento da dívida pública brasileira através de juros e 4% foram aumentados para as políticas públicas, especialmente as políticas assistenciais e previdenciárias. Hoje, apesar de ainda haver argumentos desfavoráveis à ampliação do gasto social, as políticas sociais são vistas de outra maneira. O Brasil tem a emergência de uma economia social de renda e das políticas voltadas para o paradigma universalista na educação e na saúde, embora aqueles que são os maiores beneficiários não se constituam, de certa maneira, em uma força política capaz de ter voz e de se manifestar de forma organizada. Recorrentemente se fala da emergência de novos segmentos sociais em função da mobilidade social, mas, de maneira geral, esses segmentos não se encontram organizados em sindicatos, partidos políticos, de tal forma que ainda têm pouca representatividade nos organismos de opinião pública do país.

- **Eu queria falar um pouco sobre mercado de trabalho. Uma das bandeiras do governo anterior que permanece no atual é a expansão da oferta de educação profissional de nível médio. A gente sabe que a construção desse tipo de agenda – me refiro à agenda da qualificação da força de trabalho – é resultado de uma reorganização do próprio trabalho no capitalismo. Eu queria, entender um pouco como aconteceu essa reorganização e também que o sr. situasse o Brasil nesse contexto.**

Do ponto de vista internacional, o crescimento dos grandes grupos transnacionais, entre as décadas de 80 e 90 promoveu uma reorganização das atividades produtivas e, por consequência, das ocupacionais no mundo todo, impondo uma nova divisão internacional do trabalho. Hoje, em qualquer setor de atividade econômica, existem cinco ou seis grandes grupos que praticamente monopolizam a produção e a distribuição de bens e serviços, sendo que somente 500 empresas respondem por 43% do PIB do mundo. Essas grandes corporações se tornaram tão grandes que, inclusive, não podem quebrar sob o risco de colocarem em xeque o sistema econômico, como vimos na crise de 2008. Antes era inimaginável que empresas como a General Motors, reconhecidas como exemplos de eficiência do setor privado, terminassem ficando de joelhos e dependendo da transferência de recursos públicos para continuar funcionando.

Também temos uma reorganização interna das economias, relativa à forma com que cada país se insere no mundo. Os países que conseguem desenvolver políticas de apoio ao setor produtivo apresentam maior expansão da sua atividade interna e, por consequência, experimentam o crescimento do emprego e a redução do desemprego. Nos anos 1990, o Brasil se inseria na economia mundial de uma forma muito passiva e subordinada, implicando baixa expansão econômica e uma convivência com forte desemprego e desigualdade. Em um período mais recente, o Brasil vem crescendo muito mais

rapidamente e alterou as suas relações comerciais em uma perspectiva Sul-Sul, o que se mostrou positivo não apenas no enfrentamento da crise – porque não estávamos tão dependentes dos países ricos –, mas também do ponto de vista das nossas exportações e da defesa da produção interna.

Ao mesmo tempo, a partir dos anos 70 a crise econômica levou a uma reestruturação produtiva: a maioria das empresas abandonou o modelo taylorista/fordista e investiu em novos modelos de organização do trabalho, que se mostraram muito mais produtivos, como as células de produção. Para além da intensificação da jornada do trabalho, estamos convivendo com uma crescente extensão, já que, hoje, as tecnologias da informação fazem com que os trabalhadores levem trabalho para casa, por celular e internet. Isso implica, de um lado, trabalhadores mais qualificados para exercer essas atividades, mas, de outro, exposição a uma maior intensificação desse trabalho e ao mesmo tempo a uma extensão da jornada de trabalho.

É fundamental que o Brasil reconsidere a necessidade de constituir um sistema público de emprego que contemple não apenas a qualificação, mas também os benefícios concedidos aos desempregados e também a própria intermediação de mão de obra que é um mecanismo bastante efetivo para a redução do desemprego. Hoje o Brasil vive com um problema de escassez de mão-de-obra em determinadas regiões e setores e isso exige um enfrentamento muito mais rápido do ponto de vista das autoridades reorganizarem as políticas sociais voltadas para a área do trabalho.

- **Hoje, cerca de 30% da oferta de educação profissional de nível médio no Brasil, somando aí as matrículas públicas e privadas, são de cursos na área de saúde. Quais são as particularidades desse setor da economia?**

Não saberia afirmar se estas vagas que estão sendo geradas do ponto de vista da qualificação e da qualidade da capacitação gerada são suficientes para a demanda desse setor. Quando a gente analisa a evolução do emprego com certeza os setores em que há maior expansão de vagas não são aqueles vinculados à tecnologia da informação, à indústria, pelo contrário. São os setores de serviços, especialmente educação e saúde, então é natural que nós tenhamos uma oferta crescente para a formação de quadros nesse segmento, que depende muito da presença humana. Por outro lado, a mudança no perfil demográfico da população implica uma série de novos cuidados e serviços para a população com mais idade. Nós estamos nos tornando cada vez mais um país com maior expectativa de vida, então isso está diretamente vinculado à qualidade da saúde, dos serviços de saúde. ■

Expansão do número de vagas, combinada à elevação da escolaridade dos trabalhadores e crescimento da rede pública são tendências apontadas por pesquisas como AMS e Censo Escolar

Trabalho e educação profissional em saúde: o que as pesquisas revelam

Até 2009, trabalhadores habilitados como auxiliares e técnicos ocupavam 889.630 postos de trabalho em estabelecimentos de saúde mapeados pela *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (AMS/IBGE), divulgada em novembro passado. Nos serviços públicos, privados e sem fins lucrativos investigados pela AMS – postos e centros de saúde; clínicas médicas, odontológicas, radiológicas e de reabilitação; pronto-socorros; unidades mistas e de complementação diagnóstica e terapêutica; hospitais e laboratórios de análises clínicas –, esse total correspondia a pouco mais de 44% das vagas de todo o setor da saúde.

Quando comparados com os resultados obtidos pela pesquisa anterior, de 2005, os números confirmam uma primeira tendência que interessa especialmente a quem acompanha as transformações do mundo do trabalho: houve crescimento no número de vagas ocupadas por profissionais da saúde – da ordem de 15% nos postos ocupados por técnicos e auxiliares e de 26,9% nos ocupados por trabalhadores com escolaridade de nível superior.

Além disso, a comparação entre os anos aponta outra tendência, dessa vez no universo da educação: há uma crescente elevação da escolaridade dos trabalhadores da saúde. Há dois anos atrás, 92% dos técnicos e auxiliares ocupados nos estabelecimentos pesquisados tinham o nível médio completo. Em 2005, eram 86%.

A interseção entre trabalho e educação pode ser percebida por meio de um terceiro fenômeno captado pela AMS: há uma crescente absorção de trabalhadores com maior qualificação profissional. Embora isso só possa ser de fato examinado em relação à enfermagem uma vez que a pesquisa não faz uma separação entre trabalhadores ocupados como auxiliares e técnicos para o restante das subáreas, é representativo verificar que entre 2005 e 2009 o número de postos de trabalho ocupados por técnicos em enfermagem mais que dobrou, aumentando em 105%, enquanto houve redução de 21% nos postos destinados aos auxiliares. No total, esses trabalhadores ocuparam 72,8% das vagas destinadas a auxiliares e técnicos pesquisadas.

Como uma espécie de retrato de uma parte considerável dos estabelecimentos de saúde, a AMS consegue captar nuances do que acontece no mercado de trabalho. Nada mais natural, portanto, que uma pesquisa que estude a oferta de educação profissional forneça mais pistas do que acontece no cruzamento entre os estabelecimentos que formam e os que empregam. O **Censo Escolar** 2010, divulgado este ano pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), autarquia vinculada ao Ministério da Educação (MEC), mostra que os cursos mais diretamente vinculados à saúde representam 28,14% das matrículas da educação profissional no país.

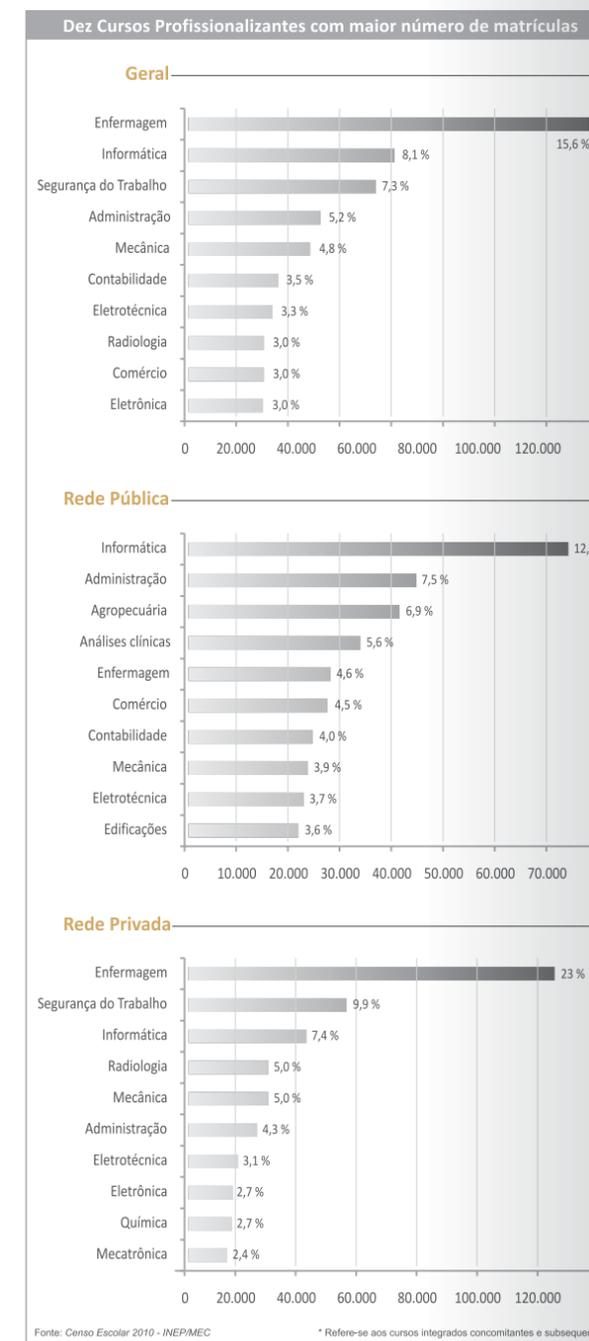
Levando em conta o curso Técnico em Segurança do Trabalho, que guarda interface com a saúde por ser vinculado também à área da Saúde do Trabalhador, e está presente no eixo tecnológico 'Ambiente, Saúde e Segurança' previsto pelo Catálogo Nacional de Cursos Técnicos do MEC, o número sobe para 35,76%. Ainda em outra compilação, desta vez com todos os cursos desse eixo, a participação vai para 37%. E para não deixar dúvidas de que o mercado de trabalho em saúde se tornou atrativo para um grande número de brasileiros que pleiteiam um emprego, a soma das matrículas de todos os cursos que têm alguma relação com a área, como o Técnico em Lazer e o Técnico em Química, supera 40% (veja o gráfico na página 19).

Partindo de uma realidade mais local, a Estação de Pesquisa da Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde (ROREHS) da Escola Técnica de Saúde do Centro de Ensino Médio e Fundamental da Universidade Estadual de Montes Claros (ETSUS Unimontes) realizou, em 2006, o estudo 'Perspectivas de trabalho para profissionais de nível técnico em saúde no norte de Minas Gerais', que a partir da aplicação de questionários para os gestores municipais e gerentes de estabelecimentos de saúde concluiu que as perspectivas de trabalho para profissionais de nível técnico em saúde nos municípios estudados são maiores na Enfermagem (30,1%); seguidas pela Gestão em Saúde (20,5%); Farmácia (18,2%); Vigilância Sanitária (9,1%); Biotecnológico (6,8%); Segurança do Trabalho (4,0%); Nutrição e Dietética (2,8%); Reabilitação (1,7%); Saúde Bucal e Radiologia (ambos com 1,1%) e, ainda, em outros cursos profissionalizantes (4,6%), como o Técnico em Química.

No âmbito nacional, pela comparação entre 2005 e 2009, a AMS mostra que houve um crescimento das "outras" profissões da saúde ocupadas por auxiliares e técnicos, de 188.41 para 241.282, aliada à elevação da escolaridade, passando de 165.659 trabalhadores com

É realizado anualmente pelo Inep a partir de dados coletados por um sistema chamado Educenso e alimentados pelos sistemas de ensino estaduais e municipais. As informações coletadas servem, dentre outras coisas, para definir e monitorar as políticas públicas de ensino. Com elas, o Ministério da Educação gerencia programas diversos, como o de alimentação escolar e distribuição de livros didáticos. A partir de 2001, o Censo Escolar passou a incorporar dados relativos à educação profissional de nível técnico.

ensino médio para 219.735. Já o Censo Escolar mostra que Análises Clínicas aparece em quarto lugar (imediatamente à frente do curso Técnico em Enfermagem) na classificação dos dez cursos profissionalizantes mais ofertados na rede pública, com 33.453 matriculados ou 6,9% de participação. Na rede privada, atrás do Técnico em Enfermagem – campeão de matrículas, com 23% de participação –, o outro curso da saúde entre os dez maiores é Radiologia, também em quarto lugar, com 5% de participação (veja abaixo).



Por meio da investigação de estabelecimentos de saúde públicos e privados instalados no país, a pesquisa busca traçar o perfil da oferta de serviços de saúde no Brasil. A coleta e consolidação de estatísticas nacionais relativas à saúde teve início em 1931 e era realizada pelo Serviço de Estatística da Educação e Cultura. A partir de 1975, o IBGE assumiu a responsabilidade pela AMS, que passou a receber o apoio financeiro do Ministério da Saúde em 1999.

“Os dados da educação profissional foram incorporados no Censo Escolar em 2001. Desde aquele momento o que a gente verifica é a intensa participação das escolas privadas na oferta de cursos de educação profissional. Eu acho que não é uma tendência que começa nos anos 2000. É anterior”, situa Júlio França Lima, pesquisador da Estação Observatório dos Técnicos em Saúde da ROREHS instalada na Escola Politécnica de Saúde de Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), órgão que se debruça sobre AMS e Censo Escolar desde 2003.

■ Boom da oferta

“Na área da saúde, particularmente do ponto de vista da educação profissional, o Estado sempre investia pouco na formação de quadros, havendo uma participação muito maior do setor privado. Com o setor industrial, a história foi diferente, pois desde o início do século 20 houve investimentos públicos na construção, primeiro, das escolas de aprendizes e artífices, passando pela criação dos centros de educação tecnológica, das escolas técnicas federais e por aí vai”, resgata Júlio.

Segundo o pesquisador, não só o setor saúde foi preterido no quesito investimentos, como a própria formação de trabalhadores aconteceu de forma tardia. “Isso tem a ver com a história da saúde pública brasileira. Precisamos lembrar que a chamada capitalização no setor saúde só começa a acontecer de fato nos anos 1970, época em que há um *boom* de cursos voltados para a educação profissional – como os de auxiliares de enfermagem –, principalmente com a oferta de vagas pelo setor privado”.

Ele explica ainda que a explosão da oferta de educação profissional aconteceu em um contexto em que o país experimentou uma mudança importante no seu modelo de atenção à saúde. Em 1966 é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que unifica os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) e passa a gerir todas as aposentadorias, pensões e assistência médica dos trabalhadores do país. O resultado é uma expansão tanto da rede pública quanto da privada, estimulada pela criação de linhas de financiamento a fundo perdido criadas a partir de 1968 pelo governo militar para a construção de hospitais. Isso ocorre para atender à ampliação da condição de beneficiados a todos os trabalhadores urbanos contratados formalmente, estendida na década de 70 para trabalhadores rurais, autônomos e empregadas domésticas.

A opção por um modelo centrado no agravo e não na prevenção e promoção da saúde também explica porque a enfermagem concentra o maior número de trabalhadores da saúde até os dias atuais. “Os serviços de saúde basicamente se sustentaram com base na

força de trabalho médica e na força de trabalho de enfermagem. Ao longo da história, a enfermagem sempre foi o principal contingente de trabalhadores técnicos na área de saúde, seja nos hospitais, seja nos serviços de saúde pública”, afirma Júlio.

No entanto, o pesquisador lembra que até os anos 1980, havia uma presença muito forte de atendentes de enfermagem – trabalhadores sem nenhuma qualificação profissional formal, que na maior parte das vezes só tinham as quatro primeiras séries do então ensino primário – o que causava uma acentuada polarização em termos de escolaridade dentro dos serviços de saúde, que tinham como força de trabalho principal eles e os médicos. Segundo dados da AMS coletados pelo Observatório, em 1978, as duas categorias representavam cerca de 57% do total dos postos de trabalho em saúde.

Com a organização da categoria dos enfermeiros de nível superior, é criado, em 1973, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). “A partir daí, começa a haver uma pressão para proibir o trabalho do atendente e só aceitar nos postos de trabalho auxiliares e técnicos”.

Ao mesmo tempo, aconteciam transformações no Brasil. “As prioridades definidas pela política de saúde pós-76, para o campo dos recursos humanos, foram decisivas na mudança da composição interna das equipes de saúde. As políticas de recursos humanos em saúde passam a privilegiar a formação e capacitação de pessoal de nível técnico e auxiliar, seja em função das necessidades de expansão da rede ambulatorial, seja em decorrência do baixo nível de qualidade de atendimento prestado nos hospitais em função da bipolarização do emprego entre médicos e atendentes”, diz o relatório final da pesquisa ‘As ocupações técnicas nos estabelecimentos de saúde’, feita pelo Observatório.

Para os pesquisadores, a escolha da via supletiva de formação de pessoal de nível médio – através de programas como o Larga Escala, criado em 1980, (ler mais na edição nº 41 da *Revista RET-SUS*) –, foi decisiva no campo das facilidades em absorver profissionais mais qualificados. Em 1984, segundo a AMS, a polarização entre atendentes e médicos já havia reduzido, passando a concentrar 38,4% dos empregos do setor saúde. Mas, mesmo assim, o Cofen continuava a fazer pressão. “Em 1986 é aprovada a lei do exercício profissional da enfermagem que proíbe a contratação de novos atendentes, o que, na prática, acabou não acontecendo, porque os hospitais, fossem públicos ou privados, continuaram contratando”, explica Júlio, que lembra que a mesma lei foi responsável por reconhecer a categoria do técnico. “O primeiro curso Técnico em Enfermagem foi criado em 1966, mas a categoria só foi reconhecida 20 anos depois disso”.

O pesquisador lembra que ao longo dos anos 1990 começa a pressão para que o Estado ofereça gratuita-

mente pelo menos a qualificação de auxiliar de enfermagem para os atendentes, o que, no final da década, desencadeia a criação do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae). “O Profae tinha como principal objetivo a requalificação de atendentes para auxiliares, mas ele também começa a financiar cursos de auxiliar para técnico”.

A AMS de 2009 é a primeira realizada após o término do Profae, em 2008, que segundo a última avaliação formou 235.172 pessoas da área de enfermagem, sendo 176.431 auxiliares e 74.923 técnicos.

Para Júlio, a elevação da escolaridade dos trabalhadores técnicos da saúde, exemplificada pela trajetória do atendente de enfermagem, é um processo complexo que envolve múltiplos fatores. “Primeiro, temos uma tendência ligada à reestruturação dos hospitais, que estão se modernizando, incorporando novas e mais sensíveis tecnologias, que provoca uma demanda por trabalhadores qualificados para operar equipamentos sofisticados, digitais”, afirma.

Ainda de acordo com ele, a forma de organização do trabalho nos hospitais seria um segundo fator. “Há uma tendência de se trabalhar em equipe – o trabalho em equipe é um conceito já antigo na área da saúde, mas há uma tendência a se fortalecer mais esse trabalho no interior dos hospitais, principalmente os privados”.

Por fim, para o pesquisador, o fenômeno deve ser examinado a partir de uma perspectiva ampla. “Do ponto de vista mais geral, a escolarização da população tem se ampliado, as próprias relações sociais estão solicitando essa ampliação, então isso não acontece só no trabalho em saúde ou especificamente na enfermagem”.

■ O fim do auxiliar?

A AMS demonstra que no universo dos trabalhadores de nível médio até 2009 a divisão entre postos de trabalho destinados a auxiliares e técnicos de enfermagem continuava equilibrada, sendo, respectivamente, 35% e 37%. Mesmo assim, pela primeira vez, o número de técnicos superou o de auxiliares, o que parece ser uma tendência para os próximos anos.

Para lembrar, em 2003, a Estação Observatório da EPSJV relatou: “Na subárea de enfermagem, considerando as ocupações de nível técnico – técnico e auxiliar – e a ocupação de nível elementar – atendente – os dados da AMS reforçam a mudança na composição da força de trabalho dessa subárea, já identificada no final da década de 1980. Observa-se intenso decréscimo dos postos de trabalho dos atendentes de enfermagem e, também, grande crescimento dos postos de trabalho dos auxiliares de enfermagem. Os atendentes, em 1999, representavam 43,6% do total da força de trabalho de nível elementar, diminuindo sua participação para 24,7% em 2002. No mesmo período, os técnicos de enfermagem crescem a uma participação de 29,6% e os auxiliares a 6,5%, indicando um aumento no número de trabalhadores com ensino médio completo”.

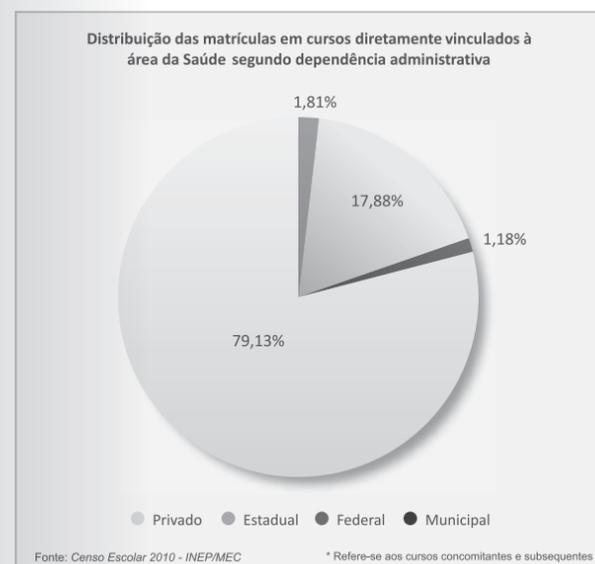
Um marco facilitador da formação dos técnicos foi o parecer nº 10 de 2000 do Conselho Nacional de Educação (CNE), que aprovou que a qualificação profissional de auxiliar de enfermagem integrasse o itinerário formativo do técnico, bastando para isso complementação da carga horária.

Para Júlio França, está em curso um processo muito parecido com aquele que aconteceu com o atendente. “Se antes, havia uma substituição do atendente pelo auxiliar, hoje os auxiliares estão sendo eliminados como categoria e vão desaparecer, não imediatamente, mas daqui a alguns anos. A tendência que está se esboçando é que a força de trabalho em enfermagem vai contar com técnicos de nível médio e enfermeiros de nível superior, uma mudança significativa para uma categoria que até os anos 1990 era composta por quatro tipos de trabalhador”.

O pesquisador lembra que, a exemplo do que aconteceu quando foi aprovada a lei do exercício profissional de enfermagem, a regulação também é um fator presente no panorama atual. "Em 2003, o Conselho Federal de Enfermagem passou a não aceitar o registro definitivo dos auxiliares de enfermagem, só dos técnicos, ou seja, o Cofen faz o registro provisório do auxiliar de enfermagem e dá cinco anos para ele se tornar um técnico de enfermagem para ter o registro definitivo o que também é uma forma de se empurrar para cima a qualificação dos trabalhadores da área e, em outras palavras, eliminar a figura dos auxiliares".

Um exemplo dessa tendência é o Programa de Formação de Profissionais de Nível Técnico para a Área de Saúde no Estado de São Paulo (TecSaúde), desenvolvido pelas secretarias estaduais de Saúde, de Desenvolvimento, de Gestão Pública e de Educação. "Existe uma orientação no sentido de extinguir a função do auxiliar de enfermagem. Em alguns anos, somente quem possuir o curso técnico será contratado pelos serviços de saúde o que resultará em um impacto muito positivo na qualidade dos profissionais e dos serviços de saúde", afirma em nota a assessoria do TecSaúde.

Criado em 2009, o programa é estruturado em duas modalidades – habilitação e especialização – e aceita estudantes que sejam auxiliares e técnicos em enfermagem já formados, estejam empregados ou não. As instituições formadoras fazem parte da rede pública, com participação das Escolas Técnicas do SUS em São Paulo, e também da rede privada, nos moldes do Profae. O número total de formados até o final de fevereiro deste ano era 11.597, enquanto que o total de alunos em curso era 16.330, divididos em 480 turmas em todo o estado.



A complementação da formação de auxiliar para técnico também é ofertada no âmbito da RET-SUS e estimulada pelo governo federal por meio dos recursos destinados para o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps) e para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps).

Para se ter uma ideia, na Bahia, a Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis (EFTS) após o término do Profae complementou a formação de auxiliar para técnico de 359 egressos. Ainda no Nordeste, a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), formou 202, enquanto o Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba complementou a formação de 367.

No Centro Oeste, o Centro de Educação Profissional de Saúde da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago (CEPSAUDE) está oferecendo essa formação para 513, já tendo formado outros cem. No Paraná, após o Profae, o Centro Formador de RH Caetano Muniz formou 510.

Crescimento da rede pública

Desde 2007 a rede pública ultrapassou a privada no número de matrículas – totalizando 52%, entre as ofertas de ensino concomitante, subsequente e integrada à educação profissional. A série histórica do Censo Escolar, que vai de 2002 a 2010, mostra que a variação do crescimento da oferta de educação profissional foi de 74,9%, se levarmos em conta todos os estabelecimentos. As redes que mais cresceram foram a federal, com variação de 114,2%, seguida pela estadual, com 80,3%, privada, com 66,2% e, finalmente, municipal, que aumentou em 21,8%.

"Entre 2009 e 2010 houve aumento de 7,4%. No período de 2007 e 2010, o crescimento foi bastante expressivo, de 46%. Quando analisamos o Censo, vemos que a expansão da rede pública é principalmente dirigida à oferta do ensino médio integrado à educação profissional. Quando você tira essa modalidade de oferta, se detendo ao concomitante e ao subsequente, a oferta privada é maior, principalmente na subsequente", afirma Caetana Juracy Rezende, coordenadora-geral de Políticas da Educação Profissional da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica do Ministério da Educação (Setec/MEC).

Para ela, várias políticas adotadas pelo governo federal nos últimos anos deram sustentação a essa expansão – seja de forma mais indireta como de forma explícita. "De 2004 a 2010 nós temos uma série de mudanças na legislação educacional, principalmente a federal, que vão propiciar esse crescimento. Em 2004, o Decreto 5.154 vai permitir a oferta integrada, que hoje responde por 18,9% de todas as matrículas da educação profissional do país".

Segunda Caetana, outro fator indireto ao crescimento da rede pública foi a uniformização dos nomes dos cursos promovida primeiro em 2006, com o lançamento do Catálogo Nacional dos Cursos Superiores de Tecnologia e depois, em 2008, com o Catálogo Nacional dos Cursos Técnicos. "Ao passar de uma infinidade de denominações e fazer a convergência delas, o catálogo permite um acompanhamento maior e mais claro da oferta, o que vai ter um impacto grande na organização dessa oferta, permitindo principalmente que a rede pública conheça onde há excesso e escassez. Por exemplo, hoje há uma preocupação com a infraestrutura do país e acaba investindo em cursos em áreas prioritárias. Então, influencia na regulação e na supervisão e também na orientação das pessoas, por meio da divulgação desses cursos, o que e acaba aumentando a matrícula".

Ano	Matrículas na Educação Profissional				
	Dependência Administrativa				
	Total	Federal	Estadual	Municipal	Privada
2002	652.073	77.190	220.853	26.464	327.566
2003	629.722	82.943	181.485	22.312	342.982
2004	676.093	82.293	179.456	21.642	392.702
2005	747.892	89.114	206.317	25.028	427.433
2006	806.498	93.424	261.432	27.057	424.585
2007	780.162	109.777	253.194	30.037	387.154
2008	927.978	124.718	318.404	36.092	448.764
2009	1.036.945	147.947	355.688	34.016	499.294
2010	1.140.388	165.355	398.238	32.225	544.570
Δ% 2002-2010	74,9	114,2	80,3	21,8	66,2

Fonte: Censo Escolar 2010 - INEP/MEC
* Refere-se aos cursos integrados concomitantes e subsequentes

Na opinião da coordenadora-geral de Políticas da Educação Profissional também merece destaque o surgimento, em 2006, do Programa Nacional de Integração da Educação Profissional com a Educação Básica na Modalidade de Educação de Jovens e Adultos (Proeja), dirigido a maiores de 18 anos. Ela lembra que, de acordo com a última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad/IBGE), ainda existem 57 milhões de brasileiros acima dos 18 anos que não concluíram a educação básica. "Essa oferta cresceu 230% entre 2009 e 2010 e, embora em números absolutos, corresponda a aproximadamente 14 mil das matrículas de EJA, é significativo quando você pensa que ela sai de quase zero e passa a responder, hoje, por quase 1,2% das matrículas de EJA no país".

De acordo com Caetana, o Proeja se baseia na compreensão de que para se integrar ao mercado de trabalho, não basta que o trabalhador tenha uma qualificação profissional se esta não for seguida de elevação de escolaridade. Ela cita como exemplo a avaliação externa feita pela Universidade de Brasília (UnB) do Programa Nacional de Qualificação (PNQ) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). "Os levantamentos apontam para um impacto maior da escolarização na empregabilidade, na colocação ou nas formas de produção de renda do trabalhador do que a qualificação em si. Então, quando está em uma agência de empregos, a possibilidade de se empregar é maior para quem tem uma escolaridade maior, mesmo sem a qualificação profissional necessária".

O Brasil Profissionalizado dispõe este ano de R\$ 320 milhões para investir na melhoria das redes estaduais de educação profissional em todo o país. Para receber os recursos, os estados e o Distrito Federal devem assinar convênios com o MEC. As verbas públicas são para reforma, ampliação, construção de escolas técnicas e aquisição de recursos pedagógicos. Os investimentos totais no programa já somam R\$ 1,5 bilhão. Atualmente, 23 dos 26 estados brasileiros já assinaram convênios com o MEC e podem apresentar novas propostas à medida que executarem os recursos já repassados.

No campo das políticas mais diretamente relacionadas ao aumento do número de vagas, Caetana destaca a expansão da Rede Federal de Educação Profissional e o Programa Brasil Profissionalizado. "A expansão da Rede é significativa até porque ela representa uma forma de fazer educação profissional que é referencial de qualidade para o país todo", afirma, completando: "A partir do momento que se tem uma rede pública forte, ela puxa a qualidade da oferta. Não adianta você ter uma rede privada muito forte porque se a pública é muito fraca, a tendência é cair toda [a qualidade da oferta]. O padrão de qualidade, para além da expansão das vagas em si, tem ligação com a expansão da rede pública".

Segundo o Censo Escolar, entre 2008 – quando o Brasil Profissionalizado foi lançado – e 2010 o número de matrículas da rede estadual cresceu acima dos 300 mil, o que demonstra que, em termos absolutos, o aumento das matrículas nos estados foi maior, embora a

rede federal tenha crescido mais em termos relativos. Para Caetana, o maior potencial de crescimento da oferta de educação profissional está nos estados. "A rede estadual, acima de qualquer outra, tem um potencial de crescimento maior. Passado um longo período em que a oferta de educação profissional pelos estados não estava na pauta, ou seja, não estava associada às outras necessidades produtivas dos estados, hoje, com o crescimento econômico, o assunto ressurge".

Ela lembra que antes do Brasil Profissionalizado, São Paulo e Paraná – embora diferentes entre si, por causa da opção de oferta do ensino integrado pelo último – eram alguns dos únicos exemplos de estados com redes de educação profissional estruturadas. "Você não tinha muita oferta de educação profissional no resto do país, e agora você vê estados passando para uma oferta expressiva de 70 mil matrículas, como Ceará, Piauí, Pernambuco e Bahia".

Com a educação profissional na pauta política, Caetana identifica um desafio: "Em uma compreensão muito pessoal, o perigo é a opção que alguns estados fazem pela compra de vagas no sistema privado ao invés de fortalecer sua rede própria e perdem a oportunidade de criar uma estrutura própria que inclusive melhora a qualidade do ensino médio no estado".

Ela usa como exemplo a oferta de vagas para cursos do eixo 'Ambiente, Saúde e Segurança'. "Há uma preocupação, porque essa oferta é distorcida, ou seja, a distribuição das matrículas por região não é muito boa. Em alguns lugares que necessitam do curso, a oferta é pequena, em outros, onde a necessidade não é tão flagrante, há muita oferta. Daí a importância de formar redes públicas".

Outros indicadores da AMS

Aproximadamente 51% dos postos de trabalho de nível superior estão em estabelecimentos de saúde com internação. A situação dos postos de nível técnico e auxiliar não é diferente, e os estabelecimentos com internação abrigam 65,8% desses profissionais. Para os auxiliares e técnicos de enfermagem esses percentuais chegam a 70,7% e 73,3%, respectivamente.

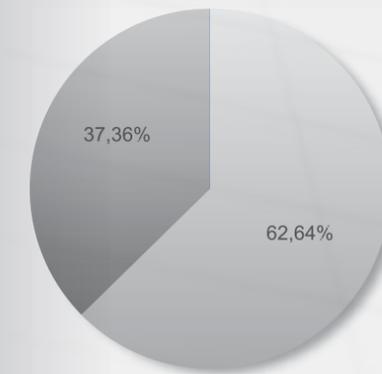
O número médio de médicos por estabelecimento de saúde é de 6,9%, mas nos estabelecimentos com internação esse valor chega a 41,7%. Para os postos de trabalho de nível técnico/auxiliar a média é de 9,8% postos por estabelecimento, sendo que os estabelecimentos com internação possuem em média 69 postos.

O setor público é responsável por 50,7% dos postos de trabalho de nível superior e por 54,1% dos de nível técnico/auxiliar.

No caso de postos de trabalho médico, enquanto no setor privado temos uma média de 9 postos por estabelecimento, no setor público, essa média cai para 5,4, a variação não é tão grande em relação aos técnicos e auxiliares, com variações de 9 para 10,8 respectivamente.

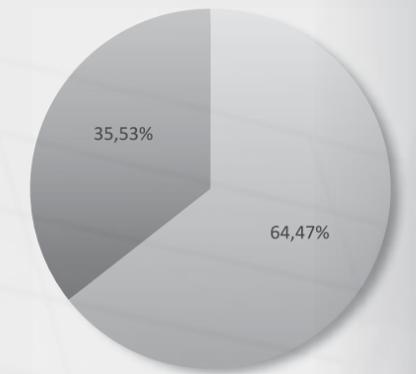
Enquanto o setor público possui 60,5% dos postos de auxiliar de enfermagem, no setor privado 57,6% dos postos de trabalho são ocupados por técnicos de enfermagem.

Matrículas em cursos do eixo Ambiente, Saúde e Segurança



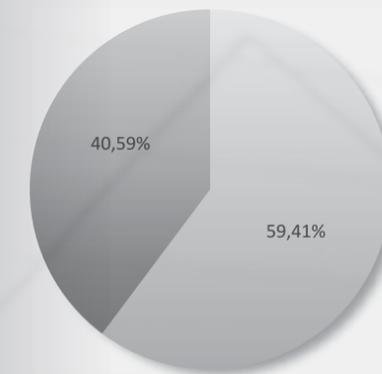
● Eixo Ambiente, Saúde e Segurança ● Demais eixos

Matrículas dos cursos vinculados à área da Saúde no eixo Ambiente, Saúde e Segurança



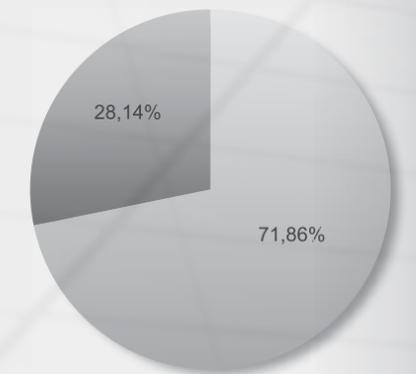
● Área Saúde no eixo Ambiente, Saúde e Segurança ● Demais áreas e eixos

Matrículas em cursos com vínculo direto e indireto com a área da Saúde



● Área Saúde ampliada ● Demais áreas

Matrículas em cursos diretamente vinculados à área da Saúde

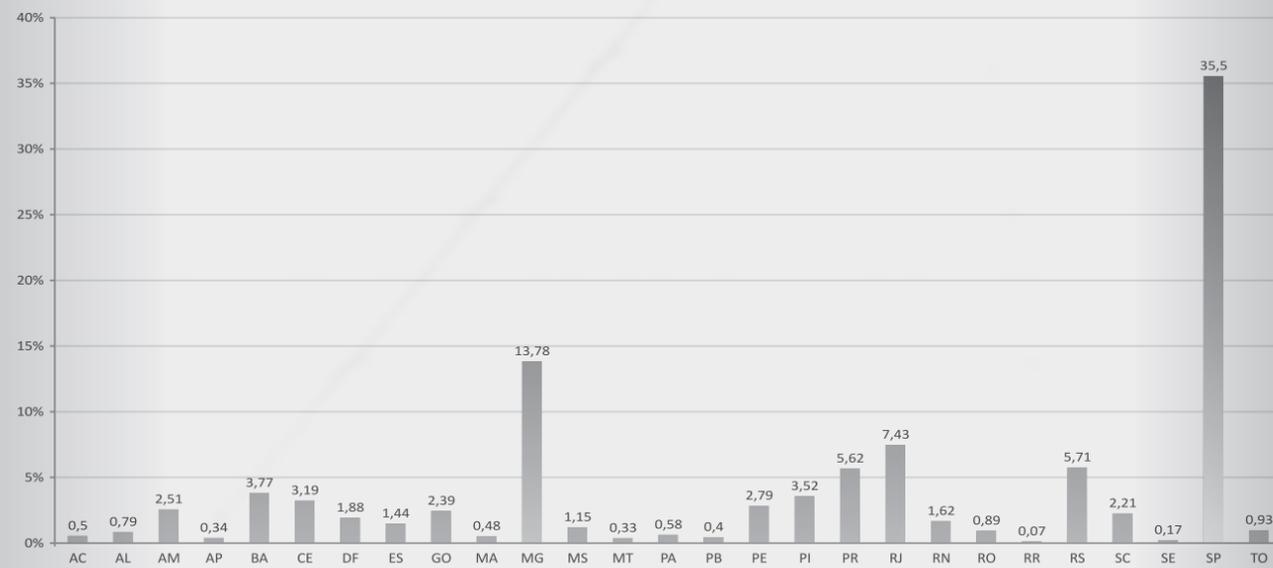


● Área Saúde ● Demais áreas

Fonte: Censo Escolar 2010 - INEP/MEC

* Refere-se aos cursos concomitantes e subsequentes

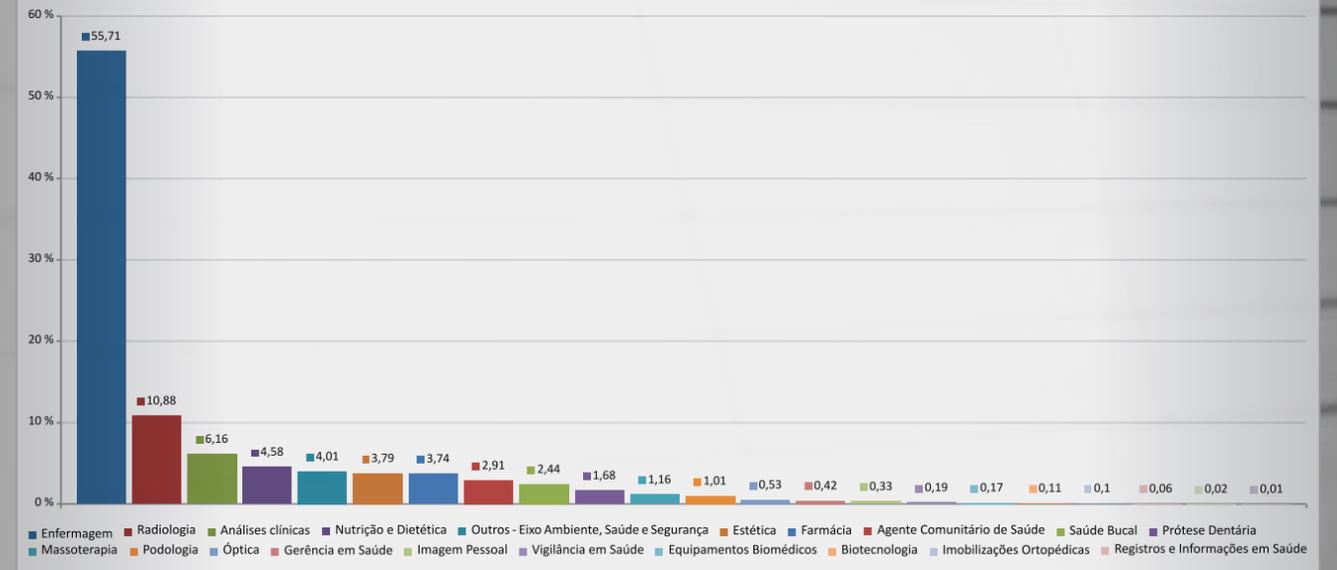
Distribuição das matrículas em cursos da área da Saúde, segundo as UF do Brasil



Fonte: Censo Escolar 2010 - INEP/MEC

* Refere-se aos cursos concomitantes e subsequentes

Distribuição das matrículas em cursos técnicos de nível médio da área de Saúde em 2010



Fonte: Censo Escolar 2010 - INEP/MEC

* Refere-se aos cursos concomitantes e subsequentes

Com foco na descentralização dos cursos, o CEFORH Araraquara abrange 192 municípios paulistas

CEFORH Araraquara completa 21 anos

escola em foco



Arquivo CEFORH Araraquara

Maira Mathias

Foi em 1990, dois anos após a criação do Sistema Único de Saúde e poucos meses antes da Lei Orgânica ser aprovada, que São Paulo diagnosticou a falta de uma instituição que formasse e qualificasse trabalhadores de nível médio no centro do estado. Naquele ano, a secretaria estadual de saúde já mantinha quatro centros formadores com esse perfil, em Franco da Rocha, Assis, Pariquera-Açu e na capital.

"A reformulação do sistema de saúde impunha uma nova política de recursos humanos com o objetivo de capacitar profissionais comprometidos com os usuários do SUS. Conhecedora do trabalho que os centros desenvolviam, a enfermeira Julieta Esther Amaral resolveu levar essa experiência para um município da região central e iniciou a articulação que culminaria, no dia 3 de março, na criação do Centro Formador de Pessoal para a Área da Saúde de Américo Brasiliense (CEFAB), que se transformaria, mais tarde, no Centro Formação de Recursos Humanos para o SUS-SP de Araraquara", conta Maria Helena De Nardi, diretora da escola desde a sua fundação até hoje.

De lá para cá, o CEFORH já formou 6.933 trabalhadores e atende, sozinho, a nada menos que 192 municípios, espalhados por 19 Colegiados de Gestão Regional (CGRs) e cinco Departamentos Regionais de Saúde (DRS), modo pelo qual o estado organiza administrativamente sua rede.

Mas vamos voltar ao começo. Quando ainda era CEFAB, a escola, como era comum na época, foi instalada nas dependências de um hospital, o Nestor Goulart Reis, em Américo Brasiliense, município que fica a oito quilômetros de Araraquara. Com autorização para descentralizar as turmas assinada pelo Conselho Estadual de Educação, que também autorizou o plano de curso para Habilitação Profissional de Técnico em Enfermagem, a escola chegou a formar 1.875 profissionais até 1995.

"Naquele ano, a DIR [Direção Regional de Saúde] de Araraquara solicitou ao CEFAB que fizesse também os treinamentos, as oficinas de trabalho, os seminários e as capacitações do pessoal da área da saúde da região, que contava com 25 municípios. Para isso, propôs que a escola mudasse de endereço, e passasse a funcionar na sede da DIR", lembra Maria Helena.

Sendo assim, em 22 de novembro daquele ano foi aprovado o Parecer nº 690 do Conselho Estadual de Educação, que autorizou a mudança de endereço e de denominação: o CEFAB passaria a se chamar CEFARA – Centro Formador de Pessoal para a Saúde de Araraquara.

Para se adaptarem à Lei de Diretrizes e Bases da Educação, de 1996, as escolas paulistas construíram novo regimento, único, aprovado em 7 de maio de 1999. A partir daí, o CEFARA passou a ser CEFORH.

Profes

Pode-se dizer que, antes de mais nada, o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem teve um impacto geográfico no CEFORH Araraquara. "Com o Profae, as nossas atividades aumentaram, quantitativa e qualitativamente. Houve um fortalecimento da escola, em termos de equipamentos, de recursos materiais e, principalmente, do ponto de vista didático-pedagógico. Por isso, sentimos que a escola precisava de um espaço só para el. A mudança para um prédio alugado aconteceu em 2002.

Desde 2009, a escola está instalada no novo prédio com 3.200 m² de área construída, com seis salas de aula, uma sala de videoconferência que é polo do Programa de Tecnologia para a Rede de Escolas de Governo de São Paulo (Tec-Reg) e uma biblioteca que é estação da Rede Biblioteca Virtual em Saúde.

Ainda de acordo com Maria Helena, outra novidade importante trazida pelo Projeto foi a oferta de Educação de Jovens e Adultos (EJA). "Ainda existiam profissionais que trabalhavam na área da saúde, integrantes das comunidades onde se planejava a expansão dos serviços, que necessitavam da qualificação como auxiliares de enfermagem, mas não tinham completado a educação básica", diz ela, completando: "Surgiu a necessidade de oferecer gratuitamente aos jovens e adultos que não puderam efetuar os estudos na idade regular, oportunidades educacionais apropriadas que levavam em conta as características do alunado, seus interesses, condições de vida e de trabalho, mediante cursos supletivos correspondentes ao ensino fundamental e médio".



Fundadora da escola, Julieta Amaral participa da construção do projeto político-pedagógico em 2003

No âmbito legal, tudo que os centros formadores tiveram que fazer foi solicitar uma modificação no seu regimento escolar ao CEE, uma vez que, de acordo com a LDB, os CEFORH já abrangiam processos formativos na Educação Básica, nas etapas do Ensino Fundamental e Médio. A inclusão da EJA aconteceu em dezembro de 2000.

Presente do CEFORH

Pelo Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps), o CEFORH pretende oferecer turmas nos 19 CGRs de sua área de influência. Os cursos mais demandados são a qualificação do Agente Comunitário de Saúde e os técnicos em Saúde Bucal e em Enfermagem. "Além desses, os Colegiados

têm solicitado, em menor percentual, cursos técnicos em Radiologia, Hemoterapia, Citopatologia e Vigilância em Saúde. A qualificação em Saúde do Idoso para as equipes de instituições de longa permanência e da Estratégia Saúde da Família também está em pauta”, diz a diretora, que informa que em abril deste ano, serão iniciadas duas turmas-piloto do curso de Complementação do Auxiliar para Técnico em Saúde Bucal, sendo uma turma na sede e uma no município de Jales.

Em paralelo ao Profaps, as escolas de São Paulo se dedicam a outro programa de formação profissional, chamado TecSaúde. Os cursos são ofertados pelos centros formadores do SUS, pelo Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza e também por escolas públicas e privadas credenciadas. O CEFORH Araraquara já formou 378 técnicos em enfermagem. No momento, outros 95 trabalhadores estão em sala de aula. ■

Gente que faz o CEFORH

Roberta Helena Miranda, 38 anos, ex-aluna do curso Técnico em Enfermagem

“Iniciei a formação pelo TecSaúde em fevereiro de 2010. Trabalho na prefeitura de Bebedouro e já era auxiliar há dez anos. Eu já queria fazer a complementação há muito tempo, mas os custos da formação privada são muito elevados. Sem o TecSaúde eu não teria como complementar minha formação de auxiliar para técnico. No CEFORH, aprendemos muito, minha turma era composta por auxiliares que já trabalhavam há bastante tempo. Trocamos experiências, o que é essencial na área da saúde. A metodologia da escola é completamente diferente, sai dos padrões tradicionais de aluno sentadinho na carteira e é acessível. Já estou matriculada na especialização técnica em Urgência e Emergência que vai ser oferecida pelo TecSaúde também pelo CEFORH”

Maristella Campanelli, coordenadora de cursos descentralizados em Bebedouro

“Sou funcionária cedida pelo estado para a prefeitura de Bebedouro e estou no CEFORH desde 1991. O CEFORH foi pra mim foi um divisor de águas, profissionalmente falando. Já tive a oportunidade de exercer várias funções no serviço público: como enfermeira, chefe de serviço, secretária municipal de saúde, diretora de departamento regional... Mas o vínculo com o CEFORH é muito forte no sentido de me fazer resgatar a minha profissão. Acredito que o enfermeiro é um educador por excelência, seja junto ao paciente, aos profissionais e, principalmente, junto à população. Quando parece que as coisas no serviço público ficam em uma certa mesmice, no CEFORH eu encontro renovação, pois quero compartilhar com a equipe e os meus alunos aquilo que tenho de melhor”

Rosy do Prado, coordenadora do curso Técnico em Enfermagem em Araraquara

“Comecei na escola como docente em 1991. O CEFORH coloca para a equipe o desafio de implementar o currículo integrado, com uma pedagogia mais centrada no aluno. No começo, eu observo que os alunos até tem dificuldade em se inserir na proposta, por virem de uma cultura pedagógica mais tradicional, mas na hora que eles percebem o que podem construir o conhecimento junto com o docente a partir do seu dia a dia de trabalho eles participam bastante. Essa integração do currículo permite desenvolver competências profissionais voltadas para o cuidado na concepção ampliada de saúde, explorar outros ambientes que não o da escola; na sociedade, no campo do trabalho. Os cursos do CEFORH oferecem as bases para que os alunos, que estão inseridos no SUS, o conheçam melhor. Eles entram achando que o SUS é coisa para pobre, e saem defensores do Sistema”

Projetos de intervenção desenvolvidos a partir de indicadores de saúde de Aracaju ampliam o papel aos técnicos em saúde bucal

ETSUS em campo por uma saúde integral

aluno em foco

Joana Algebaile

Para marcar o encerramento do primeiro módulo do curso Técnico em Saúde Bucal, em dezembro passado, cerca de 30 alunos da Escola Técnica de Saúde do SUS em Sergipe elaboraram projetos de intervenção em Saúde Bucal para serem implementados nas Unidades de Saúde da Família (USFs) da capital do estado, Aracaju. Foram abordados quatro temas e sua interface com a saúde bucal: 'Pré-natal Odontológico: Garantia de Sorrisos'; 'Vitamina "A" Mais: a Odontologia vai ajudar'; 'Imunização Completa Prevenção em Saúde – Alcance de Metas em Hepatite B, Difteria e Tétano: Ações de Promoção em Saúde da Odontologia'; e 'Citologia Oncótica como Alternativa de Prevenção: Interface com a Saúde Bucal'. Os projetos foram divulgados para as equipes da Estratégia Saúde da Família e Conselhos Locais de Saúde (CLS) de quatro unidades básicas: USF Augusto Franco, USF Onézimo Pinto, USF Osvaldo Leite e USF Marx Carvalho.



Cléverton Santos, Silvânia Pereira e Luciene Prudente apresentam projeto que integra odontologia à prevenção de hepatite B, difteria e tétano

A assessora técnica do Programa de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, Agda Maria Oliveira, contou que a ideia dos projetos de intervenção surgiu da necessidade de trazer para a realidade do dia a dia as questões vistas pelos alunos durante os processos de concentração e dispersão. "A partir disso, elegemos os indicadores que apresentam problemas no município e que possuem interface com a odontologia", explica Agda.



Alunas do grupo 'Pré-Natal Odontológico: Garantia de Sorrisos' entre as professoras Agda (esq) e Helga (dir)

Cada projeto foi desenvolvido em cinco fases que poderiam ocorrer simultaneamente ou não. Após visitas a diversos setores da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, a parte teórica do projeto foi desenvolvida. A segunda fase consistiu na apresentação do material para as equipes de saúde das unidades. A terceira etapa correspondeu à apresentação e discussão com o CLS. Na quarta fase foi construído um vídeo de forma livre, em que alguns alunos registraram todas as fases do projeto, outros trabalharam com entrevistas e ainda um terceiro grupo registrou a rotina da unidade de saúde estudada frente ao indicador analisado. A etapa final foi a apresentação para a escola com a presença de alunos, professores, tutores, responsáveis técnicos e direção, gestores de saúde, conselho municipal de saúde e representantes do Conselho Regional de Odontologia (CRO-SE).

"A princípio os alunos ficaram temerosos, por se tratar de uma atividade com a qual não estavam acostumados. Mas o município tem foco no acolhimento e eles entenderam que seria importante para a atividade pro-

fissional deles desenvolver esses projetos. Logo estávamos diante de um grupo apaixonado e comprometido", conta uma das coordenadoras do curso, Helga Muller. Agda e Helga consideram que a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos em aula fez com que os alunos fortalecessem o desejo de mudanças nas práticas de trabalho.

O grupo que tratou da atenção pré-natal verificou que apenas 54% das mulheres realizavam as sete consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde. "Participando de reuniões com gestantes percebemos que elas tinham muitas dúvidas sobre questões odontológicas na gravidez, como, por exemplo, a realização de raios-x dentários. Por isso, decidimos fazer a cartilha que elucida muitas questões", explica a auxiliar em saúde bucal Adriana Lima de Carvalho.

A experiência como auxiliar de saúde bucal e auxiliar em enfermagem, profissões que exerce em unidades municipais de saúde de Aracaju, reforçou em Adriana a importância da integração entre as áreas de saúde. "Considero que esse projeto enobrece os profissionais de saúde bucal. É importante para que nos percebamos como mais do que manipuladores de instrumentos. Nós temos conhecimento e podemos passar informações para os usuários", acredita.

Para a aluna do curso de TSB Luciene Rolemberg Prudente, que fez parte do grupo que desenvolveu o projeto de intervenção sobre o alcance de metas em hepatite B, difteria e tétano, o trabalho resultou em um maior cuidado com o usuário do serviço: "Desenvolver o projeto, fazer a pesquisa na Unidade de Saúde Marx de Carvalho nos despertou uma maior preocupação com o cidadão, com o encaminhamento que ele precisa".

Ainda não foi possível avaliar o impacto dos projetos nas unidades de saúde. "Como aconteceu no final do ano passado ainda não tivemos acesso à análise dos indicadores. Pretendemos monitorá-los a cada três meses, pois acreditamos que este retorno não será imediato e que precisa ser reforçado constantemente", diz Agda. Ela considera que a experiência deve ser repetida com todas as turmas do TSB da escola. "Durante a execução e apresentação dos projetos, percebemos o quanto essa atividade foi importante para os alunos, que puderam vivenciar a experiência de participar de um projeto intersectorial e extremamente rico por envolver diversas categorias profissionais. Também achamos que deve haver uma devolução para os cidadãos e para o serviço de saúde do que o Estado investiu na formação do profissional", finaliza Agda. ■

aconteceu

Pagamento de hora-aula é aprovado no RN

Foi aprovada pela Assembleia Legislativa do Rio Grande do Norte em 27 de dezembro do ano passado a Lei Complementar nº 451 que permite que o Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manoel da Costa Souza (CEFOPE) e outras instituições públicas realizem o pagamento da hora-aula para servidores contratados como instrutores.

"Ficamos sabendo no início de fevereiro. Havia muita dificuldade de a matéria entrar na pauta no final da gestão e foi uma surpresa que não apenas entrasse como fosse aprovada", afirma Magda Barreto, diretora técnica-pedagógica do CEFOPE. "Estamos muito felizes, porque essa é uma luta de 26 anos da escola", completa o diretor, Jorge Luiz de Castro.

A Lei nº 451 foi resultado da articulação entre a direção do CEFOPE e a Secretaria Estadual de Saúde, que encaminhou o Projeto de Lei no segundo semestre de 2010 para a Assembleia.

Auxiliares em saúde bucal se formam em GO



O Centro de Educação Profissional de Saúde da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás (ETSUS Goiás) concluiu em dezembro de 2010 o curso de formação de Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) no município de Uruaçu, ao norte do estado. "A turma, composta por 29 mulheres, assume a missão de melhorar a qualidade do serviço de saúde bucal no município, que tem cerca de 37 mil habitantes", diz o diretor João Batista. As profissionais devem cursar o módulo III a fim de se habilitarem como técnicas em saúde bucal ainda este ano.

ETSUS Mato Grosso do Sul foca na humanização

A partir da solicitação de secretarias municipais de saúde do Mato Grosso do Sul, a Escola Técnica do SUS Professora Ena de Araújo Galvão vai promover em abril uma oficina de Qualificação em Relações Humanas, voltada para trabalhadores que prestam o primeiro atendimento nas unidades de saúde.

"O objetivo é sensibilizar os atendentes para que eles estreitem o contato com os profissionais e o público, a fim de reduzir o número de reclamações dos usuários", informa a coordenadora pedagógica da ETSUS, Ewângela Cunha.

Relações humanas intra e interpessoais, qualidade no atendimento, competências fundamentais para atender o público, termos e expressões a serem evitados, histórico e funcionamento do SUS, fluxo dos serviços municipais de saúde, ética e moral, solução de conflitos, trabalho em equipe, acolhimento do cidadão e processo de comunicação são os temas da oficina. Ao final, os trabalhadores deverão fazer um diagnóstico situacional de seu processo de trabalho e elaborar um projeto de intervenção que contribua para a melhoria dos setores.

A primeira turma, com 15 vagas, atenderá aos 33 municípios da macrorregião de Dourados, mas a ETSUS planeja promover a ação em outras macrorregiões. A ideia é que os trabalhadores sejam multiplicadores nas suas unidades.

ETESB oferece atualização em Administração de Medicamentos

A Escola Técnica de Saúde de Brasília (ETESB) promoveu em janeiro uma Atualização em Administração de Medicamentos. Com carga horária de 24 horas, a ação teve como público-alvo técnicos em enfermagem da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e profissionais que atuam em outras instituições de saúde – públicas ou privadas. "A atualização teve como objetivo promover, a partir da vivência dos próprios trabalhadores, discussões sobre suas práticas, na perspectiva da educação permanente", afirma Fernanda Moura, diretora da ETESB. As aulas foram oferecidas para duas turmas, com 40 alunos cada, sendo que metade das vagas era reservada para os servidores da SES-DF e a outra metade para profissionais com outros vínculos.

Análises Clínicas em Cruzeiro do Sul

A ETSUS Acre planeja iniciar em abril o curso Técnico em Análises Clínicas, com ênfase em microscopia para a regional do Juruá, que compreende os municípios de Cruzeiro do Sul, Rodrigues Alves e Mâncio Lima. A demanda pelo curso partiu da Secretaria Estadual de Saúde, que pretende qualificar os microscopistas da região no atendimento à população atingida pela malária.

"O curso técnico será seguido de uma especialização em diagnóstico de doenças tropicais. Serão formados 97 trabalhadores do SUS em quatro turmas que terão atividades presenciais e à distância", afirma a diretora Anna Lúcia Abreu.

Semana pedagógica na ETESB

Entre os dias 1º e 4 de fevereiro, antes do início do período letivo, a ETESB promoveu a semana pedagógica 'O Encontro dos Docentes, Corpo Gerencial e Técnicos Administrativos da ETESB: Processos de Trabalho Colaborativos como Potencializadores da Efetividade dos Processos Educacionais'.



Para um dos mais antigos trabalhadores da ETESB, o coordenador do curso Técnico em Saúde Bucal Luiz Henrique Souza, as jornadas pedagógicas são importantes para que os docentes de diferentes turmas e turnos possam se encontrar, partilhar experiências e trocar informações: "Somos professores de áreas diferentes e muitas vezes estamos passando por problemas semelhantes. Quando encontramos um tempo para discutir nossas questões, abrimos espaço para que, por meio desse diálogo coletivo, possamos nos estimular e assumir novos desafios e compromissos".

Mais de 11 mil agentes comunitários de saúde são formados no Maranhão



Em dezembro de 2010 a Escola Técnica de Saúde do SUS Professora Maria Nazareth Ramos de Neiva (ETSUS Maranhão) concluiu a primeira etapa formativa do curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde em 173 municípios maranhenses de quatro macrorregionais, formando 11.300 profissionais. Ainda estão em curso as aulas na macrorregião de Imperatriz, que abrange 43 municípios e 2.700 alunos.

O encerramento das atividades do curso foi marcado pela II Mostra do Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde 'O que (A) gente tem para contar...', que ocorreu em São Luís no dia 21 de janeiro. "Foi um momento de muita participação e também de avaliação. Foram apresentados trabalhos interessantes que revelavam processo de atuação dos agentes", disse a coordenadora pedagógica, Regimarina Reis.

Os agentes preparam "novelas", em que simulavam visitas domiciliares e atividades com a comunidade. Além disso, apresentaram mapas de área, elaborados durante as aulas e que estão sendo utilizados na rotina de trabalho.

Cursos abertos à comunidade no Acre

Começaram em 14 de fevereiro, os cursos abertos à população de Rio Branco oferecidos pela Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha (ETSUS Acre). Com 35 vagas cada, a instituição está oferecendo turmas para os cursos técnicos em Enfermagem, Nutrição e Dietética, Análises Clínicas e Radiologia. A qualificação em Auxiliar em Saúde Bucal está sendo ofertada para duas turmas.

Essa é a primeira grande oferta de cursos destinados a não trabalhadores do SUS realizada pela ETSUS Acre. Para preencher as 210 vagas oferecidas, a escola recebeu mais de 10 mil inscrições.

Mudanças na SES de Goiás

Foi criada na Secretaria Estadual de Saúde de Goiás a Superintendência de Educação, Saúde e Trabalho para o Sistema Único de Saúde (SEST-SUS). A estrutura do novo órgão conta com três gerências: Escola de Saúde Pública Cândido Santiago de Moraes – a qual a ETSUS Goiás é subordinada –; Execução de Projetos e Eventos para o SUS; e Captação de Recursos, Provimento e Manutenção. Os objetivos da SEST-SUS são reforçar o trabalho desenvolvido pela Escola, trabalhar a humanização e capacitação dos trabalhadores do SUS e fortalecer a inter-relação com as outras superintendências.

ETSUS Amazonas inicia módulo II do Técnico em ACS

Em seis anos de funcionamento, a Escola de Formação Profissional Enfermeira Sanitarista Francisca Saavedra (ETSUS Amazonas) ofereceu o módulo I do curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde para 5.030 trabalhadores. Desde outubro de 2010, a escola está oferecendo a segunda etapa desta formação. Para isso, estruturou três lotes: o primeiro, com 815 alunos, já está em fase de finalização. O segundo lote, com 793 alunos de 22 municípios, deve terminar em maio, quando o terceiro lote deve começar, com cerca de 800 alunos de 18 municípios. "Temos tido um retorno muito bom das equipes da Estratégia Saúde da Família que contam que o ACS tem entendido que não é um mero cadastrador e que tem um papel importante na atenção básica. Isso resulta em benefícios no atendimento à população", explicou o coordenador de cursos da ETSUS, Francisco Menezes. A escola pretende oferecer o curso técnico em ACS, contando, para isso, com recursos do governo do estado do Amazonas.



ETSUS Bahia apoia curso introdutório de ACE

Com o objetivo de fortalecer as ações de prevenção da dengue, a Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis (EFTS) está apoiando as cidades baianas na qualificação inicial de mais de 14.600 agentes de combate a endemias (ACE).

Os profissionais atuarão em quase todos os 417 municípios do estado – apontado pelo Levantamento de Índice Rápido de Infestação por *Aedes aegypti* (LIRAA) do Ministério da Saúde como de alto risco de surto de dengue.

A EFTS foi acionada pelas Diretorias Regionais de Saúde (DIS). "Os municípios realizaram concurso para contratação do ACE, mas a Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Estadual de Saúde não pôde realizar o módulo introdutório de 40 horas, obrigatório para todos os candidatos, que devem ser considerados aptos antes de serem efetivados. O órgão delegou a realização deste módulo à Fundação de Apoio à Educação e Desenvolvimento Tecnológico (Cefet) e às DIS, que, por sua vez, nos procuraram para auxiliarmos na preparação dos facilitadores e na revisão do material didático", explica a supervisora dos cursos descentralizados da escola, Valdete Botelho. As aulas têm início em março e a previsão é que em abril os ACEs já estejam aptos para contratação pelos municípios.

Condutores do Samu recebem qualificação no Maranhão

Em janeiro, a ETSUS Maranhão iniciou as aulas do campo específico de uma turma do curso Técnico em Enfermagem para condutores do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (Samu). A segunda turma teve início em fevereiro. No total, 60 condutores estão sendo qualificados. Esta segunda etapa do curso tem carga horária de 1.070 horas e previsão de término para agosto.

Errata

Na edição nº41 da Revista RET-SUS, a matéria "Gestão do trabalho e da educação na saúde no centro do debate" informou que a Coordenação-Geral da Política de Recursos Humanos (CGPRH) estava na estrutura da Secretaria Executiva (SE) do Ministério da Saúde, quando, na verdade, ficava dentro da antiga Secretaria de Políticas de Saúde. O que existia e ainda existe na SE é a Coordenação-Geral de Recursos Humanos (CGRH). Na mesma matéria, a grafia correta do nome do ex-diretor do Departamento de Gestão da Educação da SGTES é Ricardo Ceccim.

No dia 4 de fevereiro o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, fez sua primeira visita oficial à Fundação Oswaldo Cruz. Na ocasião, ele concedeu entrevista coletiva a três veículos ligados à instituição: Revista Radis, Revista Poli e Revista RET-SUS. Confira o que o ministro disse sobre educação profissional de nível médio:

Revista RET-SUS: Quais são as prioridades da gestão da educação em saúde e, dentro disso, qual é o peso da formação técnica de nível médio para a saúde, já que esses trabalhadores perfazem 60% da força de trabalho do SUS?

Eu tenho dito que nós estamos construindo no Ministério da Saúde uma obsessão única que é o acesso com qualidade em tempo adequado à necessidade de saúde das pessoas. A grande prioridade para o debate sobre educação e gestão do trabalho é que medidas nós temos que tomar neste momento para ampliarmos o acesso com qualidade no país inteiro. O Brasil tem que construir um planejamento estratégico para daqui a 10, 15, 20 anos – incluindo quais profissionais se quer ter; onde quer ter; e qual a política de formação que vai garantir isso. Junto com a capacidade de expansão do acesso à modalidade do ensino técnico, é fundamental qualificar um conjunto de trabalhadores que já estão no SUS. E o exercício de qualificação e, sobretudo, de valorização dessa força de trabalho, tem como principal oportunidade a expansão da modalidade do ensino técnico, seja no nível médio, seja no nível superior. Isso é fundamental para expandir o acesso aos serviços em um país como Brasil, que tem situações de dificuldade de acesso geográfico, com a necessidade de ter que pensar em novos serviços e equipamentos de saúde que se adequem a essas necessidades. Para expandir o serviço de saúde, tem que aproveitar cada vez mais a população que vive nessas realidades. A oportunidade maior para isso é a formação, valorização dos trabalhadores e inclusão através do ensino técnico. Nós estamos fazendo um mapa nacional para comparar as ofertas de serviços de saúde que temos com as necessidades de saúde em cada uma das cerca de 500 regiões sanitárias do país. Isso é importante até para termos um indicador permanente de avaliação de acesso nessas regiões e, dentro desse mapa, nós incluímos, conversando com o MEC, a necessidade de profissionais para a força de trabalho para cada uma dessas regiões, para que se tenha um planejamento estratégico da força de trabalho guiado pelas necessidades de saúde articuladas pelo SUS, pelo Ministério da Saúde no nível federal e não uma determinação exclusiva dos espaços de formação, escolas e instituições de ensino. A demanda tem que vir do setor da saúde.

Peter Iliev

**etsus****Norte****Acre**

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

Amapá

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

Amazonas

Escola de Formação Profissional Enfermeira
Sanitarista Francisca Saavedra
(92) 3214-3061
etsus_saavedra@yahoo.com.br
www.cetam.am.gov.br

Pará

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

Rondônia

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

Roraima

Escola Técnica de Saúde do SUS em Roraima
(95) 3224-0510 / 1519
etsus_rr@hotmail.com
www.saude.rr.gov.br/etsus_rr

Tocantins

Escola Técnica de Saúde Dr. Gismar Gomes
(63) 3218-6280 / 6277 / 6281 / 1717
etsus@saude.to.gov.br
www.etsus.to.gov.br

Nordeste**Alagoas**

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

Bahia

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

Ceará

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

Maranhão

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

Paraíba

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

Pernambuco

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

Piauí

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

Rio Grande do Norte

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

Sergipe

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

Centro-Oeste**Distrito Federal**

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

Goiás

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

Mato Grosso

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

Mato Grosso do Sul

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

Sudeste**Espírito Santo**

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

Minas Gerais

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

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

Rio de Janeiro

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

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

São Paulo

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

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

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

Centro Formador de Pessoal para a Saúde
de Franco da Rocha
(11) 4449-5111 / 4243 / 4399
chj-cefor@saude.sp.gov.br

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

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

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

Sul**Paraná**

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

Rio Grande do Sul

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

Santa Catarina

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

Escola Técnica de Saúde de Blumenau
(47) 3322-4271 / Fax: 3326-7422
ets@blumenau.sc.gov.br



A Secretaria Executiva de Comunicação da RET-SUS aderiu ao Twitter. Acompanhe as novidades do site e da revista agora também pelo microblog. Links para notícias, entrevistas, eventos e muito mais para você ficar por dentro do que acontece na Rede!

Acesse o endereço www.twitter.com/RET_SUS