



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

EDINALVA DE MOURA FERRAZ

**PROCESSO DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: A
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA
PARA O FORTALECIMENTO DA GESTÃO DO SUS**

Londrina

2023

EDINALVA DE MOURA FERRAZ

**PROCESSO DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: A
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA
PARA O FORTALECIMENTO DA GESTÃO DO SUS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dra. Fernanda de Freitas Mendonça

Londrina

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

F381p Ferraz, Edinalva de Moura.

Processo de integração ensino-serviço: a educação permanente em saúde como estratégia para o fortalecimento da gestão do SUS / Edinalva de Moura Ferraz. - Londrina, 2023.
208 f. : il.

Orientador: Fernanda de Freitas Mendonça.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2023.

Inclui bibliografia.

1. Integração Ensino-Serviço - Tese. 2. Educação Permanente - Tese. 3. Gestão em Saúde - Tese. 4. Práticas Interdisciplinares - Tese. I. Mendonça, Fernanda de Freitas. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

EDINALVA DE MOURA FERRAZ

**PROCESSO DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: A EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA O
FORTALECIMENTO DA GESTÃO DO SUS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Fernanda de Freitas Mendonça (Orientadora)
Universidade Estadual de Londrina

Prof.^a Dra. Brígida Gimenez de Carvalho
Universidade Estadual de Londrina

Prof.^a Dra. Adelyne Maria Mendes Pereira
Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ)

Prof.^a Dra. Elizabete de Fátima Polo de Almeida Nunes
Universidade Estadual de Londrina

Prof.^a Dra. Stela Maris Lopes Santini
Secretaria Estadual de Saúde do Paraná

Londrina, 04 de abril de 2023.

AGRADECIMENTOS

Senhor meu Deus, não consigo expressar com palavras minha tamanha gratidão à Ti, pois Teu grande amor, poder e cuidado tem se manifestado em meu viver, me direcionando, renovando minha mente, meu espírito, e me dando forças para continuar. Obrigada pelo dom da vida, por Sua graça e Sua misericórdia que se renovam a cada manhã, me mostrando os caminhos a seguir, e por me permitir o privilégio de concluir o doutorado. E principalmente por ter sido meu socorro nas horas difíceis.

Gratidão à minha mãe, por ser minha base, por abrir mão de sua individualidade, por dedicar sua vida em prol do coletivo e pelo seu exemplo de mulher cristã.

Aos meus filhos, Murillo e Gustavo, presentes de Deus para mim. Por vocês busco ser uma pessoa melhor a cada dia!

Ao meu esposo Júlio, por partilhar comigo a educação de nossos filhos lindos.

Aos meus irmãos por sempre me apoiarem incondicionalmente e por serem sempre presentes. E também cunhadas (os), sobrinhas (os), enfim a todos os meus familiares, por muitas vezes entenderem os meus “nãos”.

Ao grupo de pesquisa GestSUS por todo conhecimento compartilhado.

Aos meus colegas de trabalho, gestores, apoiadoras do COSEMS e demais trabalhadores atuantes na 16ª Região de Saúde, principalmente àqueles que buscam contribuir com a gestão e com a construção de um SUS mais equânime, resolutivo e universal.

A Brígida, Stela e Fátima, pelo comprometimento durante toda organização e execução das oficinas do PROGESTÃO, e por suas contribuições para a construção de uma saúde pública de qualidade.

Aos demais participantes do PROGESTÃO e a todos os sujeitos envolvidos nesta pesquisa, por colaborarem com meu crescimento pessoal e profissional.

Aos diretores da 16ª Regional de Saúde: Clara, Dr. Altimar e Marcos Vinícius e à Secretaria Estadual de Saúde, por permitirem e apoiarem este processo de Integração Ensino-Serviço.

Ao José Schiarolli, por ser muito mais que um chefe, por nos tratar muitas vezes como um pai que cuida dos seus filhos.

A todos os meus amigos, em especial Flora e Elcilene.

Ao nosso trio “Três Teses e um Destino”. Silvia e João, o apoio de vocês foi essencial para o meu crescimento!

Aos professores e colegas do Programa de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, por todo conhecimento compartilhado.

A minha banca examinadora: Fernanda, Brígida, Adelyne, Fátima, Stela, Silvia e Felipe por suas valiosas contribuições, não só durante o processo de qualificação e defesa, mas também durante o doutorado.

Ainda à minha orientadora Fernanda, por todo seu apoio, sabedoria e consistência, mas, ao mesmo tempo, pela forma leve e jovial que me conduziu durante todo o processo de doutorado.

Ao povo brasileiro e a todos os professores, colegas, funcionários e colaboradores do Programa de Saúde Coletiva da UEL, que contribuem para uma educação pública e de qualidade, apesar dos constantes ataques e tentativas de desmontes.

Educação não transforma o mundo. Educação muda as pessoas.

Pessoas transformam o mundo!

Paulo Freire

RESUMO

FERRAZ, Edinalva de Moura. **Processo de integração ensino-serviço**: a educação permanente em saúde como estratégia para o fortalecimento da gestão do SUS. 2023. 208f. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2023.

A gestão no/do Sistema Único de Saúde é uma atividade complexa, que requer das equipes gestoras a compreensão e um conjunto de habilidades e competências para superar os desafios vivenciados nessa área. E a integração entre os serviços de saúde e universidades pode ser uma importante estratégia para mitigar essa complexidade. A literatura demonstra que essas articulações são importantes para a qualidade da assistência, mas ainda é incipiente a realização de estudos que investiguem a integração ensino-serviço na perspectiva da gestão desse sistema, em particular, quando essa integração está ancorada nos pressupostos da Educação Permanente em Saúde. Dessa forma, o presente estudo teve o objetivo de analisar as repercussões de um processo de integração ensino-serviço por meio da Educação Permanente em Saúde, para o fortalecimento da gestão do Sistema Único de Saúde. Foi realizado em duas regionais de saúde, situadas na macrorregião norte do Estado do Paraná. Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza compreensiva que se utilizou de duas técnicas complementares para obtenção e análise dos dados empíricos. No primeiro momento realizou-se observação participante durante as oficinas que aconteceram na 16ª Regional de Saúde, as quais contaram com uma média de 33 pessoas e que estruturaram esse processo de Educação Permanente em Saúde, nomeado de PROGESTÃO ocorrido entre o período de abril a dezembro de 2019. No segundo momento, foram realizadas entrevistas, no período de julho a dezembro de 2020, com pessoas que se destacaram em relação a participação, realização das tarefas de dispersão e troca de conhecimentos com os demais membros do grupo durante as oficinas. Devido a pandemia ocasionada pelo Coronavírus, essas entrevistas foram realizadas de maneira remota, pela própria autora da tese, com o apoio de um roteiro semiestruturado, o qual continha questões disparadoras para o diálogo, que abordavam sobre o processo desenvolvido, bem como suas repercussões para a prática da gestão em saúde. O referencial teórico metodológico utilizado para extração e análise dos dados oriundos da observação participante e das entrevistas foi a hermenêutica crítica, proposta por Paul Ricouer, onde se considerou, entre outros aspectos, a temporalidade do discurso, bem como sua subjetividade e sua representatividade. O resultado desta tese foi apresentado no modelo escandinavo, dividido em dois manuscritos. O primeiro manuscrito trata sobre o processo de Educação Permanente em Saúde desenvolvido. Escrito sobre o formato de relato de experiência, está estruturado em cinco seções: a primeira descreve o contexto em que a experiência foi desenvolvida, elucidando motivos, atores e a localidade em que ocorreu; a segunda apresenta a proposta de trabalho, a confecção das oficinas e os recursos metodológicos utilizados; a terceira relata o caminho percorrido na sua operacionalização; a quarta discute as características de interdisciplinaridade existentes no processo e a última apresenta algumas considerações. A proposta mostra-se como uma potente estratégia para promover o diálogo, qualificar e tornar reflexivo o trabalho no campo da gestão em saúde entre diferentes atores e instituições principalmente no contexto de crise sanitária e fiscal do Estado. O segundo manuscrito, analisou as repercussões desse processo de Educação Permanente em Saúde. Os resultados revelaram desafios e potencialidades do processo de Educação Permanente no âmbito da gestão em saúde, bem como repercussões para a atuação da equipe gestora em seu lócus de atuação. Apesar dos desafios revelados como a qualificação incipiente da equipe e dificuldade de institucionalização da Política Nacional de Educação Permanente, os profissionais reconheceram a importância da integração ensino-serviço na promoção de processos de formação que utilizam metodologias ativas e propiciam espaços coletivos de

diálogo. O processo de EPS vivenciado durante o curso teve como repercussão uma maior integração entre as pessoas que participam de processos de gestão municipal, sentimento de pertença e de comprometimento à gestão, incorporação de processos de EPS no cotidiano da gestão, com destaque para o enfrentamento de problemas decorrentes da pandemia e no processo de definição do uso de recursos pela equipe gestora. É essencial promover processos de qualificação que considerem as necessidades dos sujeitos, contexto de atuação e singularidades dos profissionais que atuam na gestão do SUS. Esta tese demonstrou ainda que a complexidade da gestão vivenciada no contexto do SUS pode ser amenizada por meio de parcerias entre o mundo do ensino e o mundo do trabalho.

Palavras-chave: integração ensino-serviço; educação permanente; gestão em saúde; práticas interdisciplinares; educação interprofissional.

ABSTRACT

FERRAZ, Edinalva de Moura. **Teaching-service integration process: permanent health education as a strategy for strengthening SUS management.** 2023. 208s. Doctoral Thesis, Collective Health Department, State University of Londrina, Londrina, 2023.

Management in/of the Unified Health System is a complex activity, which requires understanding from the management teams and a set of skills and competences to overcome the challenges experienced in this area. And the integration between health services and universities can be an important strategy to mitigate this complexity. The literature shows that these articulations are important for the quality of care, but it is still incipient to carry out studies that investigate the teaching-service integration from the perspective of the management of this system, in particular, when this integration is anchored in the assumptions of Permanent Education in Health. Thus, the present study aimed to analyze the repercussions of a teaching-service integration process through Permanent Health Education, to strengthen the management of the Unified Health System. It was carried out in two health regions, located in the northern macro-region of the State of Paraná. This a qualitative workshops that structured this process, comprehensive stude that used two complementary techniques to obtain and analyze the empirical data. At first, participant observation was carried out during the workshops that took place in the 16th Health Region, which had an average of 33 people and that structured this process of Permanent Education in Health, named PROGESTÃO, wich took place between April and December 2019. In the second moment, interviews were carried out, from July to December 2020, with people who stood out in terms of participation, carrying out the dispersion tasks and exchanging knowledge with the other members of the group during the workshops. Due to the pandemic caused by the Coronavirus, these interviews were carried out remotely, by the author of the thesis, with the support of a semi-structured script, which contained triggering questions for the dialogue, which addressed the process developed, as well as its repercussions for the practice of health management. The methodological theoretical framework used for extracting and analyzing data from participant observation and interviews was critical hermeneutics, proposed by Paul Ricouer, which considered, among other aspects, the temporality of discourse, as well as its subjectivity and representativeness. The result of this thesis was presented in the Scandinavian model, divided into two scientific articles. The first article deals with the process of Permanent Education in Health developed. Written on the experience report format, it is structured in five sections: the first describes the context in which the experience was developed, elucidating reasons, actors and the location in which it took place; the second presents the work proposal, the preparation of the workshops and the methodological resources used; the third reports the path taken in its operationalization; the fourth discusses the interdisciplinarity characteristics existing in the process and the last presents some considerations. The proposal proves to be a powerful strategy to promote dialogue, qualify and make reflective work in the field of health management among different actors and institutions, especially in the context of the state's health and fiscal crisis. The second manuscript, developed under the aspect of a qualitative study, analyzed the repercussions of this process of Permanent Education in Health. The results revealed challenges and potentialities of the Continuing Education process in the scope of health management, as well as repercussions for the performance of the management team in its locus of action. Despite the challenges revealed, such as the incipient qualification of the team and the difficulty of institutionalizing the National Policy on Permanent Education, professionals recognized the importance of teaching-service integration in promoting training processes that use active methodologies and provide collective spaces for dialogue The EPS process experienced during the course had repercussions on greater integration between people who participate in municipal

management processes, a feeling of belonging and commitment to management, incorporation of EPS processes into daily management, with emphasis on coping with problems arising from the pandemic and in the process of defining the use of resources by the management team. It is essential to promote qualification processes that consider the subjects' needs, the context of action and the singularities of the professionals who work in the management of the SUS. This thesis also demonstrated that the complexity of management experienced in the context of the SUS can be alleviated through partnerships between the world of education and the world of work.

Keywords: teaching-service integration; permanent health; health management; interdisciplinary placement; interprofessional education.

RESUMEN

FERRAZ, Edinalva de Moura. **Proceso de integración enseñanza-servicio: la educación permanente em salud como estrategia para el fortalecimiento de la gestión del SUS.** 2023. 208f. Tesis de doctorado, Departamento de Acción Colectiva, Universidad Estatal de Londrina, Londrina, 2023.

La gestión en/del Sistema Único de Salud es una actividad compleja, que requiere comprensión por parte de los equipos directivos y un conjunto de habilidades y competencias para superar los desafíos vividos en esta área. Y la integración entre los servicios de salud y las universidades puede ser una estrategia importante para mitigar esta complejidad. La literatura demuestra que estas articulaciones son importantes para la calidad de la atención, pero aún son incipientes estudios que investiguen la integración enseñanza-servicio desde la perspectiva de la gestión de este sistema, en particular, cuando esa integración está anclada en los supuestos de la Educación Permanente en Salud. Así, el presente estudio tuvo como objetivo analizar las repercusiones de un proceso de integración enseñanza-servicio a través de la Educación Permanente en Salud, para fortalecer la gestión del Sistema Único de Salud. Fue realizado en dos regiones de salud, ubicadas en la macrorregión norte del Estado de Paraná. Este es un estudio cualitativo y completo que utilizó dos técnicas complementarias para obtener y analizar los datos empíricos. Inicialmente, la observación participante se realizó durante los talleres que se realizaron en la 16ª Región de Salud, que contó con un promedio de 33 personas y que estructuraron este proceso de Educación Permanente en Salud, denominado PROGESTÃO, que se llevó a cabo entre abril y diciembre de 2019. En el segundo momento, se realizaron entrevistas, de julio a diciembre de 2020, a personas que se destacaron en cuanto a participación, realización de las tareas de dispersión e intercambio de conocimientos con los demás integrantes del grupo durante los talleres. Debido a la pandemia provocada por el Coronavirus, estas entrevistas fueron realizadas a distancia, por el autor de la tesis, con el apoyo de un guión semiestructurado, que contenía preguntas desencadenantes del diálogo, que abordaban el proceso desarrollado, así como sus repercusiones para la práctica de la gestión en salud. El marco teórico metodológico utilizado para la extracción y análisis de los datos de la observación participante y de las entrevistas fue la hermenéutica crítica, propuesta por Paul Ricoeur, que consideró, entre otros aspectos, la temporalidad del discurso, así como su subjetividad y representatividad. El resultado de esta tesis se presentó en el modelo escandinavo, dividido en dos artículos científicos. El primer artículo trata sobre el proceso de Educación Permanente en Salud desarrollado. Escrito en formato de relato de experiencia, está estructurado en cinco secciones: la primera describe el contexto en el que se desarrolló la experiencia, aclarando razones, actores y el lugar en el que se desarrolló; el segundo presenta la propuesta de trabajo, la preparación de los talleres y los recursos metodológicos utilizados; el tercero informa el camino recorrido en su operacionalización; el cuarto discute las características de interdisciplinariedad existentes en el proceso y el último presenta algunas consideraciones. La propuesta resulta ser una poderosa estrategia para promover el diálogo, calificar y hacer un trabajo reflexivo en el campo de la gestión en salud entre diferentes actores e instituciones, especialmente en el contexto de la crisis sanitaria y fiscal del estado. El segundo manuscrito, desarrollado bajo la vertiente de un estudio cualitativo, analizó las repercusiones de este proceso de Educación Permanente en Salud. Los resultados revelaron desafíos y potencialidades del proceso de Educación Continua en el ámbito de la gestión en salud, así como repercusiones para la actuación del equipo directivo en su locus de actuación. A pesar de los desafíos revelados, como la incipiente calificación del equipo y la dificultad de institucionalizar la Política Nacional de Educación Permanente, los profesionales reconocieron la importancia de la integración enseñanza-servicio en la promoción de procesos de formación que utilicen metodologías activas y brinden espacios colectivos de diálogo. El

proceso EPS vivido durante el curso repercutió en una mayor integración entre las personas que participan en los procesos de gestión municipal, sentimiento de pertenencia y compromiso con la gestión, incorporación de los procesos EPS a la gestión diaria, con énfasis en el enfrentamiento de los problemas derivados de la pandemia y en el proceso de definición del uso de los recursos por parte del equipo directivo. Es fundamental promover procesos de capacitación que consideren las necesidades de los sujetos, el contexto de actuación y las singularidades de los profesionales que actúan en la gestión del SUS. Esta tesis también demostró que la complejidad de la gestión vivida en el contexto del SUS puede ser aliviada a través de alianzas entre el mundo de la educación y el mundo del trabajo.

Palabras-clave: integración docencia-servicio; educación permanente; gestión en salud; prácticas interdisciplinarias; educación interprofesional.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação de municípios da 16ª e 17ª RS, Paraná, Brasil, por número de habitantes	49
--	----

LISTA DE QUADROS

TESE

Quadro 1 - Requisitos necessários à desenvoltura dos educandos	29
Quadro 2 - Principais atribuições dos gestores do Sistema Único de Saúde	34
Quadro 3 - População residente da 16ª Regional de Saúde, Paraná, Brasil, 2021	47
Quadro 4 - População residente na 17ª Regional de Saúde, Paraná, Brasil, 2021	48

ARTIGO 1

Quadro 1- Sistematização das oficinas do processo de EPS.....	61
Quadro 2- A interdisciplinaridade no processo de EPS.....	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABENO	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ABO	Associação Brasileira de Odontologia
APS	Atenção Primária em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEO	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CIES	Comissões de Integração Ensino-Serviço
COAPES	Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COSEMS	Conselho das Secretarias Municipais de Saúde
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNTRHS	Conferência Nacional Temática de Recursos Humanos para a Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacional
DEGS	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
Ensp	Escola Nacional de Saúde Pública
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil
GM	Gabinete Ministerial

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDA	Programa de Integração Docente Assistencial
IES	Integração Ensino-Serviço
IESs	Instituições de Ensino Superior
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MPP	Município de Pequeno Porte
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OCDE	Organização para Cooperação no Desenvolvimento Econômico
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PROMED	Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
RS	Regional de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
VER-SUS	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	17
1	INTRODUÇÃO	19
2	QUADRO TEÓRICO CONCEITUAL	21
2.1	HISTÓRICO DE INICIATIVAS COM VISTAS À INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO	21
2.2	A UNIVERSIDADE COMO ESPAÇO DE EDUCAÇÃO EMANCIPATÓRIA	28
2.3	A GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	31
2.4	A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS)	35
2.5	A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE ENQUANTO ARTICULAÇÕES POTENTES	42
3	OBJETIVOS	45
3.1	OBJETIVO GERAL	45
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	45
4	CAMINHO METODOLÓGICO	46
4.1	TIPO DE ESTUDO	46
4.2	LOCAL DE ESTUDO	47
4.3	COLETA DE DADOS	49
4.3.1	Primeiro Momento: Observação Participante	50
4.3.2	Segundo Momento: As Entrevistas	51
4.4	ANÁLISE HERMENÊUTICA	52
4.5	ASPECTOS ÉTICOS	55
5	RESULTADOS	56
5.1	ARTIGO 1: A INTERDISCIPLINARIDADE NA CONSTRUÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COM EQUIPES GESTORAS	56

5.2	ARTIGO 2: REPERCUSSÕES DE UM PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA A FORMAÇÃO E ATUAÇÃO DE EQUIPES GESTORAS MUNICIPAIS DO SUS	70
6	TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	93
	REFERÊNCIAS	96
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	104
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	105
	ANEXO A – MATERIAL PEDAGÓGICO UTILIZADO NO PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	106
	ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	202
	ANEXO C – EMENDA DO PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	206

APRESENTAÇÃO

Este é um estudo sobre a Integração Ensino-Serviço, utilizando a Educação Permanente em Saúde (EPS) e suas contribuições para o fortalecimento da gestão do Sistema Único de Saúde, realizado e analisado sob o olhar da pesquisadora e que considerou sua vivência e implicações com o cenário do estudo.

Iniciei minha trajetória profissional no ano de 2003, na área da assistência em saúde, onde permaneci por 11 anos atuando como enfermeira na Estratégia Saúde da Família (ESF), em dois municípios diferentes. Desde essa época já percebia a importância do trabalho em equipe e a necessidade de um trabalho cooperativo e de compartilhar o saber entre os profissionais, para a construção de um cuidado mais humanizado e singular. Percebia e vivenciava também a necessidade de realizar processos educativos, que hoje eu diria EPS em meu *locus* de atuação, embora ainda não compreendesse esse termo.

No ano de 2013, após ser nomeada em um concurso público da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, para trabalhar em uma Regional de Saúde, mudei minha área de atuação para a gestão, área esta na qual atuo até o presente momento.

Ao adentrar neste novo campo, comecei a me questionar, tanto profissionalmente, como pessoalmente, pois me vi em um novo espaço, com a possibilidade de uma nova fala, entretanto, envolvida em um processo de trabalho totalmente diferente do que estava habituada até então. Então como agir? Como me posicionar frente a esta nova realidade?

Aprendi muito nas reuniões da Comissão Intergestores Regional, mas com a vivência experimentada tanto no meu espaço de trabalho como nesses encontros, identifiquei a necessidade de aprofundar meus conhecimentos em políticas de saúde e relações federativas. Foi então, que em 2016, após me sentir estimulada a estudar novamente, realizei a prova do mestrado em Saúde Coletiva na qual fui aprovada.

Nesta época identifiquei muitos problemas no campo da saúde pública, inclusive na governança da média complexidade. Muitos pacientes aguardavam por ações e serviços de saúde, mas também era uma área com muita disputa de poder (econômico, político e social).

A fase do mestrado foi muito intensa e cansativa, mas também um período de muita reflexão, aprendizado, e porque não dizer, de muita ação também? Os conhecimentos adquiridos ao cursar as disciplinas, as rodas de conversas com os professores e com os outros colegas, os cafezinhos foram de extrema importância para mim, e contribuíram para ampliar meu campo de visão. Esse aporte teórico e a troca de experiência, trouxeram contribuições ímpares, e ao serem aplicados em meu local de trabalho, auxiliaram-me a vivenciar e a

experienciar as situações cotidianas de um modo diferente. Isso me gerou novos incômodos, principalmente, no início do ano de 2019 quando me inseri em uma nova seção de trabalho.

Nessa época, me aproximei ainda mais da área da gestão, pois dentre as atribuições desse setor, estão o desenvolvimento de ações necessárias para o fortalecimento dos espaços de gestão do SUS, bem como o assessoramento aos municípios na construção, monitoramento e avaliação do processo que envolve a elaboração, discussão e aprovação de instrumentos de gestão do SUS. Um novo e grande desafio para mim!

Mas como creio que Deus é misericordioso e que faz infinitamente mais do que pensamos e planejamos, foi no final desse mesmo ano que fui aprovada para cursar o Doutorado em Saúde Coletiva e agraciada com a oportunidade de continuar meus estudos na linha de Políticas, Planejamento e Gestão. Para além disso, durante o doutorado tive o prazer de me aproximar ainda mais de um grupo de pesquisa que possui como missão apoiar o processo de gestão em saúde dos municípios, o GestSus. E também participar de um processo de qualificação denominado de PROGESTÃO - Programa de Qualificação e Apoio às Equipes Municipais de Gestão e Planejamento da 16^a e 17^a Regional de Saúde desenvolvido por esse grupo.

Como fruto dessa participação apresento minha tese denominada “Processo de Integração Ensino-Serviço: A Educação Permanente em Saúde como Estratégia para o Fortalecimento da Gestão do SUS”.

Espero que esta tese e seus resultados possam contribuir com a superação dos desafios vivenciados na gestão do SUS e que mostre como a Integração Ensino Serviço utilizando-se da Educação Permanente em Saúde (não apenas como política, mas também como uma prática metodológica no mundo do ensino, do trabalho e da gestão), contribui com a consolidação do SUS. E que para além de motivar os docentes e discentes, também seja uma importante ferramenta para aproximar o campo do saber ao da experiência e atue como estímulo às equipes gestoras na ampliação de seu campo de visão, motivando a troca e ressignificação de saberes, e conseqüentemente, auxiliar na implementação dos princípios e diretrizes do SUS em seus locais de atuação e contribuir com a mudança social.

1 INTRODUÇÃO

Este estudo inspirou-se no trabalho desenvolvido por um grupo denominado GestSus, do Programa de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e em sua sensibilização em contribuir com a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), ao firmarem uma parceria em aspecto de integração ensino-serviço, dentre outras contribuições. Essa parceria teve o propósito de viabilizar um projeto de qualificação, por meio de um processo de Educação Permanente em Saúde (EPS) voltado às equipes gestoras municipais, denominado PROGESTÃO, e que teve como missão contribuir com o aprimoramento do processo de trabalho desenvolvido por essas equipes.

Considera-se a integração ensino serviço como o trabalho em grupo, pactuado e participativo de estudantes e docentes dos cursos de formação na área da saúde, incluindo os gestores (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

Na literatura há várias discussões sobre a articulação ensino-serviço. Entretanto, essas discussões são voltadas majoritariamente à realidade assistencial, às práticas hegemônicas, centradas no profissional médico, e à assistência à saúde e à produção do cuidado (ELLERY; BOSI; LOIOLA, 2013; DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013). Alguns autores corroboram ao descreverem que a Integração Ensino-Serviço (IES) tem seu histórico dos programas e iniciativas implementadas no Brasil, direcionada especialmente ao fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) (VASCONCELOS; STEDEFELDT; FRUTUOSO, 2016; DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Embora a gestão no/do Sistema Único de Saúde (SUS) seja uma atividade complexa, que requer das equipes gestoras a compreensão e um conjunto de habilidades e competências para superar os desafios vivenciados nessa área, ainda são incipientes estudos que abordem sob essa perspectiva.

E a articulação entre os serviços e as instituições de ensino pode se configurar como uma boa estratégia para mitigar essa complexidade, pois a mesma auxilia na compreensão das necessidades de saúde coletiva e da gestão em saúde, além de voltar o processo formativo para o SUS. Ademais, contribui para ampliar o campo de visão do docente, do estudante e do profissional de saúde, principalmente ao considerar seu aspecto multiprofissional e interdisciplinar.

Peduzzi (2010) destaca a potencialidade do trabalho multiprofissional, visto que o mesmo é capaz de congrega a composição de diferentes processos de trabalho. Entretanto, para

que ocorra integração, deve-se concomitantemente, preservar as diferenças técnicas e /ou particularidades de cada trabalho, além de articular e compartilhar as ações realizadas pelos trabalhadores das equipes.

Isso qualifica tanto a prática de trabalho, quanto à interação social, posto que esse cenário de ensino aprendizagem conforma-se como espaços dialógicos de reflexões e de troca de saberes. E ao considerar ainda, o caráter dialógico, reflexivo e transformador da Educação Permanente em Saúde (EPS), é possível identificá-la como uma potente estratégia para a qualificação de equipes gestoras municipais atuantes no SUS. Isso porque a EPS possui como pilares: a metodologia problematizadora, a aprendizagem significativa e o trabalho como eixo estruturante conforme aponta Brasil (2004a), sendo considerada educação no e para o trabalho.

Este estudo teve como base, ainda, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Ademais, conforme descrito por Ceccim e Ferla (2009), considera-se a EPS para além de uma política de educação na saúde, mas também como prática de ensino aprendizagem.

Considerando o exposto acima e partindo do pressuposto que a Integração Ensino-Serviço e a Educação Permanente em Saúde são temas de grande relevância para a área da Saúde Coletiva e que as mesmas contribuem para uma aprendizagem significativa, para a gestão do SUS e conseqüentemente para sua consolidação; e que a gestão desse sistema é uma atividade que vem se mostrando cada dia mais complexa, além de evidências de lacunas na literatura até o presente momento sobre o estudo desses temas, as perguntas da presente pesquisa são: Como desenvolver processos de integração ensino-serviço, por meio de estratégias de EPS, voltados para a gestão do SUS? E em que medida o processo de integração ensino-serviço, por meio dessas estratégias de EPS contribui para a gestão do SUS?

Ao considerar ainda, a persistência de fragilidades de estruturação do SUS e resistência de profissionais em participar em projetos de integração ensino-serviço, também se questiona como promover integração entre o mundo da academia e o dos serviços de saúde por meio de processos em que vigore a alteridade e a conexão entre os sujeitos, inclusive na área da gestão?

2 QUADRO TEÓRICO CONCEITUAL

O quadro teórico está organizado em cinco seções. A primeira trata de histórico de iniciativas de fortalecimento das relações entre o ensino e o serviço. Quando se situa o ensino nessa tese, explora-se, sobretudo, o ensino no âmbito das Instituições de Ensino Superior (IESs), que são as responsáveis pela graduação dos profissionais de saúde. Mas, mais do que isso, almeja-se que esse espaço seja um espaço de educação emancipatório, conforme consta na seção 2.2.

A seção três refere-se a gestão do sistema que está sendo destacado nesse trabalho, no caso a gestão do SUS, que em virtude de sua complexidade e da rotatividade dos gestores, os sujeitos atuantes nessa área, necessitam estar em contínuo processo de formação e qualificação. A seção quatro, apresenta a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde enquanto uma iniciativa possível de fortalecimento da formação do espaço do trabalho para o trabalho.

E a seção cinco, busca elucidar como a integração ensino-serviço ao se valer dos pressupostos da EPS pode ser tornar potente para enfrentar uma série de desafios que se colocam tanto no campo da educação quanto da gestão em saúde.

2.1 HISTÓRICO DE INICIATIVAS COM VISTAS À INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO

Desde a década de 1940, há registros do processo de mudanças na formação de profissionais de saúde brasileiros, baseados no contexto americano (CHAVES; GROSSEMAN, 2007).

Foram dois grandes movimentos iniciais, o da Medicina Comunitária, onde os sujeitos envolvidos com a medicina preventiva buscavam a inserção das camadas sociais marginalizadas por meio do estímulo à participação comunitária, e o do Programa de Integração Docente Assistencial (IDA), que congregava a inserção do ensino nos serviços assistenciais (centros de saúde e hospitais) (ZAPERLON; BATISTA, 2022). Entre as décadas de 1970 e de 1980, registram-se esforços para a ampliação da participação multidepartamental e multiprofissional, com o apoio da Fundação Kellogg (ZAPERLON; BATISTA, 2022; RIBEIRO, 2000), e, embora se trilhasse um ensino e uma assistência à saúde mais adequados às necessidades da sociedade, muito havia por se fazer (ZAPERLON; BATISTA, 2022).

A Conferência Nacional Temática de Recursos Humanos para a Saúde (CNTRHS), também já destacava em seus relatórios, no ano de 1986, que as instituições públicas de ensino superior, ainda possuíam estruturas organizacionais autoritárias, complexas e burocráticas,

refletindo posicionamentos classistas, hegemônicos e distantes do seu papel social (BRASIL, 1986). Segundo o mesmo relatório, as transformações curriculares à época ficaram restritas a trocas de nomes das disciplinas, sem mudanças significativas dos programas e das práticas pedagógicas. Como fruto de posicionamentos autoritários emergia a disjunção da teoria-prática e estimulavam condutas individualistas. Entre as proposições feitas durante a conferência destacava-se o papel regionalizado das universidades e a sua integração na sociedade a qual estava inserida. No tocante à saúde, apontava a necessidade de abordagem multiprofissional e atuação para além da área biológica (BRASIL, 1986).

Ressalta-se que a 8ª Conferência Nacional de Saúde, reconheceu e destacou a importância da IDA, ao propor a articulação das instituições de ensino aos serviços de saúde, objetivando a elaboração de novos modelos de atenção à saúde, fundamentados nas diretrizes e princípios que viriam a ser o SUS, e configurando-se como um movimento propulsor da IES (OJEDA; SANTOS; EIDT, 2004).

A Constituição Federal de 1988, conhecida como constituição cidadã, foi outro marco histórico no país, principalmente no campo da saúde, ao instituir o SUS. Esse novo sistema delineou uma significativa transformação no modo de compreender e produzir saúde, ampliando o seu conceito e considerando-a como direito de todos e dever do “Estado” (BRASIL, 1988). Ainda, conforme o artigo 200 da carta magna, compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos para a área da saúde (BRASIL, 1988), bem como, a missão de incrementar em seu *locus* de atuação o desenvolvimento científico, tecnológico e a inovação. Entretanto, essa outorga constitucional do SUS não exime o Ministério da Educação e da Cultura (MEC) de também regular os processos formativos no país (MOREIRA; DIAS, 2015).

A lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 1990, regulamentadora do SUS discorre em seu artigo 14 sobre a necessidade de Comissões Permanentes de Integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, atribuindo a cada umas dessas comissões a responsabilidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e qualificação dos recursos humanos do sistema público de saúde. Ainda, a referida lei reforça que os serviços públicos que integram o SUS, são cenários de prática para o ensino e a pesquisa, mediante a integração ensino serviço (BRASIL, 1990).

Uma importante experiência universitária na América Latina com duração aproximada de uma década, iniciada nos anos de 1990, foi o Programa UNI – Uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde: união com a comunidade. O ideário UNI, elaborado pela Fundação Kellogg, tinha como base a provocação de modificações nos conteúdos curriculares e nas metodologias de ensino, ampliando os cenários de práticas, propondo um novo modelo

de formação e sugerindo uma parceria na gestão do processo de mudança entre os três segmentos: universidade, serviço e comunidade (CHAVES, FEUERWERKER; TANCREDI, 1999). No Brasil, o Programa UNI aconteceu e ficou restrito a seis universidades, sua iniciativa e financiamento não eram vinculados ao SUS, mesmo que em seus pressupostos fossem mantidas articulações entre universidade, serviços locais de saúde e comunidade (BATISTA, 2013).

Em 1996 instituiu-se a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), nº 9.394/96, também chamada de carta magna da educação, esta lei foi a ordenadora do currículo mínimo obrigatório dos cursos de graduação, permitindo a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) (BRASIL, 1996a).

Dessa forma a LDBEN direcionou o ensino por competências, promoveu liberdade às IESs, concedeu autonomia e pluralismo ao processo de ensino aprendizagem, propôs uma gestão democrática e a valorização dos cenários extramuros, definindo-os como locais estratégicos e privilegiados para o processo de ensino serviço (BRASIL, 1996a).

As DCNs na área da saúde foram elaboradas de 2001 a 2004 (MOREIRA; DIAS, 2015; REDE UNIDA, 2006). Essas diretrizes compõem um padrão geral de orientação para a organização dos currículos e dos projetos pedagógicos indicados para todas as instituições de ensino superior (PEREIRA; LAGES, 2013).

A resolução nº 1.133/2001 CNE/CES foi a primeira resolução com diretrizes curriculares nacionais para os cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição (BRASIL, 2001). De acordo com esta resolução foi permitido que os currículos direcionassem o perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdo baseados em abordagens contemporâneas de formação, pertinentes e atualizados, e que atendessem as necessidades do SUS, considerando ainda, o processo de Reforma Sanitária (BRASIL, 2001).

Além disso, as DCNs propunham a condução dos graduandos da área da saúde a uma aprendizagem significativa, por meio do aprender a aprender, que compreende o aprender a ser, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a conhecer. Pretendiam ainda, qualificar profissionais com ideais libertários, autônomos e capacidade para garantir a integralidade da atenção individual e coletiva às necessidades do SUS (BRASIL, 2001).

Nessas diretrizes constavam também, elementos sobre o perfil profissional e competências gerais tais como: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, educação permanente, competências específicas de cada profissão, conteúdos curriculares, estágios e atividades complementares, organização do curso e modelo de avaliação (BRASIL, 2001).

De acordo com o relatório da Rede Unida (2006), essas competências deveriam ser implementadas de maneira a permitir aos graduandos a capacidade de trabalhar em conjunto com outros profissionais da área da saúde e de valorizar as necessidades de saúde da população, por meio de uma visão holística, ética e cultural (REDE UNIDA, 2006).

Diversos foram os atores que contribuíram para a elaboração das DCNs, entre eles destacam-se representantes do MS, Secretaria da Educação Superior do MEC, Fórum Nacional de Pró Reitores das Universidades Brasileiras, entidades organizadas como a Rede Unida, Conselhos Profissionais, associações de ensino e comissões de especialistas em ensino do MEC (REDE UNIDA, 2006). As demais DCNs para as graduações na área da saúde foram aprovadas até o ano de 2004 (PEREIRA; LAGES, 2013).

Com mudanças favoráveis no campo da saúde surgiram vários programas em que o SUS tornou-se cenário de ensino aprendizagem, entre eles destacam-se o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), o Aprender SUS, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), entre outros (MOREIRA; DIAS, 2015; DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

O PROMED foi instituído, por meio da Portaria Interministerial nº 610 de 26 de março de 2002 e objetivava o incentivo às escolas médicas de todo o país a incorporar alterações pedagógicas significativas nos currículos dos cursos de medicina, deslocando o eixo da formação médica centrada na assistência individualista e hospitalocêntrica, com vistas a adequar-se aos preceitos do SUS, inclusive os da Atenção Básica e considerava as dimensões socioeconômicas e culturais. O programa foi pensado pelos Ministérios da Saúde, da Educação e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e contou com a parceria com a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e a Rede Unida (BRASIL, 2002; DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Em 2003, foi criado o Departamento da Educação na Saúde, como componente da estrutura da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) por meio do Decreto 4276 de 9 de junho de 2003. A criação desta secretaria no MS apontava um movimento de aproximação importante entre os Ministérios da Saúde e da Educação (ZARPELON; TERCENIO; BATISTA, 2018).

Esse contexto evidenciava ainda, um processo de mudança na formação superior, sendo que essa secretaria passou a responsabilizar-se pela gestão federal da formulação de políticas direcionadas à formação, qualificação, distribuição, regulação e gestão do trabalho em saúde.

No período entre 2003 e 2004, foi lançado o VER-SUS/ Brasil, construído por meio de

uma parceria entre o Ministério da Saúde e o movimento estudantil dessa área. Seu desenho também compreendia o sistema de saúde como espaço de ensino e aprendizagem (BRASIL, 2004; DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013). Tinha como propósito principal disponibilizar aos estudantes lócus de vivência e experimentação da realidade do SUS. Desta forma, possuía como meta contribuir para a formação de profissionais críticos, reflexivos e sensíveis às necessidades da população brasileira, e conseqüentemente para o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2004b).

Ainda em 2004, foi lançado o Aprender SUS, com o pressuposto de aprimorar relações cooperativas entre o sistema de saúde e as instituições de ensino superior. Esse programa idealizava também a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho. Sugeriu uma formação de profissionais de saúde ancorada no conceito da integralidade, tanto no campo da atenção, quanto da gestão de serviços e sistemas. Neste sentido pretendia transformar o modelo de ensino e de trabalho (BRASIL, 2004c).

Em 2005, instituiu-se parceria entre o MEC e o MS para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 2005). Nessa época uma grande articulação do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da SGTES com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e a Rede Unida propiciou a realização do Curso de Especialização de Ativadores de Mudanças nas Profissões de Saúde, direcionado conceitualmente pelo currículo integrado, o construtivismo e as metodologias educacionais ativas e de educação a distância (GONZALEZ; ALMEIDA, 2010).

Com vistas a aprimorar o PROMED e ampliar a cobertura para outras profissões da Saúde que participaram da Estratégia Saúde da Família (ESF), foi lançado ainda em 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional (Pró Saúde) pelo MS, por meio de uma parceria da SGTES e a Secretaria de Educação Superior (SESU) com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do MEC. O programa tinha a perspectiva de que os processos de formação acontecessem simultaneamente em diferentes eixos, em que as instituições de ensino superior direcionassem a formação de acordo com as necessidades concretas da população, sendo o eixo principal a integração ensino-serviço.

Sua estruturação contou ainda com a participação da OPAS, representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho Federal de Medicina (CFM), do Conselho Federal de Odontologia (CFO), do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), da Abem, da Associação Brasileira de Ensino em Odontológico (ABENO), da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), da Associação Brasileira de Odontologia (ABO) e de IESs que participaram do Promed. Inicialmente, o programa (Pró-Saúde I) abrangia

os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia.

Em 2007, o Pró-Saúde foi ampliado para as demais graduações da área de saúde (Pró-Saúde II), as quais, em parceria com as secretarias municipais e estaduais de saúde, elaboraram projetos institucionais para adesão ao programa (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Ainda em 2007, surge o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) no escopo dos avanços alcançados com o Pró-Saúde, fortalecendo ainda mais a parceria interministerial saúde e educação (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013). O programa foi instituído pela portaria GM/MS nº 1.507 de 2007 conforme Brasil (2007a), e regulamentada por meio das portarias GM/MS nº 421 e 422 em março de 2010. Tinha como pressuposto a educação pelo trabalho, com vistas ao fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade, por meio de atividades que articularam a extensão universitária e a participação social. Este programa direcionou-se aos preceptores, docentes e discentes de cursos de graduação no âmbito da saúde (BRASIL 2010a; BRASIL 2010b).

Tanto o projeto IDA, o Promed, o Pró-Saúde, quanto o Pet-Saúde, entre outros, tiveram em comum, a reestruturação dos cursos de medicina nas instituições em que foram desenvolvidos, e buscavam extrapolar o modelo hegemônico de formação. Em nível de cenário nacional, esses programas influenciaram a publicação de novas DCNs para o curso de medicina, em 2014 (CAVALLI; CARVALHO, 2022).

O PROVAB lançado pela Portaria Interministerial nº 2.087 em setembro de 2011, também foi uma parceria entre o MS e o MEC, objetivava impulsionar e valorizar o profissional da saúde atuante em equipes multiprofissionais no âmbito da atenção básica e da ESF, como também direcioná-los para municípios com localidades de maior vulnerabilidade nesta área. A proposta também ancorava-se na integração ensino-serviço, uma vez que as IESs de referência supervisionava a atuação dos profissionais de saúde. Os profissionais participantes do PROVAB tinham a obrigatoriedade de participar no curso de especialização em Atenção Básica ofertado pela Universidade Aberta do SUS (UMA SUS) (BRASIL, 2011a).

O programa Mais Médico do Governo Federal, instituído por meio da lei federal nº 12.871 de outubro de 2013, foi elaborado em resposta à necessidade de provimento de médicos em regiões carentes e intencionando a redução das desigualdades regionais na área da saúde. Além de qualificar a oferta de ações e serviços de atenção básica, idealizava ainda, o aprimoramento da política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das IESs na supervisão acadêmica dos trabalhos desenvolvidos pelos médicos, bem como a ampliação da realização de pesquisas aplicadas ao SUS (BRASIL, 2013).

Ainda, de acordo com Brasil (2015a) para alcançar esses objetivos adotou as

seguintes ações:

- I – reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos;
- II – estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e
- III – promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional.

O Programa Mais Médicos foi instituído porque as medidas do incentivo, como o Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) do MEC e o PROVAB, embora importantes, não tiveram o volume e abrangência necessários para enfrentar o problema a contento. Apesar da grande aprovação popular e dos prefeitos, sofreu forte oposição de representações da categoria médica (Brasil, 2015a). Entretanto, reconhece-se a importância desse programa para os municípios remotos, que possuíam as piores razões médicos/habitantes (TCU, 2014). Este programa, além de ampliar a oferta de ações e serviços de saúde na APS, também agregou novas experiências, qualificou a prática do cuidado e aprimorou a organização dos serviços e do trabalho em equipe (SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015).

Em 2015 a portaria Interministerial nº 1.124 (MS e MEC) instituiu diretrizes para celebração de Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino Saúde (COAPES) com o objetivo de fortalecer a integração entre ensino-serviço-comunidade, no âmbito da saúde. O COAPES configura-se como um dispositivo da PNEPS disponibilizado aos atores do SUS (gestores, trabalhadores e usuários) e aos representantes da academia na área da saúde (gestores, docentes e estudantes), para promover processos cooperativos à elaboração dos currículos e desenvolvimento profissional no SUS e para o SUS. Além de definir as atribuições das partes signatárias vinculadas ao funcionamento da IES também se mostra como um dispositivo capaz de assegurar o acesso aos estabelecimentos de saúde, sob a responsabilidade do gestor da área, como locus de atuação prática para profissionais em formação, bem como qualificar estratégias de EPS (BRASIL, 2015b).

Importante ressaltar que a celebração do COAPES pode representar um potente instrumento para a implementação das DCNs, e uma grande oportunidade para que as universidades exerçam sua responsabilidade social e contribuam de maneira significativa para consolidação do SUS, no município ou região em que as IESs estão inseridas. Costa (2017),

aponta o COAPES como mais um dispositivo da PNEPS, porém, o que ainda observa-se na prática é o frágil avanço na formalização do COAPES, principalmente em relação a realização de contrapartidas que promovam a operacionalização do ensino aos discentes e residentes nos serviços de saúde. Uma parcela dessa dificuldade pode estar atrelada à complexidade própria do processo de celebração do COAPES, especialmente em territórios com várias instituições formadoras (COSTA, 2017).

Como descrito anteriormente, observa-se que ao longo dos anos, diversas políticas, programas, ações e iniciativas da educação na/para saúde vem sendo implementadas, contribuindo para processos significativos de mudanças no SUS (FRANÇA *et al.*, 2018). Percebe-se também, que essas políticas e programas de reorientação da formação profissional em saúde são congêneres à indução de mudanças, trazendo reflexos positivos para o desenvolvimento e qualificação prioritariamente aos trabalhadores pertencentes ao campo da assistência.

2.2 A UNIVERSIDADE COMO ESPAÇO DE EDUCAÇÃO EMANCIPATÓRIA

As universidades são instituições multidisciplinares, de grande relevância para a sociedade. Entre as suas competências estão a formação dos quadros de profissionais de nível superior, de pesquisa, de extensão e de domínio e cultivo do saber humano (BRASIL, 1996a).

Na concepção de Paulo Freire, elas - as universidades - devem ser democráticas, comprometidas com a problemática da comunidade e contribuir socialmente (GADOTTI, 2017).

Morim (2003) complementa que essas instituições são capazes de conservar, memorizar, integrar e globalizar uma herança, produzindo novos saberes, valores, ressignificação e produção de novos conhecimentos. Essas concepções e valores passam a compor uma nova herança. Dessa maneira a universidade é conservadora, geradora e regeneradora (MORIN, 2003).

Além disso, esta instituição tem uma missão transecular, que transita pelo passado, presente e futuro, mas, para cumprir seu papel necessita de autonomia para que possa inocular na sociedade valores como liberdade e problematização da realidade (MORIN, 2003) e executar seu planejamento educacional.

De acordo com Freire (1959), esse planejamento independentemente da sociedade e de seu contexto, deve ser realizado de maneira a lhes trazerem respostas. Pois somente dessa forma, o “processo educativo” poderá funcionar, alternando ora como força estabilizadora, ora

como fator de transformação (FREIRE, 1959).

Quanto ao profissional da educação que atua como facilitador em processos de ensino aprendizagem, por diversas vezes, ele necessita se reposicionar no seu próprio mundo, sair de sua zona de conforto, e desenvolver metodologias que auxiliem a transformar o mundo do outro e do trabalho.

Neste sentido, a arte de ensinar não pode ser uma mera transferência de conteúdos bancários. Essa nobre tarefa deve ser capaz de desenvolver no educando autonomia e lhe dar possibilidades para construção do seu saber. Embora seja árdua a tarefa de despertar o educando para o “pensar certo”, é imperioso ao educador muitas vezes esvaziar-se de si mesmo e trabalhar a horizontalidade no processo de ensino aprendizagem (FREIRE, 2016). Concomitantemente a isso, é necessário a manutenção da rigorosidade quanto a escolha da metodologia utilizada para estimular um novo modo de pensar.

Ainda nesse sentido, Freire (2016) destaca requisitos que o facilitador necessita desenvolver para contribuir com a desenvoltura de uma consciência crítica nos educandos, quais sejam: a) consciência crítica do inacabamento; b) reconhecimento do ser condicionado; c) respeito à autonomia do ser do educando; d) bom senso; e) humildade e tolerância; f) apreensão da realidade; g) alegria e esperança, e; h) curiosidade (FREIRE, 2016). O Quadro 1 detalha esses elementos:

Quadro 1: Requisitos necessários à desenvoltura dos educandos

Requisito	Característica
Consciência crítica do inacabamento:	O educador crítico possui predisposição à transformação e ressignificação de saberes. Atua de maneira assertiva, considerando os saberes próprios dos indivíduos, uma vez que os mesmos não são vistos como espaços vazios a serem preenchidos por conteúdos. O facilitador desse processo age auxiliando no desenvolvimento da compreensão de que a história é feita de inúmeras possibilidades, e não por um determinismo imutável.
Reconhecimento do ser condicionado	A construção do ser é permeada por influências de forças sociais, que podem trazer agruras ao indivíduo e à coletividade. No entanto, é possível desenvolver no ser humano, a consciência de que as barreiras impostas podem ser vencidas e não necessariamente precisam ser eternizadas. É reconhecer a inconclusão de que homens e mulheres são seres que experimentam o

	<p>mundo num constante processo social de busca de conhecimentos, de maneira respeitosa, ética e responsável, sendo o indivíduo um protagonista no seu próprio processo de ensino-aprendizagem.</p>
Respeito à autonomia do ser do educando	<p>É preciso respeitar de maneira ética a singularidade do educando e sua inquietude, atuando dialogicamente no sentido de que sujeitos dialógicos aprendem e crescem com e nas diferenças, desde que haja liberdade, eticidade e respeito mútuo.</p>
Bom senso	<p>Como um artifício capaz de tornar o educador um ser democrático e não autoritário. Ele atua de maneira a promover ações democráticas para que sua autoridade seja implementada entre os educandos no cumprimento de seu papel. O bom senso permite diferenciar autoridade de autoritarismo, reconhecendo o papel do educador frente a prática formativa dos educandos. Auxilia-o agir com rigorosidade e seriedade.</p>
Humildade e tolerância	<p>É preciso reconhecer que a luta é algo histórico, que necessita ser reinventada e que deve ser priorizado o processo de educação permanente dos quadros do magistério para atingir seu real objetivo.</p>
Apreensão da realidade	<p>O movimento do professor deve ser claro e assertivo em sua prática. Para tanto torna-se necessário o exercício da capacidade de aprender e reaprender, ressignificando a realidade, propiciando a capacidade de nela intervir, capacidade esta, única do ser humano. Esta capacidade de apreender a “substantividade” do objeto é que propicia a transformação do saber, reconstruindo-o e constatando-o para mudar. Para tanto é preciso estar aberto ao novo. É entender que a prática é política, diretiva e moral.</p>
Alegria e esperança	<p>Embora a tarefa de ensinar não seja simples, é preciso ser convicto de que a mudança será possível. Para isso, faz-se necessário uma profunda leitura do contexto o qual se está inserido, antes da leitura da situação, propriamente dita. É preciso acreditar que o mundo pode ser transformado, com um adequado processo de ensino aprendizagem.</p>
Curiosidade	<p>É necessário o reconhecer a necessidade da manutenção da postura dialógica, assumindo-se como um ser naturalmente</p>

Fonte: Elaboração própria a partir de Freire (2016).

Ensinar é uma tarefa específica do ser humano, a qual deve ser exercida com sabedoria, segurança, competência profissional e generosidade, onde o viver ético do professor é um requisito para a concretização da assimilação dos conteúdos trabalhados dialeticamente (FREIRE, 2016).

O exercício dessa ação exige ainda a empatia e a conscientização de que a educação é uma forma de intervenção no mundo. O ensinar é um ato político, capaz de desenvolver a consciência crítico-reflexiva dos educandos. Durante esse processo o saber escutar promove a horizontalidade tão necessária ao processo de ensino aprendizagem, onde o sujeito deve abrir-se ao outro e contribuir para a transformação de seu discurso e suas ações (FREIRE, 2016).

Entretanto, faz-se necessário, ultrapassar o modelo de educação bancária, que oprime, disciplina os educandos e os levam a uma pedagogia da resposta (FREIRE, 2013). Também é preciso vencer o modelo flexneriano vigente, em que o centralismo, o verbalismo, a falta de diálogo e o autoritarismo são manifestações claras de ausência da experiência democrática (FREIRE, 1959).

Sobretudo, para que haja superação de processos pedagógicos opressores, é de extrema relevância a utilização de uma metodologia educacional que prepare, que promova a autenticidade e ideais libertários, e que para além disso, não subjugu a capacidade do sujeito (FREIRE, 2001).

2.3 A GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O SUS é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo responsável pela oferta de ações e serviços de saúde por meio do Estado, de maneira gratuita, integral e universal (BRASIL, 1988). Este sistema, marco da história brasileira, não teve suas origens em deliberações mecânicas e abstratas, mas sim, na legislação ordinária e em normas técnicas e administrativas, e em um importante movimento social, político e acadêmico denominado Reforma Sanitária, o qual colocou o Estado a serviço das funções públicas e como responsável pelo atendimento das necessidades coletivas (PAIM, 2018; KRUGER; REIS, 2019).

Dessa forma, realizar a gestão pública do SUS em um país de dimensões continentais, que leve em consideração seus princípios doutrinários e organizativos tem se mostrado uma tarefa bastante complexa, principalmente ao considerar que esse sistema de saúde tem sofrido

interferência e ameaças do mercado capitalista e que os interesses privados estão entranhados no DNA do SUS (PAIM, 2018). Além disso há o constante subfinanciamento do SUS e a fragilização do papel dos conselhos de saúde (SANTOS, 2018).

É sabido que o SUS é uma política ainda inacabada, permeada por distintos interesses hegemônicos e de mercado, que por um lado precisa ser reconhecida e consolidada em suas melhores conquistas, mas por outro, precisa ser permanentemente reinventada para dar conta de sua missão conforme aponta Santos (2018) e como versam a Constituição Federal e suas leis organizativas.

Mas como reinventar o papel dos trabalhadores da gestão do SUS, quais são suas atribuições? Antes é preciso compreender a diferenciação entre o conceito de gerência e de gestão. Conforme as Normas Operacionais Básicas de 1996, o termo gerência é conceituado como a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituição, entre outros) que se apresentam como prestadores de serviços (BRASIL, 1996b).

Já o termo “gestão” é a atividade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), por meio do exercício das funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 1996b).

Consideram-se como gestores do SUS, os secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam respectivamente os governos municipais, estaduais e federal.

Entende-se que uma gestão qualificada, é um potente instrumento para a efetivação das políticas de saúde, ao englobar um caráter articulador e integrativo, e que além disso, a gestão é determinada e determinante no processo de organização dos serviços de saúde (ARAÚJO; MIRANDA; GARCIA, 2014).

Para tanto, a atuação do gestor do SUS deve ser materializada por meio do desenvolvimento das funções gestoras técnicas e políticas. Essas funções podem ser caracterizadas como um conjunto articulado de experiências, saberes e práticas de gestão, necessárias para a implementação de políticas na área da saúde, exercidas de maneira produtora e coerente com os princípios do SUS e da gestão pública (SOUZA, 2002; MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011). Ainda, de acordo com Machado, Lima e Baptista (2011), pode-se compreender quatro macrofunções gestoras na saúde:

- a **Formulação de políticas /planejamento:** a função de elaboração e políticas e planejamento é uma obrigatoriedade e uma competência comum das três esferas de governo, cada uma em seu contexto de atuação, sendo estratégica a ação dos

governos federal e estaduais para a redução das desigualdades regionais e locais. De maneira geral, a formulação de políticas tem sido compartilhada entre os gestores do SUS nas arenas das comissões intergestores e com outros atores sociais, por meio dos conselhos de saúde, embora isso não se dê de forma homogênea entre os diversos temas da política. Em que pesem os esforços das esferas estaduais e municipais para elaboração de seus planos de saúde e as iniciativas de regulamentação desse processo, o conteúdo dos planos e a abrangência das ações planejadas variam enormemente no território nacional. Entretanto, observa-se que na esfera federal, há pouco tempo se registram instrumentos de planejamento formais que englobam uma explanação clara de prioridades e estratégias (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011). Recomenda-se que o processo de planejamento seja ascendente, integrado e que concilie as demandas das políticas de saúde com os recursos financeiros disponíveis. Além disso, durante um processo de planejamento, deve-se considerar os serviços e ações de saúde prestados pela iniciativa privada, de forma complementar, ou não ao SUS (BRASIL, 2011b).

- b **Financiamento:** O SUS é financiado por meio do Orçamento da Seguridade Social e possui atribuições comuns aos três entes federativos. O Projeto de Emenda à Constituição (PEC) nº 29 de 2000, regulamentada por meio da Lei Complementar nº141/2012 e do Decreto Lei nº 7.827/2012, regulamentaram e definiram o que deve ser atribuído como gastos com saúde (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011). Já a Emenda Constitucional nº 95 de 2016, limitou os percentuais a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, até o ano de 2036 (ANANIAS; NOLASCO, 2018).
- c **Regulação, coordenação, controle e avaliação (dos sistemas/redes e dos públicos e privados):** a atribuição de regulação sobre os prestadores compete cada vez mais aos municípios. Enquanto o MS tem operado seu poder regulatório sobre os entes subnacionais por meio de normas e portarias federais, ligados a mecanismos financeiros. Aos estados é dada a incumbência de coordenar os processos de regionalização, a articulação intermunicipal, a coordenação da distribuição dos recursos financeiros federais nos municípios, a implementação de estratégias de regulação da saúde, a avaliação dos sistemas municipais em seus diferentes campos e o apoio à consolidação institucional dos municípios (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011).

- d **Prestação direta de serviços de saúde:** com a descentralização gradativa ocorrida desde a década de 90, deu-se a descentralização progressiva de responsabilidades pela execução direta de ações e serviços para os estados e particularmente para os municípios, no contexto da assistência e da vigilância em saúde (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011).

O Quadro 2 condensa as principais atribuições dos gestores do SUS:

Quadro 2: Principais atribuições dos gestores do Sistema Único de Saúde

Esfera de Governo	Formulação de políticas e planejamento	Financiamento	Regulação, coordenação, controle e avaliação	Execução direta de serviços
Federal	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito nacional; • Papel estratégico e normativo; • Manutenção da unicidade, respeitando a diversidade; • Busca da equidade; • Apoio e incentivo para o fortalecimento institucional e de práticas inovadoras de gestão estadual e municipal; • Planejamento e desenvolvimento de políticas estratégicas nos campos de tecnologias, insumos e recursos humanos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantia de recursos estáveis e suficientes para o setor saúde; • Peso importante dos recursos federais; • Papel redistributivo; • Definição de prioridades nacionais e critérios de investimentos e alocação entre áreas da política e entre regiões/estados; • Realização de investimentos para redução de desigualdades; • Busca da equidade na alocação de recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Regulação de sistemas estaduais; • Coordenação de redes de referência de caráter interestadual/ nacional; • Apoio à articulação interestadual; • Regulação da incorporação e uso de tecnologias em saúde; • Normas de regulação sanitária no plano nacional; • Regulação das políticas de recursos humanos em saúde; • Coordenação dos sistemas nacionais de informações em saúde; • Avaliação dos resultados das políticas nacionais e do desempenho dos sistemas estaduais; 	<ul style="list-style-type: none"> • Em caráter de exceção; • Em áreas/ações estratégicas.
Estadual	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito estadual; • Promoção da regionalização; • Estímulo à programação integrada; • Apoio e incentivo ao fortalecimento institucional das secretarias municipais de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Definição de prioridades estaduais. • Garantia de alocação de recursos próprios; • Definição de critérios claros de alocação de recursos federais e estaduais entre áreas da política e entre municípios; • Realização de investimentos para redução de disparidades regionais; • Busca da equidade na alocação de recursos estadual/ regional, ações de maior complexidade de vigilância em saúde; • Em situações de baixa oferta de serviços e de omissão do gestor municipal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Regulação de sistemas municipais; • Coordenação de redes de referência de caráter intermunicipal; • Apoio à articulação intermunicipal; • Coordenação da Programação Pactuada Integrada no estado; • Implantação de mecanismos de regulação da assistência (ex.: centrais, protocolos); • Regulação sanitária (nos casos pertinentes); • Avaliação dos resultados das políticas estaduais; • Avaliação do desempenho dos sistemas municipais de recursos federais, estaduais e municipais; • Realização de investimentos no âmbito municipal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Em caráter excepcional; • Em áreas estratégicas: serviços assistenciais de referência estadual, regional, ações de maior complexidade de vigilância em saúde; • Em situações de baixa oferta de serviços e de omissão do gestor municipal;
Municipal	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento de problemas e definição de prioridades para o território municipal; 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantia de aplicação de recursos próprios. • Critérios claros de aplicação; 	<ul style="list-style-type: none"> • Organização das portas de entrada do sistema. • Estabelecimento de fluxos de referência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Peso importante na execução de ações/ prestação direta de serviços

<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento ascendente de ações e serviços necessários nos diferentes campos da saúde; • Organização da oferta de ações e serviços públicos e contratação de serviços privados (quando necessário); • Planejar e executar ações de Vigilância em Saúde; • Formar consórcios administrativos intermunicipais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manter a transparência na aplicação de recursos federais; • Fazer investimentos no âmbito municipal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integração da rede de serviços. • Articulação com outros municípios para referências. • Regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados. • Regulação sanitária (nos casos pertinentes). • Executar em âmbito municipal, a política de insumos e equipamentos para saúde; • Avaliação dos resultados das políticas municipais. 	<ul style="list-style-type: none"> assistenciais, e de vigilância em saúde; • Gerência de unidades de saúde; • Provisão e administração de profissionais, bem como realização de ações de capacitação para os mesmos.
--	---	--	--

Fonte: Adaptado de Machado, Lima e Baptista (2011).

Conforme as atribuições descritas no quadro 2, é importante ressaltar que a gestão do SUS é uma atividade complexa, como já descrito anteriormente. Entre os desafios vivenciados na gestão é comum encontrar a alta rotatividade e amadorismo dos gestores, o que acarreta fragilidades na capacidade técnica e na eficiência da gestão municipal (LEITE, 2014, KRUGER; REIS, 2019).

Dentre as vulnerabilidades da gestão do SUS, destacam-se ainda, práticas clientelistas e corporativas nas indicações dos cargos diretivos em todos os níveis, bem como a falta de clareza das funções e competências das distintas esferas de governo. Nota-se também, a insuficiente coordenação da União, debilidades na comunicação interfederativa, a frágil incorporação de tecnologias de gestão adequadas ao manejo de organizações complexas e a fragilização do processo de atuação do controle social. Isso contribui para o aumento de tensões e disputas nem sempre condizentes às competências e a legitimidade entre as instâncias executivas do SUS (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Embora sejam reconhecidos inúmeros desafios na/da gestão do SUS e consequentemente a fragilização de sua consolidação e sustentabilidade, considera-se que as contribuições advindas de processos de qualificação onde vigore a Educação Permanente em Saúde (EPS), possa ser vista como uma potente estratégia para superar os desafios que esse campo vivencia.

2.4 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS)

O conceito de EPS é remoto. Lao-Tsé, filósofo chinês, proclamava sete séculos antes de Cristo a aprendizagem como um processo contínuo. Na Europa, a EPS teve início na década de

30 (FEUERWERKER, 2014). Na França, a utilização desse vocábulo iniciou-se em 1955 e legitimou-se no ano seguinte por meio de um documento emitido pelo ministro da educação, através de um projeto de reforma do ensino que tinha como pretensão a ampliação das instruções recebidas no âmbito escolar (LEMOS, 2016).

Inicialmente, a educação permanente mostrou-se como uma necessidade da sociedade da época, a qual exigia atualização contínua de conhecimentos. No final da década de 1960, a EP passou a ser disseminada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), pelo Conselho da Europa e pela Organização para Cooperação no Desenvolvimento Econômico (OCDE) e, posteriormente, pelo Banco Mundial. Isso demonstrou sua fundamentação na teoria do capital humano, que entendia a qualificação do sujeito, como uma estratégia para aumentar a produtividade econômica e o desenvolvimento do país (LEMOS, 2016).

Pierre Furter foi um dos educadores a trabalhar fortemente a ideia da Educação (EP) na década de 1960, período em que a EP ganhou forças ao associar-se a iniciativas de aprendizagem significativa de adultos, num momento de reposicionamento produtivo e de necessidade de realocar um elevado contingente de pessoas no mercado de trabalho, em decorrência da expansão da industrialização e da urbanização (FEUERWERKER, 2014).

Naquele contexto o ser humano já era visto como um ser em constante evolução, em que suas relações diárias se mostravam capazes de ressignificar seus saberes e conhecimentos, interferindo na sua forma de condução da vida (FEUERWERKER, 2014). Entretanto, é preciso considerar que indivíduos adultos são tensionados a buscar novos conhecimentos ao se depararem com incômodos que considerem de relevância ao seu trabalho ou sua vida (FEUERWERKER, 2014).

Desta maneira, todo processo educativo voltado a adultos que almeje ser efetivo, deve ter como premissa o reconhecimento de necessidades de aprendizagem a partir dos educandos, considerando suas experiências e saberes prévios, independentemente se a aquisição destes regrou-se por meio de processos educativos formais ou por meio de vivências cotidianas (FEUERWERKER, 2014).

Assim, o processo de aprendizagem será impulsionado pela superação dos desafios, com a construção de novos conhecimentos e com a resolução de problemas (FREIRE, 2016).

A UNESCO elaborou o relatório coordenado por Edgar Faure - Ministro da Educação e 1º Ministro francês, no ano de 1972. Intitulado “Aprender a Ser”, esse relatório foi um marco na história educacional (FAURE 1973, WERTHEIN; CUNHA, 2005).

Segundo os autores supracitados, sua construção teve como premissas: a) a existência

de uma comunidade internacional, guiada por uma multiplicidade de nações, culturas, políticas e diferentes níveis de desenvolvimento e que considerasse a solidariedade e a unidade de desejos; b) a crença de uma democracia elaborada com o direito de realização plena do indivíduo, e que o mesmo participasse da construção do seu próprio futuro; c) o crescimento objetivando o desenvolvimento integral do ser humano, em toda a riqueza e multiplicidade de expressões e responsabilidades, e; d) Uma educação formadora, capaz de integrar o ser, e de desenvolver no indivíduo conhecimentos não mais definitivos e exatos, mas, prepará-los para tecer ao longo de sua vida, um saber em permanente evolução e de aprender a ser (FAURE, 1973; WERTHEIN; CUNHA, 2005).

Outro fator marcante ocorreu em 1993, quando a UNESCO instituiu a Comissão Internacional sobre a Educação para o Século XXI, com o objetivo de avaliar as tendências educacionais frente ao novo e rápido processo de globalização. Coordenada por Jacques Delors (ex-ministro da economia da França e presidente da Comissão Europeia). Essa comissão realizou um intenso trabalho entre março de 1993 a janeiro de 1996. Sua composição contava com vários especialistas de renome, provenientes de diferentes regiões do mundo, atuantes em variados campos culturais e profissionais (DELORS, 1999), o que demonstrou o papel da interprofissionalidade.

De acordo com esse relatório, que teve como título: Educação um tesouro a descobrir, a educação ao longo da vida tem como base 4 pilares: 1. Aprender a conhecer combinando uma cultura geral, ampla, ao estudo em profundidade e que leve ao aprender a aprender, para beneficiar-se das oportunidades oferecidas pela educação ao longo de toda a vida; 2. Aprender a fazer, a fim de adquirir não só uma qualificação profissional, mas, de uma maneira ampliada, a competência que torna a pessoa apta a colocar em prática os conhecimentos adquiridos, a enfrentar diferentes situações e a trabalhar em equipe; 3. Aprender a conviver, para auxiliar o indivíduo a desenvolver empatia, compartilhar conhecimento, e construir projetos e objetivos comuns, no sentido de diminuir a hostilidade dentro dos espaços de convivência e promover a cooperação, e; 4. Aprender a ser, de forma que a educação deve ser capaz de contribuir para o desenvolvimento integral da pessoa, preparando-a para o desenvolvimento de autonomia, criticidade e formulação de seu próprio juízo de valor, agindo com responsabilidade social e para que possa decidir nas diferentes situações vivenciadas ao longo de sua vida (DELORS, 1999).

Na presente pesquisa, adota-se que a educação permanente tem como pressuposto a aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e que as transformações das práticas profissionais precisam ter como base a reflexão crítica sobre as práticas reais de

profissionais reais, e em contextos reais da rede de serviços do SUS (BRASIL, 2003). Propõe-se, ainda, que os processos de qualificação das equipes gestoras sejam elaborados a partir da problematização de seu processo de trabalho, e que vislumbrem a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. “Destá forma a atualização técnico-científica será apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central” (BRASIL, 2003, p.5).

Soma-se, ainda, que a EPS deva ser visualizada sob uma ótica dual e transformadora, em que ao mesmo tempo que o trabalhador produz suas ações, ele transforma a realidade e se repositona enquanto sujeito. Ceccim e Ferla (2009) corroboram e acrescentam ao descreverem a EPS como uma possibilidade político pedagógica, e que necessita ser compreendida simultaneamente como uma “prática de ensino aprendizagem” e como uma “política de educação na saúde”.

Como “prática de ensino aprendizagem” expressa a elaboração de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, partindo da experiência dos sujeitos envolvidos, onde os problemas e as vivências desses atores transformam-se em alicerces para construção de questionamentos e ressignificações de seus conceitos (CECCIM; FERLA, 2009).

Como metodologia a EPS além de mostrar-se propícia para ressignificar o conhecimento das equipes e transformar seus profissionais em atores ativos durante o processo de trabalho (FRANCO, 2007), contribui para que cada coletivo possa ser capaz de reinventar-se e auto produzir por meio de um processo de reformulação das instituições de saúde e de seu mundo de trabalho em especial (FEUERWERKER, 2014)

Como “política de educação na saúde”, a EPS abrange a cooperação do ensino à consolidação do SUS (CECCIM; FERLA, 2009). Com a criação do sistema público de saúde em 1988 e com os novos desafios assumidos, conforme já apontado anteriormente, a formação dos trabalhadores da saúde passaria a ter maior relevância (BRASIL, 1988). Assim, a formação profissional, mostra-se como fator essencial para o processo de consolidação da reforma sanitária brasileira (LIMA; BRAGA, 2006) assegurada na constituição cidadã.

Entretanto, foi somente no ano de 2003 que o MS, por meio da SEGETS, criou um arcabouço legal ao elaborar um documento contendo orientações e diretrizes para garantir a EPS aos profissionais atuantes no sistema público de saúde. Esse documento foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite, ainda naquele mesmo ano (BRASIL, 2003).

A PNEPS intencionou integrar necessidades e potencialidades para a qualificação profissional, ampliação da capacidade resolutiva dos serviços, e para o fortalecimento da gestão

dos serviços de saúde (BRASIL, 2003). Nesse sentido o MS trouxe proposições por meio de iniciativas potenciais e inovadoras, ao pensar a integração em cinco campos: ressignificação de toda a rede de gestão e de serviços como lócus escolares; transformação de práticas formativas e de saúde promovendo a integralidade da atenção ofertada à população; avaliação como estratégia de elaboração de um compromisso institucional solidário e pilar para ressignificação dos processos de trabalho; implementação da educação permanente de profissionais atuantes no SUS, e; elaboração de políticas de formação e qualificação de acordo com as necessidades loco regionais (BRASIL, 2003).

Então, em fevereiro de 2004, o MS lançou a PNEPS por meio da Portaria nº 198, a qual foi um marco legal e definiu que o direcionamento locorregional dessa política, seria implementada por intermédio de um Colegiado de Gestão, caracterizado como Polo de EPS para o SUS, o qual tinha como atribuições:

- Identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto;
- Mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde (rede única de atenção intercomplementar e de acesso ao conjunto das necessidades de saúde individuais e coletivas);
- Propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva;
- Articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola;
- Formular políticas de formação e desenvolvimento dos próprios formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do

SUS em cada base local/regional;

- Estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde;
- Firmar relações cooperativas com as outras articulações localregionais nos estados e no País (BRASIL, 2004a).

No ano de 2007, instaurou-se a Portaria nº 1.996/GM/MS, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da PNPE. De acordo com essa portaria, para que a EPS ocorra de fato deve ser considerada a problematização do processo de trabalho a partir das necessidades de formação e qualificação dos trabalhadores e pautar-se nas necessidades de saúde das pessoas e do coletivo (BRASIL, 2007b). Portanto, é essencial uma ruptura com a lógica de mercado, de aquisição e pagamentos de produtos ofertados pela lógica desses serviços. Uma EPS real ocorrerá quando o processo educativo for pautado em melhorias institucionais ancoradas em investigações e análises profundas do processo de trabalho (BRASIL, 2007b).

Essa portaria permite um grande avanço ao destacar a condução regional da política e a participação interinstitucional, por meio das Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES), além de definir o seu papel institucional, e delimitar orçamento para projetos e ações, instituindo critérios para alocação de recursos (BRASIL, 2018a).

Em fevereiro de 2014, foi instituída a Portaria nº 278 que determina diretrizes para a implementação da PNEPS, no âmbito do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014). Esta portaria também considera que o aprender e o ensinar se interrelacionam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, pautando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de ressignificar as práticas dos trabalhadores da saúde.

Considerando a necessidade de retomar o financiamento e o processo de planejamento das ações de EPS no nível estadual e local, a Gestão Federal, lançou o PRO EPS-SUS, por meio da Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017. Sua criação resultou de um longo processo de elaboração em equipe, e contou com a participação ativa do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Saúde (CNS), além de outras instâncias e de diversos especialistas, profissionais e trabalhadores do SUS (BRASIL, 2018b).

O PRO EPS-SUS, tinha por finalidade a provisão aos municípios de apoio técnico institucional e financeiro. Aos estados e Distrito Federal (DF) a provisão era de incentivo de custeio para a elaboração de Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde, e aos municípios e DF o incentivo era direcionado para a execução de ações de EPS pelas equipes de Atenção

Básica à Saúde. Desta forma, esse programa visava impulsionar, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação de suas práticas, em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, considerando o contexto local e a análise coletiva dos processos de trabalho (BRASIL, 2018a, b). Valorizava, também o saber prévio dos sujeitos, articulados às intempéries vivenciadas em seus ambientes de trabalho e levando-os à aprendizagem significativa.

Franco (2007) complementa que o *não-reconhecimento de um saber gerado a partir “da ponta” leva à formação de sujeitos heterônomos (grupos sujeitados em lugar de grupos sujeitos)*. Dessa forma os profissionais ficam reduzidos e submetidos a uma *“pedagogia da dependência”* (FRANCO, 2007, p. 429). A EPS mostra-se, ainda, como um potente mecanismo para ressignificar o contexto da gestão no SUS e contribuir para o desenvolvimento de autonomia aos gestores e suas equipes. Uma vez que a mesma é um instrumento e um meio de ação que possibilita refletir no presente, ambicionando transformações para o futuro (GADOTTI, 1992).

Para que a EPS se efetive, torna-se necessário incorporar nos processos de qualificação de gestores e trabalhadores de suas equipes, suas necessidades e dúvidas concretas relacionadas ao processo de gestão, permitindo ao processo de ensino aprendizagem reflexões e ressignificações de suas práticas de trabalho. Também é de extrema relevância a aproximação do mundo do ensino com atividades extramuros, ao mundo do trabalho. Nesse sentido essa necessidade tem sido evidenciada há décadas:

(...) Em coerência com isso a educação do pessoal de saúde já não se visualiza como uma atividade privada das aulas e dos claustros das instituições docentes, que é pré-decida, que obedece a padrões e esquemas de conduta individualistas e que têm suas ações em torno de um eixo (ou vários eixos) que responde a demandas acadêmicas e tradicionais “de excelência” mais que às necessidades de buscar alternativas e soluções aos problemas reais e concretos que se dão no trabalho habitual (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1990, p. 136).

Essas modificações do processo educativo permitem transformar a prática social e a ressignificar a realidade vivida por meio de um processo dinâmico da elaboração do saber, ao desenvolver no sujeito uma consciência crítica-reflexiva, aliada a relações humanas e ao compromisso pessoal e profissional (PASCHOAL; MANTOVANI; LACERDA, 2006).

Nessa perspectiva para que a EPS aconteça de fato, deve considerar relações horizontais entre as instituições formadoras e os profissionais atuantes tanto na gestão como na assistência à saúde. Considera-se ainda, que estudantes e profissionais de saúde, sejam eles técnicos ou gestores, devem se questionar sobre seu posicionamento no mundo, e se portarem como sujeito:

[...] “programado para aprender”, inacabado, mas consciente de seu inacabamento, por isso mesmo em permanente busca, indagador, curioso em torno de si e de si no e com o mundo e com os outros; porque histórico, preocupado sempre com o amanhã, não se achasse como condição necessária para estar sendo, inserido, ingênua ou criticamente, num incessante processo de formação. (FREIRE, 1993, p.12).

No atual contexto de crise política, sanitária e financeira vivenciado, e considerando a potência da EPS para transformação dessa realidade, faz-se necessário que os processos educativos sejam de qualidade, que promovam a compreensão do contexto histórico-social e que acreditem na educação dialógica e no ser humano.

2.5 A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE ENQUANTO ARTICULAÇÕES POTENTES

Conhecida por seu trabalho coletivo, cooperativo, pactuado e que integra docentes, estudantes e profissionais dos serviços, a integração ensino serviço tem por objetivo qualificar a atenção à saúde individual e coletiva, além de contribuir para a formação dos profissionais da academia e para o desenvolvimento dos trabalhadores dos serviços (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008; ZAPERLON; BATISTA, 2022).

Para tanto, a academia precisa de cenários que ofereçam aos seus discentes, condições necessárias para associação da prática à realidade social, potencializando o processo de assimilação e consolidação dos conteúdos adquiridos em sala de aula (BALDOÍNO; VERAS, 2016).

Acredita-se que a integração entre a academia e os serviços de saúde, principalmente no campo da gestão, seja uma importante ferramenta capaz de implementar novos saberes e novos modos de se fazer a gestão do SUS, atividades essas vistas como ações complexas. Esse campo também é promissor para o desenvolvimento de ações de EPS, sendo capaz de auxiliar no fortalecimento da gestão do SUS.

Entretanto, embora o processo de integração traga inúmeros benefícios, tanto às universidades quanto aos serviços de saúde (ao solidificar a cooperação mútua e agregar valores), ainda é premente a necessidade de ultrapassar inúmeras barreiras existentes neste processo.

Conforme apontado na literatura, ainda é comum nas atividades formativas da área da saúde, a persistência e a centralização do processo de formação no modelo biomédico, especializado, com práticas hegemônicas de ensino pedagógico, currículos pautados em

disciplinas, organizados de forma compartimentada e isolada. Esse modelo tende a formar indivíduos especialistas e os estimularem para uma vivência de práticas distantes dos contextos reais e cotidianos (CECCIN; FEUERWERKER, 2004; MENDES *et al.*, 2020). É preciso transformar o modelo tradicional de formação, baseado no modelo hospitalocêntrico e de transmissão bancária de conhecimentos.

A insistência no modelo tradicional de formação, não estimula o educando a posicionar-se como protagonista em um mundo dinâmico e que conclama por constantes ressignificações, principalmente na área da gestão do SUS.

A implementação de uma prática adequada e que responda às necessidades do Sistema Único de Saúde deve estar profundamente imbricada aos objetivos maiores de transformação curricular e do próprio sistema público de saúde, possibilitando progresso e revolucionando a sociedade (CHAVES; GROSSEMAM, 2007).

É notório a necessidade de institucionalizar a integração ensino serviço, bem como dar destaque a iniciativas que oportunizam e flexibilizam ações multiprofissionais, de maneira que todos os atores participantes - facilitadores, discentes, trabalhadores de saúde e gestores - estejam envolvidos e sejam aproximados (MENDES *et al.*, 2020), e que considere os pressupostos da EPS. Esta aproximação, permitirá aos indivíduos implicados no processo de integração, a ampliação de seu campo de visão, estimulará a fundamentação das bases de uma concepção educacional crítico-reflexiva, e de uma formação consciente de suas potencialidades históricas e comprometidas com o SUS (VENDRUSCOLO *et al.*, 2016; MENDES *et al.*, 2020).

Entretanto, apesar de o processo de educação contextualizado ser apontado como algo estratégico para qualificar a formação profissional e concomitantemente o sistema de saúde, nota-se ainda, fragilidades na articulação entre o mundo do ensino e o mundo do trabalho (ELLERY; BOSI; LOIOLA, 2013). Percebe-se que muitos docentes possuem resistência para aproximarem-se até mesmo uns dos outros, em seus próprios locais de atuação, bem como hesitam em desenvolver ações integradas extramuros, junto aos serviços de saúde. Além disso, a estrutura curricular fragmentada em disciplinas engendra os educadores a trabalharem de maneira compartimentalizada e a não considerarem a formação integral do sujeito para executar ações interprofissionais (MENDES *et al.*, 2020).

Outros desafios apontados e que dificultam o processo de integração, conforme descrito por Khalaf *et al.* (2019), são a ausência de diálogo entre a academia e os serviços de saúde, ações de integração ensino-serviço majoritariamente voltadas a atividades técnicas assistenciais, ocorrência do planejamento de ações de integração realizadas unilateralmente (em âmbito da universidade) e a alta demanda de trabalho dos profissionais dos serviços de saúde.

Acredita-se que para uma integração real e produtiva sejam necessários o compartilhamento e a compreensão dos objetivos de cada instituição/sujeito, com respeito aos seus saberes, suas limitações e com relações baseadas em processos dialógicos, e considere ainda, a necessidade do coletivo. Pois, somente quando uma prática transformadora direcionar a formação dos futuros profissionais, em prol de um ensino mais qualificado, amplo, humano, com dialogicidade real e interação entre universidade e sistema de saúde, será possível uma nova contextualização e um novo processo histórico, com desenvolvimento para ambos e uma aproximação das ilhas do conhecimento (KHALAF *et al.*, 2019; KLOH *et al.*, 2017; ALBUQUERQUE *et al.*, 2008; CHAVES; GROSSEMAM, 2007).

Ao aproximar o campo do saber ao cenário de prática possibilitará relações pautadas em alteridade. Aproximações que pretendam ser férteis, criativas, precisam estar embasadas neste princípio, cujo conceito implica a possibilidade de ser empático, de dialogar, entretanto, sem anular a criatividade do outro (FREIRE, 2001).

Ceccim e Feuerwerker (2004), corroboram que proposições de ações estratégicas capazes de transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, devem imbricar as práticas de saúde e as práticas pedagógicas, por meio de um trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas distintas esferas de gestão) e as instituições formadoras.

É preciso avançar, vencer as amarras de um mundo hegemônico. Destarte, faz-se necessário ampliar a dialogicidade entre o mundo do ensino e o mundo do trabalho, em que o diálogo aconteça para além da integração entre a formação científica e profissional, mas que também contribua com a gestão e consolidação do SUS.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as repercussões de um processo de integração ensino serviço por meio da EPS para o fortalecimento da gestão do SUS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o processo de integração ensino serviço como proposta de educação permanente para o fortalecimento da gestão do SUS;
- Descrever o processo de EPS com equipes gestoras na perspectiva da interdisciplinaridade como estratégia para ampliar seu olhar para a reorganização da gestão e da implementação do SUS;
- Analisar a percepção dos profissionais sobre o processo de Educação Permanente em Saúde;
- Analisar mudanças no processo de trabalho de equipes gestoras decorrentes das oficinas de EPS.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo integra um projeto de pesquisa maior, denominado “Estratégias de cooperação para a regionalização em saúde: os casos do Paraná (Brasil)”, no qual a autora atua como pesquisadora.

Trata-se de uma pesquisa-ação de abordagem qualitativa e caráter compreensivo. A linha qualitativa direciona e desafia o pesquisador a se compreender como um ser no mundo, em que as coisas, as vivências e as experiências também são significativas, entretanto, inconclusas em seu conhecimento. É nesse universo que ela adentra no movimento circular do outro, como ser histórico, marcado por seu constante velamento e desvelamento (MINAYO, 2010).

A pesquisa qualitativa permite a compreensão do significado e da intencionalidade como inerentes às ações, às relações e às estruturas sociais, o que a torna a mais propícia para o conhecimento e avaliação de problemas e políticas de saúde. Fato este, que motivou a pesquisadora na escolha desta modalidade para compreender o tema em questão (MINAYO, 2013).

Quanto à pesquisa ação, a mesma tem cunho social e necessita ser idealizada e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, em que os pesquisadores e os participantes representativos da situação da realidade a ser investigada estão envolvidos de modo cooperativo e participativo (THIOLLENT, 2011).

Ainda, segundo Thiollent (2011) essa é uma ferramenta metodológica da pesquisa social cujas características são:

- Interação entre pesquisadores e os sujeitos na situação investigada;
- Priorização dos problemas a serem estudados e soluções a serem encaminhadas concretizando a ação;
- Ensino ou ao menos demonstração dos problemas da situação observada;
- Acompanhamento das decisões, ações, e toda a atividade intencional dos protagonistas da situação.

Esse tipo de pesquisa extrapola a forma de ação, uma vez que permite ampliar o conhecimento, tanto dos pesquisadores, como dos indivíduos e grupos participantes (THIOLLENT, 2011).

Em outras palavras, a pesquisa ação permite estudar efetivamente os problemas, tomadas de decisões, negociações e as regras do jogo durante o processo de ressignificação da realidade. Além disso, permite a qualificação dos achados, de forma diferente da metodologia convencional, pois além de valorizar os sujeitos do estudo, contribui com o processo de aprendizagem do pesquisador e dos participantes.

Ao trazer luz às estratégias de pesquisa, esse tipo de metodologia permite agregar múltiplos métodos ou técnicas de pesquisa social, formando uma estrutura coletiva, colaborativa e ativa ao nível de coleta de informações (THIOLLENT, 2011).

Ainda de acordo com o autor supracitado, o desenvolvimento da pesquisa ação deve priorizar métodos ou técnicas grupais para trabalhar com a coletividade e sua interação enquanto processo investigativo, selecionar técnicas de registro, de análise e de exposição de resultados. Pode-se lançar mão da utilização de questionários e entrevistas para complementar as informações que o pesquisador julgue necessário (THIOLLENT, 2011).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em duas Regionais de Saúde (RS), situadas na macrorregião norte do Estado do Paraná. Essa macrorregião é composta por cinco regionais de saúde com uma população de aproximadamente dois milhões de habitantes (IBGE,2021). Destas, as regionais selecionadas foram a 16ªRS e a 17ª RS.

A 16ª RS conta com uma população de 390.543 habitantes, distribuídos entre 17 municípios, conforme demonstra o Quadro 3 (IBGE, 2021).

Quadro 3: População residente na 16ª Regional de Saúde, Paraná, Brasil, 2021.

Município	População
Apucarana	137.438
Arapongas	126.545
Bom Sucesso	7.103
Borrazópolis	6.290
Califórnia	8.641
Cambira	7.967
Faxinal	17.379
Grandes Rios	5.379

Jandaia do Sul	21.281
Kaloré	3.996
Marilândia do Sul	8.793
Marumbi	4.676
Mauá da Serra	10.994
Novo Itacolomi	2.836
Rio Bom	3.162
Sabáudia	6.954
São Pedro do Ivaí	11.109
Total de Habitantes	390.543

Fonte: Elaboração própria a partir de IBGE (2021).

Quanto à 17ª RS, esta conta com uma população de 980.098 habitantes, distribuídos entre 21 municípios, conforme demonstra o Quadro 4 (IBGE, 2021).

Quadro 4: População Residente na 17ª Regional de Saúde, Paraná, Brasil, 2021.

Município	População
Alvorada do Sul	11.598
Assaí	14.792
Bela Vista do Paraíso	15.400
Cafeara	2.973
Cambé	108.126
Centenário do Sul	10.704
Florestópolis	10.360
Guaraci	5.557
Ibiporã	55.688
Jaguapitã	13.861
Jataizinho	12.687
Londrina	580.870
Lupionópolis	4.969
Miraselva	1.786

Pitangueiras	3.298
Porecatu	12.587
Prado Ferreira	3.806
Primeiro de Maio	11.138
Rolândia	68.165
Sertanópolis	16.456
Tamarana	15.277
Total de habitantes	980.098

Fonte: Elaboração própria a partir de IBGE (2021).

Conforme a classificação descrita na Política Nacional de Assistência Social (PNAS), a maioria dos municípios que compõem essas duas regiões estudadas são classificados como Municípios de Pequeno Porte (MPP) (BRASIL, 2004d). A Tabela 1 descreve a tipologia de classificação dos municípios dessas regiões.

Tabela 1: Classificação de municípios da 16ª e 17ª RS, Paraná, Brasil, por número de habitantes

CLASSIFICAÇÃO	N	%
Pequenos I (até 20 mil hab.)	32	84,21
Pequenos II (de mais de 20 mil até 50 mil hab.)	1	2,63
Médios (mais de 50 mil até 100 mil hab.)	2	5,26
Grandes (mais de 100 mil)	3	7,90
TOTAL	38	100,00

Fonte: Elaboração própria a partir de IBGE (2021) e Brasil (2004d).

4.3 COLETA DE DADOS

No presente estudo foram utilizadas duas estratégias complementares para obtenção dos dados empíricos. No primeiro momento foi realizada observação participante durante a ação desenvolvida. No segundo, foram realizadas entrevistas com um roteiro semiestruturado com participantes que tiveram papel de destaque durante os encontros.

4.3.1 Primeiro Momento: Observação Participante

O primeiro momento foi marcado pela implementação do Programa de Qualificação e Apoio às equipes municipais de planejamento e gestão (PROGESTÃO), promovido por meio de uma integração ensino serviço. Para tanto, firmou-se uma parceria entre o grupo de pesquisa GestSUS, do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina e representantes das Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná, das Secretarias Municipais de Saúde e dos Consórcios Intermunicipais de saúde das regiões estudadas.

Com o objetivo de delinear o projeto de acordo com as necessidades dos atores da 17ªRS, foi realizada oficina de trabalho em setembro de 2018, na qual representantes do GestSUS e da equipe gestora desta RS foram convidados a discutir a problemática relacionada aos processos de planejamento e gestão, respondendo a duas perguntas disparadoras, com respectivos apontamentos apresentados a seguir:

- 1.1 Quais as dificuldades que enfrentamos na execução dos processos de planejamento e gestão nos municípios?
- 1.2 Quais os caminhos podemos trilhar para fortalecer os processos de planejamento e gestão nos municípios?

A partir da problematização realizada, o programa teve como objetivos:

- Fortalecer o conceito de região de saúde e as práticas de planejamento e gestão municipais;
- Construir um processo permanente de capacitação, apoio e compartilhamento de saberes no âmbito regional;
- Instrumentalizar os gestores na tomada de decisão, apoiando e compartilhando a construção de conhecimento em um ambiente solidário;
- Ampliar o apoio das RS aos municípios;
- Fomentar os núcleos municipais de apoio aos processos de planejamento e gestão;
- Criar estratégias práticas que facilitem a construção dos instrumentos de gestão.

Essa integração se deu primeiramente por iniciativa dos representantes da 17ª RS, e logo em seguida, no mês de março de 2019, a proposta de realização do programa PROGESTÃO

também foi discutida e aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite da 16ª RS, sendo sua execução também expandida para esta região de saúde.

Feito isso, foi constituído um grupo de facilitadores, composto por representantes da universidade (docentes e discentes do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva) e das Regionais de Saúde (tanto da 16ª e da 17ª). Esse grupo foi responsável pela elaboração das oficinas e do material pedagógico a ser utilizado nas mesmas (Anexo A). Elas foram elaboradas inicialmente com temas pré determinados. Caso os participantes envolvidos nas oficinas apresentassem novas necessidades, esses temas poderiam ser reajustados. Importante destacar ainda, que a escolha dos temas a serem trabalhados durante as oficinas ocorreram após discussão em reuniões das Comissões Intergestores Bipartite das regiões estudadas, onde foram levantados os temas de maior problemática para a gestão municipal.

O programa de qualificação, em cada região de saúde, contou com uma carga horária total de 50 horas, sendo 32 horas divididas entre as oficinas temáticas e 18 horas de atividades de dispersão.

A pesquisadora do presente estudo foi uma das integrantes do grupo de facilitadores, e realizou observação participante nas oficinas ocorridas na 16ª Regional de Saúde, que contou com uma média de 33 pessoas. A escolha desta RS aconteceu devido as facilidades encontradas pela pesquisadora por também atuar como servidora na mesma. A observação focou em aspectos como: participação dos sujeitos durante os encontros, apresentação das atividades de dispersão e sua articulação teoria prática, troca de experiência e de conhecimento entre os sujeitos de diferentes municípios, entre outros.

4.3.2 Segundo Momento: As Entrevistas

O segundo método de coleta de dados deu-se por meio da realização de entrevistas com participantes do processo. Foram entrevistados 15 participantes (gestores, técnicos das equipes gestoras e contadores), sendo oito da 16ªRS e sete da 17ªRS. A escolha dos entrevistados foi intencional e teve como critério de inclusão: ser gestor ou profissional membro das equipes gestoras municipais com participação ativa e de destaque durante o processo de EPS. Foram excluídos das entrevistas os sujeitos que representavam as regionais de saúde, os consórcios intermunicipais de saúde e os apoiadores do COSEMS-PR, pois a percepção desses profissionais não era o foco do presente estudo.

Para o direcionamento das entrevistas, foi utilizado um roteiro semiestruturado (Apêndice A), comum a todos os entrevistados, com questões norteadoras que versavam sobre

a percepção dos participantes, sobre o processo de qualificação, sobre a EPS e sobre quais mudanças no trabalho foram implementadas pelos participantes após participarem das oficinas do programa.

Devido a pandemia ocasionada pelo novo Coronavírus, as entrevistas foram realizadas remotamente e gravadas por meio de um serviço de comunicação audiovisual, e tiveram duração média de 28 minutos.

Para participar das entrevistas, os sujeitos selecionados foram convidados via telefone, informados sobre esta etapa da pesquisa e sobre a importância de sua participação. Posteriormente ao aceite, foi encaminhado a eles e-mail e/ou mensagem em um aplicativo para formalização do convite, o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B), bem como o link contendo o endereço da sala de reunião com data e horário para a entrevista virtual. As entrevistas ocorreram entre os meses de julho a dezembro de 2020.

Importante ressaltar que não houve recusa dentre os elegíveis para participar dessa etapa e que sua quantidade foi avaliada como suficiente para a realização das análises a partir do critério de saturação, uma vez que, notou-se a repetição do conteúdo nas falas dos participantes.

4.4 ANÁLISE HERMENÊUTICA

O referencial metodológico utilizado como forma de extração e organização dos dados, foi a análise hermenêutica, proposta por Paul Ricoeur. De origem protestante e nascido em 27 de fevereiro de 1913, em Valence, Ricoeur ficou órfão muito cedo. Por ser uma pessoa solitária, tornou-se um assíduo leitor, sendo que substituía a falta dos pais pela leitura (PAULA; SPERBER, 2011).

Após formar-se em filosofia, ele foi preso pelos nazistas, e em seu tempo de cativeiro estudou e traduziu o filósofo alemão Edmund Husserl. Considerando suas convicções pessoais, Ricoeur desenvolveu afinidade com o existencialismo.

Acreditava no engajamento integral do ser como ato e de um ser-com. Desta maneira ficou conhecido como um grande “leitor do outro” e suas obras, ainda hoje, propiciam aos “outros” que dialoguem entre si (PAULA; SPERBER, 2011). Reconhecido como fenomenólogo e hermeneuta, ao estruturar sua própria teoria, não buscou anular nem a psicanálise nem o estruturalismo, mas fazer juízo da relação dessas ciências com a filosofia.

Destacam-se como características importantes da hermenêutica ricoeuriana, a interpretação e a superação de sua psicologização, sem contudo, desconsiderar as implicações do sujeito intérprete no processo. Desta maneira, a implicação do sujeito acontece em sua

totalidade, em seu modo de ser, considerando seu mundo, seu contexto, seu horizonte de sentido, sua situação no mundo, a partir do qual o mesmo age e compreende (PAULA; SPERBER, 2011). Desta maneira, implica diretamente na forma como ele realiza o movimento para se reconhecer a partir das experiências no mundo o qual vive.

Procura ainda, uma reflexão e uma compreensão sobre aquilo que o indivíduo lê e vivencia, criando uma cultura imersa em diferentes tradições e experiências. Sendo assim, sua interpretação do contexto, relaciona-se diretamente com a visão de mundo que o mesmo tem, considerando suas experiências anteriores, contextualização e historicidade (CARVALHO, 2012; SIDI; CONTE, 2017).

Para além da interpretação, ela, a hermenêutica, relaciona-se intrinsecamente com a compreensão dos fenômenos, das atitudes e dos comportamentos humanos, dos textos e das palavras (SIDI; CONTE, 2017), examinando e explicitando o sentido do discurso (TERRA, 2009).

Ricouer considera ainda a interpretação como algo reflexivo, em relação a cultura - interpreta-se para manter viva a própria tradição habitada. Acredita ainda, que há diferentes formas de se ler um texto literário, entretanto uma leitura não necessariamente deve excluir a outra (PAULA; SPERBER, 2011).

Contudo, conforme apontam Ricouer (2011), Carvalho (2012) e Silva (2022), é de responsabilidade do pesquisador primar por passos e rigor metodológico para que a interpretação e interação com o texto permita apresentar análises que contemplem avaliações diferenciadas do fenômeno e que os resultados sejam avaliados em suas próprias pretensões de validade.

Importante destacar ainda, que na análise hermenêutica, a interpretação permanecerá sempre aberta (Alcântara; Paiva; Brito, 2018) e que a mesma pode ser revista e reelaborada, pois a cada momento, o intérprete fala de um lugar e de um cenário diferente. Isso lhe permite a percepção de algo novo a todo instante na linguagem compreendida (DUARTE; FARIAS; OLIVEIRA, 2017).

Para auxiliar na construção da hermenêutica do discurso, Ricouer (1973) ainda evidencia quatro traços: 1. O discurso é sempre temporal e realizado em um cenário; 2. O discurso relaciona-se sempre ao seu falante e considera um conjunto complexo de indicadores; 3. Relaciona-se sempre ao “mundo” o qual deseja descrever, expressar ou representar. É no discurso que a função simbólica da linguagem é remodelada, e; 4. No discurso há um intercâmbio das mensagens, considerando-se não apenas o emissor, mas também o interlocutor, a quem ele é direcionado.

Minayo (2008) aponta que: a) O investigador deve buscar ao máximo, com dados históricos e também pela “empatia” o seu texto; b) O pesquisador que investiga documentos passados ou atuais (biografias, material de entrevistas, textos oficiais, entre outros), para entendê-los, precisa assumir uma postura respeitosa pelo que falam; c) O investigador deve ter clareza sobre a não existência de uma verdade essencialista, mas o seu sentido que quis expressar quem os emitiu; d) A interpretação deve extrapolar quem escreveu o texto, pois o autor que o elaborou, não tinha ciência de tudo o que permite ser lido nele, sobre seu tempo.

Ricouer (1973), corrobora que a interpretação de um texto é uma atividade complexa, onde não se avalia apenas as frases, mas sim o texto em sua totalidade, pois é na interpretação dos detalhes que interpreta-se o todo.

Acrescenta-se ainda que a proposta hermenêutica ricoeuriana é de que a análise e a interpretação do discurso podem ser descritas em fases: leitura inicial do texto, leitura crítica e apropriação (TERRA, 2009).

Inicialmente, a leitura do texto tem como objetivo compreendê-lo de uma maneira superficial, por meio dos significados. Posteriormente, torna-se necessário sua releitura repetidamente, sem julgamentos, de modo que permita ao pesquisador a aquisição e organização dos conhecimentos. A leitura crítica acontece durante a realização da releitura aprofundada, culminando com a interpretação e compreensão dos prováveis significados, imbuídos no texto. A apropriação alcança seu auge com o domínio e a assimilação, sendo assim a mensagem desvelada.

Ainda de acordo com Minayo (2013), e como já mencionado anteriormente, a experiência, a vivência, o senso comum, a ação social, a intencionalidade e o significado formam um universo propício para compreensão. Para tanto, seguindo a orientação Ricouerina e pautada também em Minayo (2010; 2013), primeiramente realizou-se a conferência da fidelidade e leitura flutuante das transcrições dos registros, em seguida realizou-se leituras aprofundadas de cada registro, individualmente, produzindo uma síntese para cada um deles. A seguir, realizou-se a análise transversal dessas sínteses e construíram-se categorias, com as quais formularam-se os manuscritos, como resultado dessa pesquisa.

Ricouer (1973), defende ainda, que a metodologia hermenêutica pode ser utilizada em pesquisas das ciências sociais e destaca que a fração mais importante de sua concepção é a dialética da “Erklärung” (explicação) e “Verständis” (compreensão) e entende que esta acontece por meio de um movimento circular hermenêutico, considerando que todo fenômeno humano é concomitantemente compreensão e explicação.

A entrada no círculo crítico hermenêutico no presente estudo pautou-se na análise dos elementos textuais oriundos das entrevistas semiestruturadas, acrescida do raciocínio ofertado pelo círculo crítico hermenêutico proposto por Alcântara, Paiva e Brito (2018), visando a interpretação textual em meio a um contexto organizacional e sócio-histórico, da interpretação e reinterpretação. Ainda conforme orienta Borsato (2020) esse processo necessita ser direcionado pela ação concreta da prática e pelos praticantes. Também se faz necessário, realizar outro movimento crítico dialético em sentido oposto, advindo do pesquisador e que surge a partir do confronto entre convicções, autorreflexões e questionamentos (BORSATO, 2020).

Desta forma, considerou-se assim, a vivência e os deslocamentos oportunizados à pesquisadora durante sua participação nas oficinas.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa respeitou as normas relativas a pesquisas que envolvem seres humanos, conforme Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012) do Conselho Nacional de Saúde. A mesma foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (CEP-UEL), conforme o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 04165518.2.0000.5231 (Anexo B), sendo inicialmente aprovada por meio do parecer 3.120.681.

Devido ao contexto vivenciado mundialmente da pandemia ocasionada pelo SARS-COV-2, solicitou-se uma emenda ao projeto, pedindo a autorização para realização das entrevistas de maneira remota. O mesmo foi novamente encaminhado ao CEP-UEL, e aprovado por meio do parecer 4.074.080 (Anexo C).

Os entrevistados foram informados sobre os objetivos da pesquisa, os riscos, os benefícios, seus direitos sobre a possibilidade de interrupção de sua participação na pesquisa a qualquer momento, além da garantia do anonimato em relação às informações coletadas. A concordância dos participantes foi manifesta por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B), conforme já citado anteriormente, tanto para a observação das oficinas, como para realização das entrevistas semiestruturadas.

5 RESULTADOS

Os resultados desta tese são apresentados em formato escandinavo, divididos em dois manuscritos e estão relacionados abaixo:

O primeiro manuscrito, com o título “**A interdisciplinaridade na construção da Educação Permanente em Saúde com equipes gestoras**”, contempla os dois primeiros objetivos específicos, ou seja, descreve o processo de integração ensino serviço como proposta de educação permanente para o fortalecimento da gestão do SUS, bem como descreve o processo de EPS com equipes gestoras na perspectiva da interdisciplinaridade como estratégia para ampliar seu olhar para a reorganização da gestão e da implementação do SUS. O mesmo foi aceito para publicação na Revista Saúde em Debate e sua apresentação segue formatada conforme preconizado nas normas da referida revista.

O segundo manuscrito, intitulado “**Repercussões de um processo de Educação Permanente em Saúde para a formação e atuação de equipes gestoras municipais do Sistema Único de Saúde**”, o qual se pretende encaminhá-lo à Revista Trabalho Educação e Saúde, contempla o terceiro e o quarto objetivos específicos, ou seja, analisa a percepção dos profissionais sobre o processo de Educação Permanente em Saúde, bem como as mudanças no processo de trabalho de equipes gestoras decorrentes das oficinas de EPS.

Sua formatação segue conforme as normas da revista supracitada.

5.1 ARTIGO 1: A INTERDISCIPLINARIDADE NA CONSTRUÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COM EQUIPES GESTORAS

RELATO DE EXPERIÊNCIA | STUDY CASE

A interdisciplinaridade na construção da Educação Permanente em Saúde com equipes gestoras

Interdisciplinarity in the construction of Permanent Education in Health with Management teams

Edinalva de Moura Ferraz¹, Fernanda de Freitas Mendonça¹, Brígida Gimenez Carvalho¹, Stela Maris Lopes Santini², Elisabete de Fátima Polo de Almeida¹, João Felipe Marques da Silva¹, Silvia Karla Azevedo Vieira Andrade¹

¹ Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina (PR), Brasil.
edinalvaenf@yahoo.com.br

² Secretaria Estadual de Saúde – Londrina (PR), Brasil.

RESUMO

A gestão no Sistema Único de Saúde (SUS) requer das equipes gestoras a compreensão e o desenvolvimento de um conjunto de habilidades e competências que os auxiliem no cotidiano e nos desafios da gestão pública. Este artigo apresenta um processo de Educação Permanente em Saúde (EPS) desenvolvido com equipes gestoras de duas regiões de saúde do Paraná, com intuito de ampliar o olhar dos participantes para a reorganização da gestão e da implementação do SUS no território, pautado na interdisciplinaridade. Trata-se de um relato de experiência desenvolvido com equipes gestoras, realizada no ano de 2019, apresentado em cinco seções: a primeira descreve o contexto em que a experiência foi desenvolvida, elucidando motivos, atores e a localidade em que ocorreu; a segunda apresenta a proposta de trabalho, a confecção das oficinas e os recursos metodológicos utilizados; a terceira relata o caminho percorrido na sua operacionalização; a quarta discute as características de interdisciplinaridade existentes no processo de EPS e a última apresenta algumas considerações. A proposta mostra-se como uma potente estratégia para promover o diálogo entre diferentes atores e instituições, principalmente no contexto de crise sanitária e fiscal do Estado, qualificar e tornar reflexivo o trabalho no campo da gestão em saúde.

PALAVRAS-CHAVE Educação permanente. Interdisciplinaridade. Interprofissionalidade. Gestão do SUS.

ABSTRACT

Government in the Unified Health System (SUS) is admittedly complex, requiring management teams to understand and develop a set of skills and competencies that help into their routines and in the challenges of public administration. This article presents a continuing education process developed with leadership teams from two health regions in Paraná, with the aim of broadening the participants' view of the reorganization of the management and implementation of the SUS in the territory, based on interdisciplinarity and interprofessional. This is an experience report developed with teams, carried out in 2019, presented in five sections: the first describes the context in which the experience was developed, elucidating reasons, actors, and where it took place; the second section presents the work proposal, the preparation of the workshops, and the methodological resources used; the third reports the pathway travelled in its operation; the fourth discusses the characteristics of interdisciplinarity that exist in the continuing education process; and the last section presents some considerations. The proposal presents a powerful strategy to promote dialogue between different actors and institutions, and especially in the context of the State's sanitary and fiscal crisis, to qualify and make reflective the work in the field of health management.

KEYWORDS *Continuing education. Interdisciplinarity. Interprofessional. Public health management.*

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecido como um sistema em construção, permeado por diferentes desafios, interesses hegemônicos e de mercado. Apesar disso, apresenta em sua trajetória inúmeros avanços que devem ser reconhecidos, tais como: a

ampliação do acesso a serviços e ações de saúde e contribuições significativas na melhoria do estado de saúde dos brasileiros¹.

A gestão desse sistema, cujos princípios são a universalidade, a integralidade e a equidade, é uma tarefa árdua e muito complexa para os entes federal e estadual, mas, em especial, para o ente municipal, considerando as diversas responsabilidades assumidas a partir do processo de descentralização².

Diante disso, os participantes do cotidiano da gestão do SUS devem aperfeiçoar-se constantemente e sempre buscar novas alternativas de atuação, além de compreender suas atribuições, considerando que a gestão adequada é uma potente estratégia para a efetivação das políticas de saúde. A complexidade da gestão do SUS envolve o desenvolvimento da articulação e da integração entre os diferentes serviços de saúde, usuários e trabalhadores³ com vistas a ofertar um cuidado que responda às necessidades da população. Associado a isso, o gestor deve, além de dominar conhecimentos técnicos relativos à gestão, também desenvolver habilidades políticas, visto que a consolidação do SUS ocorre em espaços de disputas de poder, em que estão presentes as contradições e os desafios no cotidiano⁴.

Destaca-se que a compreensão dessas duas dimensões (técnica e política) e de sua indissociabilidade auxilia quanto ao entendimento dos desafios vivenciados pelos gestores e suas equipes de apoio no exercício de suas funções⁵.

Desse modo, estratégias de formação para equipes gestoras são fundamentais para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS. Quando tais estratégias ocorrem por meio da integração entre segmentos do ensino e do serviço, tendo como embasamento o desenvolvimento do processo de Educação Permanente em Saúde (EPS), potencializam-se as transformações da realidade e o compartilhamento de saberes em espaços coletivos.

A EPS considera a relevância social do processo ensino-aprendizagem, é pautada no mundo do trabalho, de forma que o trabalhador atue como protagonista sendo, dessa forma, um método para a ressignificação do conhecimento e do exercício profissional. Essa metodologia agrega saberes técnicos e científicos, dimensões éticas da vida, do trabalho, do ser humano, da saúde, da educação e das relações, favorecendo, dessa maneira, a aprendizagem significativa e transformadora das práticas profissionais no cotidiano do trabalho^{6,7}.

Experiências de EPS são comuns entre as equipes de trabalho no âmbito assistencial⁸⁻¹⁰. Contudo, no campo da gestão, tais estratégias ainda são tímidas. Desse modo, esta experiência apostou em desenvolver estratégias de EPS com as equipes gestoras do SUS, partindo de uma perspectiva interdisciplinar, pois as funções gestoras requerem e necessitam de uma articulação de diferentes campos disciplinares (geografia, ciência política,

administração pública, contabilidade, sociologia, antropologia, epidemiologia, biologia, direito sanitário, entre outras).

A interdisciplinaridade é aqui entendida como uma convergência entre as disciplinas envolvidas, desencadeando um real entrosamento entre elas, e o estabelecimento de um canal de trocas entre os campos relativos a uma ou mais funções a serem desempenhadas conjuntamente^{11,12}.

Dessa forma, este relato de experiência tem como objetivo apresentar o processo de EPS com equipes gestoras na perspectiva da interdisciplinaridade como estratégia para ampliar seu olhar para a reorganização da gestão e da implementação do SUS.

A descrição da experiência está organizada em cinco seções: a primeira descreve o contexto em que ela foi desenvolvida, elucidando os motivos, os atores e a localidade em que essa ocorreu; a segunda apresenta o desenvolvimento da proposta de trabalho; a terceira, por sua vez, relata como se deu o caminho percorrido para sua operacionalização; a quarta discute os resultados mediante as características da interdisciplinaridade existentes no processo de EPS; e, por fim, a quinta seção apresenta algumas considerações sobre a experiência desenvolvida.

Contexto de desenvolvimento

O presente processo de EPS surgiu em virtude da necessidade de fortalecer as equipes no que se refere à capacidade de gestão em saúde. Para tanto, inicialmente, os trabalhadores das Regionais de Saúde (RS) envolvidas nesse processo realizaram um levantamento com os gestores e integrantes das equipes gestoras municipais, acerca das principais fragilidades e necessidades na gestão do SUS. Nessa etapa, foram identificados gestores com pouca experiência, capacidade gestora local incipiente, indefinição de equipes para atuar na gestão em alguns municípios e sobrecarga de atribuições e atividades.

A partir das demandas identificadas e com o propósito de qualificar as equipes para exercerem as diversas funções gestoras que permeiam um sistema de saúde complexo e robusto como o SUS, foi constituído um grupo condutor. Esse grupo foi liderado por pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina e representantes da 16ª e 17ª RS, os quais deram início à formulação de um processo de EPS, que envolveu desde a concepção pedagógica, carga horária e metodologia, até a elaboração de cadernos de apoio.

Tais regiões localizam-se na macrorregião norte do Paraná e, juntas, possuem 38 municípios, dos quais mais de 80% são de pequeno porte. Por Município de Pequeno Porte (MPP), compreendem-se aqueles que possuem menos de 20 mil habitantes¹³.

Esses territórios são considerados altamente desenvolvidos socioeconomicamente, com média/alta oferta de serviços de saúde¹⁴. No entanto, as características sociais e econômicas, bem como de serviços de saúde, não são homogêneas entre os municípios que compõem as duas regiões.

O grupo condutor foi formado por representantes da instituição de ensino e profissionais com experiência prática na gestão dos serviços de saúde das regiões mencionadas, destacando-se as seguintes formações: enfermeiros, farmacêuticos, administradores e gestores públicos, o que gerou ao processo uma perspectiva interprofissional e interdisciplinar.

Além de envolver diferentes profissões/formações, a constituição do grupo condutor permitiu a integração ensino-serviço, tão importante no processo de implementação do SUS, oportunizada pela característica do grupo de pesquisa em construir parcerias com outros atores, sendo que, nesse processo, a articulação se deu nas RS.

Ressalta-se que essa experiência integra um projeto maior, que tem como objetivo investigar as estratégias de cooperação para a regionalização em regiões de saúde no Paraná, o qual foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição à qual os pesquisadores estão vinculados e aprovado pelo parecer nº 3.120.681.

Desenvolvimento da experiência

A execução do processo de EPS ocorreu no período de abril a dezembro de 2019, por meio de seis oficinas de trabalho, em resposta às necessidades apresentadas pelos gestores e integrantes das equipes gestoras municipais. Destaca-se que, para garantia da certificação aos participantes, esse processo foi cadastrado como um curso de extensão, tendo como objetivo discutir e embasar o desenvolvimento das macrofunções gestoras.

A primeira oficina teve como título ‘Ser gestor e Regionalização’; a segunda foi intitulada ‘Processo de Planejamento no SUS’; a terceira, como ‘Instrumentos de Gestão do SUS’; a quarta oficina promoveu a discussão sobre o financiamento em saúde, tendo como título ‘Gestão Orçamentária e Financeira’; o título da quinta oficina foi ‘Controle Social’; por fim, a sexta oficina foi denominada ‘Gestão do Trabalho e Educação em Saúde’.

A carga horária total desse processo de EPS foi de 50 horas; destas, 32 horas foram presenciais e 18 horas foram reservadas para momentos de dispersão. Para execução dessa atividade, os participantes foram divididos em pequenos grupos, e lhes eram atribuídas tarefas para que fossem realizadas em seus ambientes de trabalho. As tarefas tinham por objetivo possibilitar a aproximação da teoria discutida durante as oficinas às atividades práticas realizadas pelos participantes em seu cotidiano, trazendo subsídio para o esclarecimento de suas

dúvidas e qualificação de seu processo de trabalho. As tarefas de dispersão eram desenvolvidas entre os intervalos das oficinas. As sínteses dos resultados alcançados eram apresentadas no início de cada novo encontro. O *Quadro 1* sintetiza os encontros, a duração, os objetivos, as metodologias e as atividades de dispersão.

Quadro 1. Sistematização das oficinas do processo de EPS

Tema da Oficina	Duração Horas (h)	Objetivos Educacionais	Metodologia Utilizada	Atividade de Dispersão
Ser gestor e Regionalização	4 horas	Discutir as competências, dimensões e macrofunções do gestor em saúde; Refletir sobre os fatores limitantes, potencialidades e caminhos para a regionalização dos serviços de saúde.	Leitura e discussão em pequenos grupos de textos-base; Apresentação e discussão sobre um caso disparador para debate.	Síntese reflexiva sobre como o texto contribui para o enfrentamento de seus problemas de gestão, dificuldades percebidas para a operacionalização da regionalização, e sugestões para enfrentamento das fragilidades/necessidades.
Processo de Planejamento no SUS	4 horas	Discutir as dificuldades relacionadas ao processo de planejamento no SUS; Identificar os fundamentos para o planejamento no sistema; Realizar uma análise de cenário como etapa inicial do processo de planejamento.	Discussão sobre o planejamento como uma das quatro macrofunções gestoras; Leitura sobre uma cena com ações de planejamento; Utilização de questões norteadoras para discussão; Leituras de textos; Discussão da cena com base nos elementos teóricos do texto; Exercício de análise de contexto com identificação de um problema relevante e aplicação da matriz Força, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças (Fofa) – utilizada com o objetivo de auxiliar a gestão na realização de análises estratégicas, levantamento de potencialidades e fragilidades, considerando o contexto interno e externo para proposição de um plano de ação para a solução dos problemas vivenciados.	Análise da coerência do Plano Municipal de Saúde (PMS) no sentido de atender à resolução dos problemas identificados.

Tema da Oficina	Duração Horas (h)	Objetivos Educacionais	Metodologia Utilizada	Atividade de Dispersão
Instrumento de Gestão	4 horas	<p>Compartilhar a problematização sobre o PMS (sistematização da tarefa do encontro anterior);</p> <p>Compreender o ciclo e os instrumentos de gestão municipal de saúde;</p> <p>Identificar a relação entre as proposições das conferências de saúde e ciclo de gestão municipal e deste como o planejamento regional;</p> <p>Compreender a lógica de construção dos instrumentos de gestão de acordo com as prioridades sanitárias – Diretriz, Objetivos, Metas e Indicadores (Domi);</p> <p>gestão de acordo com as prioridades sanitárias – Domi.</p>	<p>Apresentação de um infográfico de um estudo do grupo de pesquisa GestSUS sobre instrumentos de gestão;</p> <p>Leitura e discussão de Texto;</p> <p>Baseado em um problema priorizado no município, realizar a construção das diretrizes, objetivos, metas e indicadores para enfrentamento do problema.</p>	<p>Seleção de uma diretriz do PMS e elaboração da programação anual de 2020, incluindo ações e definir as funções programáticas do orçamento que serão utilizadas para execução das ações.</p>
Gestão Financeira e Orçamentária	8 horas	<p>Compreender a relação entre o planejamento e o orçamento;</p> <p>Conhecer os fundamentos do orçamento público e do financiamento do SUS;</p> <p>Elaborar estratégias de implementação da gestão orçamentária e financeira no município.</p>	<p>Problematização da relação entre a Programação Anual de Saúde e os instrumentos orçamentários da gestão pública;</p> <p>Mesa-redonda com os convidados para discussão sobre orçamento público e sua relação com os instrumentos de gestão, a partir das perguntas formuladas pelos educandos;</p> <p>Apresentação sobre gestão orçamentária e financeira no SUS, base legal, estrutura de financiamento, relação entre o planejamento e orçamento;</p> <p>Apresentação por gestores municipais de experiências sobre gestão orçamentária e financeira nas secretarias de saúde.</p>	<p>Realização de um breve levantamento dos problemas e situações relacionadas à gestão orçamentária e financeira do município ou instituição utilizando o Diagrama de Ishikawa (Espinha de Peixe) – com o objetivo de auxiliar a equipe a evidenciar e compreender as causas e efeitos determinantes dos problemas vivenciados e traçar um plano de ação (5w3h) para qualificação da gestão orçamentária e financeira do município ou unidade de atuação.</p>
Controle Social	4 horas	<p>Discutir o papel do controle social e construir estratégias que contribuam para seu fortalecimento;</p> <p>Compreender o controle social como espaço de governança e de promoção</p>	<p>Leitura de situação problema;</p> <p>Leitura de texto de apoio;</p> <p>Discussão por meio de questões norteadoras.</p>	<p>Construção de uma proposta de formação para conselheiros de saúde, por meio de EPS.</p>

Tema da Oficina	Duração Horas (h)	Objetivos Educacionais	Metodologia Utilizada	Atividade de Dispersão
		à saúde.		
Gestão do Trabalho e Educação na Saúde	8 horas	Compreender o conceito de Gestão do Trabalho; EPS como estratégia de Gestão do Trabalho; Apresentar ferramentas para execução da gestão no trabalho e educação na saúde; Discutir estratégias para gerenciamento do conflito no contexto organizacional.	Dinâmica de problematização; Leituras de textos de apoio; Apresentação de ferramentas para gestão do trabalho; Leitura e discussão de uma situação-problema.	Avaliação das oficinas.

Fonte: Elaboração própria.

Para elaboração e realização das oficinas, dos cadernos de apoio utilizados durante os encontros e em resposta às complexidades dos temas a serem trabalhados, os integrantes do grupo condutor buscaram a apropriação de conhecimentos de diferentes campos de saberes.

Os cadernos foram confeccionados na perspectiva metodológica da EPS, a partir das necessidades relatadas pelos participantes do processo. O seu conteúdo foi composto por estudos de casos com situações-problema e questões norteadoras para debates e reflexões em grupo. Também possuíam textos científicos que auxiliavam na compreensão dos temas discutidos durante as oficinas.

Ainda, conforme mencionado no *Quadro 1*, durante as oficinas, foram utilizadas metodologias ativas, com a construção de um processo ensino-aprendizagem, embasado na problematização da realidade e o protagonismo dos participantes, buscando a construção/ressignificação do conhecimento a partir de múltiplos olhares e saberes.

Operacionalização do processo

Participaram dessa experiência 115 pessoas, sendo 65 da 16ª RS e 50 da 17ª RS. Os participantes foram secretários municipais de saúde, membros das equipes gestoras dos municípios, servidores das RS, trabalhadores dos consórcios públicos de saúde e apoiadores do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (Cosems-PR) de ambas as regiões. Os sujeitos foram informados sobre o objetivo do processo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido segundo as normas da Resolução nº 466/2012¹⁵.

As oficinas foram mediadas pelo grupo condutor constituído por docentes, estudantes de pós-graduação e servidores das RS. Na oficina de financiamento, o grupo condutor contou com o apoio complementar de assessorias técnicas com *expertise* no tema. Nessa ocasião, outros atores municipais atuantes nas áreas de planejamento e gestão orçamentária também participaram da oficina, com as equipes de gestão em saúde.

Durante os encontros, foi possível estruturar e assegurar espaços dialógicos, em que todos os envolvidos tiveram a oportunidade de realizar intercâmbio de dúvidas, experiências e saberes, constituindo relações solidárias e horizontais.

Ao final do ciclo de oficinas, os participantes realizaram sua avaliação enquanto estratégia de EPS e apontaram a necessidade de continuidade e multiplicação dos conteúdos em seus municípios. Como parte da avaliação, os participantes foram motivados a refletir, por meio de uma dinâmica, sobre o que o curso proporcionou, e, a partir deste, o que poderiam oferecer a seus companheiros de trabalho e à população de seu município, além de outras ideias que foram motivadas levando em conta a convivência com o grupo.

A realização da avaliação contribuiu não apenas para o grupo condutor aprimorar o processo de construção do trabalho de EPS como também favoreceu a sistematização da experiência vivenciada.

A interdisciplinaridade no processo de construção da EPS

O processo de EPS sob o prisma da interdisciplinaridade possibilita a construção de respostas às demandas no campo da gestão e da saúde pública. Isso porque a interdisciplinaridade apresenta-se como uma alternativa à mitigação da complexidade que significa gerenciar um sistema de saúde.

Ressalta-se que o termo interdisciplinaridade se refere à integração de saberes, já interprofissionalidade, à integração de práticas¹¹, mediante a articulação intencional e colaborativa entre distintas profissões¹⁶. Salienta-se que, embora os conceitos sejam diferentes, eles se complementam no processo de EPS.

Uma das características da interdisciplinaridade é exatamente permitir que os sujeitos tenham a capacidade de ampliar suas visões de mundo, visto que se instala um cenário propício para constantes trocas, interações entre disciplinas e entre diferentes campos de atuação, no interior de um mesmo propósito^{17,18}.

Outros autores destacam que projetos interdisciplinares permitem uma maior aproximação entre educadores (facilitadores) e educandos (equipe gestora), consolidando uma relação de reciprocidade e compartilhamento de objetivos por meios dialógicos¹².

Esse aspecto também foi observado na experiência desenvolvida ao aproximar diferentes conhecimentos entre múltiplas categorias profissionais que integram as equipes gestoras, resultando na construção de novos e amplos saberes acerca dos problemas enfrentados por esses profissionais do cotidiano da gestão do SUS. Nesse caso, ficou claro o quanto a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade se complementaram e permitiram aos participantes ampliarem ainda mais sua capacidade de análise.

O *Quadro 2* apresenta uma sistematização das características presentes durante a experiência de EPS que coadunam com a interdisciplinaridade.

Quadro 2. A interdisciplinaridade no processo de EPS

Características de interdisciplinaridade no processo de formação de equipes gestoras
--

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> – Sensibilidade às demandas locais – Grupo condutor formado por profissionais de diferentes áreas de atuação – Metodologias ativas – Material de apoio elaborado a partir de diferentes campos disciplinares – Realização de processos de dispersão e avaliação |
|---|

Fonte: Elaboração própria.

Uma das primeiras características que merece destaque foi o respeito às demandas locais, que se configurou como ponto de partida para o processo. De acordo com Fazenda¹⁹, a sensibilidade às necessidades do contexto é fundamental para a consolidação de ações de caráter interdisciplinar. Freire²⁰ também apontava para a necessidade de apreender acerca da realidade, na medida em que tal apreensão possibilita o conhecimento das diferentes dimensões que caracterizam o contexto, o que pode tornar até mais segura a prática sobre essa realidade.

Para além disso, ao considerar a necessidade local, também se evidencia o respeito que se possui em relação aos sujeitos. Aproveitar a experiência dos gestores e equipes para discutir problemas presentes no seu cotidiano é uma forma de valorização desses trabalhadores.

Outro aspecto importante e que também coaduna, sobretudo, com a interprofissionalidade foi a constituição do grupo condutor. O grupo, como mencionado anteriormente, era constituído por profissionais de diversas formações e locais de atuação. Essa configuração propiciou a interação entre diferentes conhecimentos, contribuindo para a produção de novos saberes muito mais potentes para a resolução de um determinado problema^{17,18}.

Desse modo, a experiência de aproximar os profissionais de ensino aos dos serviços de saúde configurou a integração ensino-serviço e potencializou o processo de EPS, por meio de um trabalho coletivo, integrado, cooperativo e pactuado. Além disso, a experiência permitiu a

qualificação da atenção à saúde individual e coletiva, possibilitando o aprimoramento dos saberes dos profissionais da academia e o desenvolvimento de competências aos trabalhadores dos serviços de saúde^{21,22}, nos termos de que trata a literatura.

A opção metodológica focalizada em métodos ativos teve um papel primordial na produção de reflexões, ressignificações e empoderamento para atuação no campo da gestão, tanto para os participantes quanto para os integrantes do grupo condutor. A interdisciplinaridade, quando invocada para a criação de modelos pedagógicos, tende a estimular processos educativos, cujos participantes possuem um papel de protagonistas no processo de aprendizagem.

As oficinas foram, predominantemente, norteadas por problemas que faziam parte da realidade das equipes gestoras. Desse modo, tiveram um papel ativo na construção do processo de EPS ao considerar a criatividade e a liberdade de pensamento dos participantes. Essa ação é fortalecida na obra de Freire²³ ao afirmar que a educação ‘bancária’, a qual julga os educandos desprovidos de saber, em nada contribui para uma educação emancipadora e crítica, que visa à mudança social.

Aponta-se também que a EPS tem como um dos seus princípios o uso de métodos ativos que objetivam a reflexão dos trabalhadores sobre o processo de trabalho. Essa reflexão deve ser desenvolvida com a maior diversidade profissional possível, no sentido de construir estratégias que abarquem diferentes saberes e que estejam mais próximas das necessidades do lócus de atuação^{24,25}.

O preparo do material pedagógico envolveu diferentes áreas de conhecimento e de atuação. Convém destacar que a gestão na área de saúde compreende o comando do sistema, das atividades e das responsabilidades exercidas pelos gestores e suas equipes, que permeiam diversas funções identificadas por Machado, Lima e Baptista²⁶ como macrofunções gestoras do SUS, ou seja: formulação de políticas/planejamento; financiamento; regulação, coordenação, controle e avaliação (dos sistemas/redes e dos prestadores públicos e privados) e a prestação direta de serviços de saúde.

De modo abrangente, as fragilidades na gestão do SUS ocorrem, muitas vezes, devido à falta de clareza acerca dessas funções e das distintas competências das esferas de governo. Somam-se, ainda, as práticas clientelistas e corporativas nas indicações dos cargos diretivos em todos os níveis; insuficiente coordenação e entraves na comunicação interfederativa; baixa incorporação de tecnologias de gestão adequadas ao manejo de organizações complexas; bem como o inadequado processo de atuação do controle social, causando tensões e disputas, nem

sempre condizentes às competências e à legitimidade entre as instâncias executivas do SUS e o aparato do controle social²⁷.

A essas fragilidades, pode-se acrescentar ainda a alta rotatividade, bem como a limitação de alguns gestores no que se refere a capacidade técnica e eficiência da gestão municipal^{28,29}.

Diante desses apontamentos, a atuação da equipe gestora no SUS deve ser materializada por meio do reconhecimento e da compreensão de suas funções, visto que, dessa forma, poderá exercê-las de maneira produtora e coerente aos princípios do SUS e da gestão pública^{26,30}.

Nesse sentido, o material de apoio utilizado buscou contemplar essas diferentes funções gestoras e estabelecer articulação entre elas. Ressalta-se também que a execução das atividades de dispersão incentivou o compartilhamento de tarefas entre os participantes e permitiu a assimilação dos conteúdos teóricos e sua implementação ao cotidiano da prática de trabalho.

Importantes resultados foram percebidos a partir da experiência, como a interação entre os participantes; o aflorar do sentimento de pertencimento à equipe gestora dos profissionais atuantes nos municípios; e a importância da ação coletiva e cooperativa entre profissionais de diferentes áreas vinculados ao ensino e aos serviços de saúde.

Peduzzi et al.¹⁸ acrescentam que a prática interprofissional contribui ainda para a problematização e a ampliação da resolubilidade dos serviços e da qualidade da atenção à saúde, evitando omissões ou duplicações de atividades, qualificando a comunicação entre os profissionais, reconhecendo a participação específica de cada área de atuação e de seus limites e sobreposições, tornando versátil o papel dos profissionais.

Dessa forma, a experiência de EPS mostrou-se como uma estratégia inovadora na reorganização da gestão e na implementação do SUS nas regiões estudadas e apresenta-se ainda como uma potente estratégia cooperativa na superação dos desafios presentes no campo da saúde pública. Além disso, permite afirmar a importância do papel da ciência diante das lacunas de conhecimento em temas inerentes à gestão.

Considerações

A integração ensino-serviço exercida sob a perspectiva da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade, utilizando metodologias de EPS, configurou-se como aspecto positivo para superar os desafios vivenciados na gestão do SUS, sendo capaz de promover transformações de realidades e colaborar para a consolidação da gestão desse sistema.

A relação dialógica entre os participantes do processo de EPS possibilitou o compartilhamento de dúvidas acerca da gestão, as quais foram tratadas sempre de forma colaborativa, contribuindo para atualizar conhecimentos mútuos.

A utilização de metodologias ativas durante as oficinas conferiu dinamismo ao processo ensino-aprendizagem. É importante ressaltar que parcerias firmadas entre universidades, secretarias municipais e estaduais de saúde, no atual contexto de crise sanitária e austeridade fiscal, possibilitam qualificar e tornar reflexivo o trabalho em saúde e confirma-se como uma prática relevante e motriz tanto aos profissionais das equipes gestoras quanto para os da academia.

Todavia, persiste o desafio de ampliar a realização de processos de EPS no campo da gestão do SUS, no sentido de qualificar e potencializar as práticas de gestão municipal e instrumentalizar as equipes para o aperfeiçoamento de sua atuação. Tais processos devem ser fortalecidos, sobretudo, no contexto atual, marcado por constantes ataques ao SUS, seja pela redução gradativa dos repasses dos recursos federais, os quais se intensificaram após a EC95, seja pelas alterações tanto na política de organização e financiamento da atenção primária quanto pelo aumento da terceirização da força de trabalho no SUS.

Referências

1. Santos NR. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):1729-36.
2. Silva CR, Carvalho BG, Cordoni Júnior L, et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(4):1109-20.
3. Araújo NP, Miranda TOS, Carvalho Garcia CP. O estado da arte sobre a formação do enfermeiro para a gestão em saúde. *Rev Enferm Contemp.* 2014 [acesso em 2021 ago 15]; 3(2). Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/365>
4. Melo MLC, Nascimento MÂA. Treinamento introdutório para enfermeiras dirigentes: possibilidades para gestão do SUS. *Rev Bras Enferm.* 2003; 56(6):674
5. Domingos CD, Mendonça FF, Carvalho BG. Os desafios de ser gestor. In: Carvalho BG, Cordoni Junior L, Nunes EFPA, organizadores. *Gestão da saúde em pequenos municípios: o caso do norte do Paraná.* Londrina: Eduel; 2018. p. 125-41.
6. Ceccim RB, Ferla AA. Educação Permanente em Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde.* 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 162-168. [acesso em 2018 jun 1]. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/143.pdf>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* Brasília. 22 Ago 2007.
8. Lavich CRP, Terra MG, Mello AL, et al. Ações de educação permanente dos enfermeiros facilitadores de um núcleo de educação em enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017 [acesso em 2021 jan 25]; 38(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100403&lng=pt&tlng=pt.
9. Ferla AA. More Doctors Program and work development: a continuing education effect. *Interface - Comun Saúde Educ.* 2019; 23(supl1):e180679.

10. Medeiros GT, Nascimento FAF, Pavòn RG, et al. Educação Permanente em Saúde Mental: relato de experiência. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):475-84.
11. Furtado JP. Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios de interdisciplinaridade e interprofissionalidade. *CBSM*. 2011 [acesso em 2021 jun. 25]; 1(1):178-89. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68439>.
12. Velloso MP, Guimarães MBL, Cruz CRR, et al. Interdisciplinaridade e formação na área de saúde coletiva. *Trab. Educ. Saúde*. 2016; 14(1):257-71.
13. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004. Brasília, DF: MDS; 2005.
14. Região e Redes. Caminhos para a Universalização da Saúde no Brasil. Banco de Indicadores Regionais e Tipologias, 2016. [acesso em 2019 jun 30]. Disponível em: <http://www.resbr.net.br>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. *Diário Oficial da União*. 14 Jun 2012.
16. Costa MV, Patrício KP, Câmara AMCS, et al. Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(sup11):709-20.
17. Vilela EM, Mendes IJM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2003; 11(4):525-31.
18. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2013; 47(4):977-83.
19. Fazenda ICA. A integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro: efetividade ou ideologia? 6. ed. São Paulo: Edições Loyola Jesuítas; 2011.
20. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 53. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2016.
21. Vendruscolo C, Prado ML, Kleba ME. Integração ensino-serviço no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016; 21(9):2949-60.
22. Finkler M, Caetano JC, Ramos FRS. Integração “ensino-serviço” no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. *Interface - Comun Saúde Educ*. 2011; 15(39):1053-70.
23. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 53. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2013.
24. Jacobovski R, Ferro LF. Educação permanente em saúde e metodologias ativas de ensino: uma revisão sistemática integrativa. *Rev Soc Dev*. 2021; 10(3):e 39910313391.
25. Ceccim RB, Ferla AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab Educ E Saúde*. 2008; 6(3):443-56.
26. Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: Oliveira RG, Grabois V, Mendes Junior WV. *Qualificação dos gestores no SUS*. 2. ed. Rio de Janeiro: EAD; ENSP; 2011. p. 47-72.
27. Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciênc. Saúde Colet*. 2007; 12(sup1):1819-29.
28. Leite FLB. Fusão de municípios: impactos econômicos e políticos da diminuição do número de municípios em Minas Gerais. [dissertação]. Minho: Universidade do Minho - Escola de Economia e Gestão; 2014. 129 p.
29. Krüger TR, Reis C. Organizações sociais e a gestão dos serviços do SUS. *Serviço Soc Soc*. 2019; (135):271-89.
30. Souza L. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. [dissertação]. Campinas: Universidade de

Campinas; 2002. 102 p.

5.2 ARTIGO 2: REPERCUSSÕES DE UM PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA A FORMAÇÃO E ATUAÇÃO DE EQUIPES GESTORAS MUNICIPAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

Repercussões de um processo de Educação Permanente em Saúde para a formação e atuação de equipes gestoras municipais do Sistema Único de Saúde.

RESUMO

O objetivo do estudo foi analisar as repercussões de um processo de Educação Permanente em Saúde (EPS) para a formação e atuação de equipes gestoras municipais do SUS. Trata-se de um estudo qualitativo que explorou a experiência de um processo de formação realizado em duas regiões de saúde do Paraná. Para obtenção dos dados foram entrevistados 15 integrantes de equipes gestoras municipais, utilizando um roteiro semiestruturado, com questões que abordavam sobre o processo de EPS, suas repercussões para a prática da gestão em saúde. As entrevistas foram realizadas de julho a dezembro de 2020, de forma remota devido a pandemia. O referencial de análise dos resultados foi a hermenêutica crítica proposta por Paul Ricouer e revelou desafios, potencialidades do processo de EPS e suas repercussões no âmbito da gestão em saúde. Apesar dos desafios vivenciados como a dificuldade de institucionalização da Política Nacional de EPS, o processo repercutiu em uma maior integração entre as pessoas que participam da gestão municipal, ampliou sentimentos de pertença e de comprometimento à gestão e incorporou a EPS no cotidiano dos profissionais, com destaque para o enfrentamento de problemas decorrentes da pandemia e no processo de definição do uso de recursos financeiros pela equipe gestora.

Palavras-chaves educação permanente; aprendizagem contextualizada; gestão em saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Repercussions of a process of Permanent Education in Health for the training and performance of municipal management teams of the Unified Health System.

The purpose of the study was to analyze the repercussion of a process of Permanent Health Education (PHE) for the training and performance of SUS municipal management teams. This is a qualitative study that explored the experience of a training process carried out in two health regions of Paraná. To obtain the data, 15 members of municipal management teams were interviewed, using a semi-structured script, with questions about the PHE process and its repercussions for the practice of health management. The interviews were carried out from July to December 2020, remotely, due to the pandemic. The referential of analysis of the results was the critical hermeneutics proposed by Paul Ricouer and revealed challenges, potentialities of the PHE process and its repercussions in health management. Despite the challenges experienced, such as the difficulty of institutionalizing the National PHE Policy, the process resulted in greater integration between the people who participate in municipal management, increased feelings of belonging and commitment to management and incorporated PHE in the daily lives of professionals, especially when facing problems arising from the pandemic and in the process of defining the use of financial resources by the management team.

Keywords permanent education; learning; health management; Unified Health System.

RESUMEN

Repercusiones de um processo de Educação Permanent em Salud para la formación y actuación de los equipos directivos municipales del Siséma Único de Salud.

El objetivo del estudio fue analizar las repercusiones de un proceso de Educación Permanente en Salud (EPS) para la formación y actuación de los equipos de gestión municipal del SUS. Se trata de un estudio cualitativo que exploró la experiencia de un proceso de formación realizado en dos regiones sanitarias de Paraná. Para la obtención de los datos fueron entrevistados 15 integrantes de equipos de gestión municipal, utilizando un guión semiestructurado, con preguntas que abordaban el proceso de la EPS, sus repercusiones para la práctica de la gestión en salud. Las entrevistas se realizaron de julio a diciembre de 2020, de forma remota debido a la pandemia. El marco de análisis de los resultados fue la hermenéutica crítica propuesta por Paul Ricoeur y reveló desafíos, potencialidades del proceso EPS y sus repercusiones en el campo de la gestión en salud. A pesar de los desafíos vividos, como la dificultad de institucionalizar la Política Nacional de EPS, el proceso se tradujo en una mayor integración de las personas que participan en la gestión municipal, aumento del sentimiento de pertenencia y compromiso con la gestión, e incorporación de la EPS en el cotidiano de los profesionales, con énfasis en el abordaje de problemas derivados de la pandemia y en proceso de definición del uso de los recursos financieros por parte del equipo directivo.

Palabras-clave educación permanente; aprendizaje; gestión en salud; Sistema Único de Salud.

Introdução

A Educação Permanente em Saúde (EPS) se caracteriza como a aprendizagem para o/no trabalho e tem o apreender e o ensinar integrando o cotidiano das organizações (Brasil, 2007). Ela surgiu em meados da década de 1980, por iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a qualificação dos profissionais de saúde (MICCAS; BATISTA, 2014).

No Brasil, foi com a criação do SUS em 1988 que a formação dos profissionais de saúde passou a ter mais ênfase (LEMOS, 2016; ALMEIDA, 2016). De acordo com a Constituição Federal, em seu artigo 200, compete ao Estado ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 1988). Para tanto, salienta-se que a reorientação da formação desses profissionais deve pautar-se num movimento de apoio à consolidação do SUS, e que a escolha de uma metodologia pedagógica adequada é um fator preponderante para a construção de uma

aprendizagem significativa e que faça sentido aos participantes desse processo (BRASIL, 2003; CARDOSO, 2012).

Com base nesses pressupostos, no ano de 2004 por meio da portaria GM/MS nº 198, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2004). No ano de 2007, esta política teve suas diretrizes de implementação publicadas pela Portaria GM/MS nº 1.996, como estratégia do SUS para a formação e qualificação do setor (BRASIL, 2007). A proposta da PNEPS definiu a regionalização do SUS como fundamento para o desenvolvimento de iniciativas diferenciadas para o enfrentamento de seus problemas (BRASIL, 2018a).

Com essa portaria, intencionou-se contribuir para o desenvolvimento de atividades transformadoras no aspecto educativo, associando o ensino e o aprendizado às práticas do trabalho (BRASIL, 2007; 2009). Neste sentido a EPS, mostrou-se como uma importante estratégia para operacionalizar processos de ensino aprendizagem, visto que o diálogo envolvendo a educação como prática transformadora e aprendizagem significativa, mediadas por metodologias ativas e problematização da realidade, são seus pressupostos (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

Ela surgiu como estratégia cooperativa para a transformação e ressignificação das práticas de saúde, dos processos pedagógicos na formação e qualificação dos profissionais, em suas dimensões técnicas políticas e sociais (BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2017).

Considerando a necessidade de retomar o financiamento e o processo de planejamento das ações de EPS no nível estadual e local, a Gestão Federal, lançou o PRO EPS-SUS, por meio da Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017. A elaboração deste programa resultou de um longo processo de construção coletiva, contando com a participação ativa do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de

Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Saúde (CNS), além de outras instâncias e de diversos especialistas, profissionais e trabalhadores do SUS (BRASIL, 2018b).

Entretanto, percebe-se que as ações de EPS implementadas nos últimos anos foram predominantemente voltadas ao campo da assistência em saúde (MICCAS; BATISTA, 2014; FABRINI *et al.*, 2018; FERLA, 2019), embora a gestão tenha um papel essencial na organização e implementação do SUS. Às equipes gestoras competem o desenvolvimento de questões técnicas inerentes à formulação, planejamento, financiamento, coordenação, regulação, controle, avaliação e prestação direta dos serviços de saúde (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011). Além disso o trabalho no campo da gestão também envolve habilidades políticas (MALAMAN *et al.*, 2021; BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2017).

Neste sentido, realizar a gestão do SUS torna-se, uma tarefa complexa e configura-se um grande desafio a esses profissionais. Deste modo a EPS, se destaca como estratégia fundamental para qualificação e para impulsionar mudanças do processo de trabalho da equipe gestora. Apesar da EPS mostrar-se fundamental para desenvolver competências aos trabalhadores do SUS, inclusive para aqueles atuantes na gestão, na literatura ainda são incipientes publicações de processos de EPS voltados à qualificação dessas equipes. Frente a essa lacuna, a proposta desse artigo foi analisar as repercussões de um processo de EPS para a formação e atuação de gestores e equipes gestoras municipais do SUS.

Caminho Metodológico

Trata-se de um estudo qualitativo que pretende explorar, a partir da percepção dos participantes, a experiência de um processo de qualificação de equipes gestoras. A escolha desta abordagem permite a compreensão do significado e da intencionalidade como inerentes às ações, às relações e às estruturas sociais (MINAYO, 2013).

O presente estudo é parte de uma tese, e que utilizou a pesquisa-ação como método de

operacionalização do projeto. Este artigo trata de analisar os efeitos desta pesquisa-ação. A ação referida compreendeu a realização de um processo de formação baseado nos princípios da EPS para equipes gestoras de duas regiões de saúde do norte do Paraná denominando “PROGESTÃO”. O objetivo desse processo de formação foi o de contribuir com o aprimoramento do processo de trabalho desenvolvido por essas equipes.

As regiões pesquisadas foram 16^a e 17^a Regionais de Saúde (RS) que se localizam na macrorregião norte do Paraná e juntas possuem 38 municípios, dos quais mais de 80% são de pequeno porte. Por Município de Pequeno Porte (MPP) compreende-se aqueles que possuem menos de 20 mil habitantes (Brasil, 2005). Essas regiões juntas possuem ainda quatro municípios com população entre 20 e 100 mil habitantes, três municípios com população acima de 100 mil e um município com mais de 500 mil habitantes (IBGE, 2021).

Para coleta dos dados foram realizadas entrevistas com participantes do processo. Foram entrevistados 15 participantes (gestores, técnicos das equipes gestoras e contadores), sendo oito da 16^aRS e sete da 17^aRS. A escolha dos entrevistados foi intencional e utilizou-se como critério de inclusão: ser gestor ou profissional membro das equipes gestoras municipais com participação ativa e assídua no processo de EPS. Foram excluídos das entrevistas os participantes que representavam as regionais de saúde, os consórcios intermunicipais de saúde e os apoiadores do COSEMS, pois a percepção desses profissionais não era o foco do estudo.

Para o direcionamento das entrevistas, foi utilizado um roteiro semiestruturado, comum a todos os entrevistados. Esse roteiro foi elaborado e aplicado pela autora principal e continha questões disparadoras para o diálogo, que abordavam sobre o processo de EPS, bem como suas repercussões para a prática da gestão em saúde.

Devido a pandemia, ocasionada pelo novo Coronavírus, as entrevistas foram realizadas remotamente e gravadas por meio de um serviço de comunicação audiovisual, e tiveram duração média de 28 minutos. Para participar das entrevistas, os sujeitos selecionados foram

convidados via telefone, informados sobre esta etapa da pesquisa e sobre a importância de sua participação. Posteriormente ao aceite, foi encaminhado a eles e-mail e/ou mensagem em um aplicativo para formalização do convite, o termo de consentimento livre e esclarecido, bem como o link contendo o endereço da sala de reunião com data e horário para o encontro virtual.

As entrevistas ocorreram entre os meses de julho a dezembro de 2020. Importante ressaltar que não houve recusa dentre os elegíveis para participar dessa etapa e que o quantitativo de entrevistas realizadas foi avaliado como suficiente para a realização das análises a partir do critério de saturação, uma vez que, notou-se a repetição do conteúdo nas falas dos participantes.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e com o objetivo de manter o anonimato dos sujeitos entrevistados, suas falas foram codificadas: Entrevistado 1- (E1) a Entrevistado 15-(E15) conforme a ordem de realização das mesmas.

Para a análise das entrevistas foi utilizada a hermenêutica-crítica, proposta por Paul Ricoeur e considerou, entre outros aspectos, a temporalidade dos discursos, sua subjetividade e sua representatividade (RICOUER, 1973). Num primeiro momento, realizou-se a conferência da fidelidade e leitura flutuante das transcrições dos registros, em seguida foi feita a leitura repetida e aprofundada de cada registro separadamente sendo produzida para cada um deles uma síntese. A seguir, foi realizada a análise transversal das mesmas, possibilitando a identificação das convergências, divergências, relações e contradições nas falas dos sujeitos. Dessas sínteses foram extraídas duas categorias de análise. Os arquivos audiovisuais foram destruídos após o término das análises.

Foram respeitados os requisitos contidos na resolução 466/12 (BRASIL, 2012) que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto que originou este estudo está vinculado a uma pesquisa maior intitulada Estratégias de cooperação para a regionalização em saúde em regiões do Paraná, aprovado sob número 3.120.681/2019, pelo Comitê de Ética em

Pesquisa da Instituição a qual os pesquisadores estão vinculados (CAAE: 56868416.1.0000.5231).

Resultados

Os resultados estão organizados em duas categorias analíticas. A primeira explora os desafios e potencialidades do processo de EPS no âmbito da gestão em saúde e a segunda as repercussões desse processo de formação para a atuação da equipe gestora em saúde.

Desafios e Potencialidades da EPS na gestão em Saúde

No que se refere aos desafios da prática de EPS no âmbito da gestão em saúde, os participantes mencionaram o número reduzido de profissionais que atuam na gestão. [...] *A gente trabalha num quantitativo que a gente não tem muito a oportunidade de reunir a equipe [...] isso é uma fragilidade ainda, Não é a dificuldade de aplicar, mas é a dificuldade de fazer o momento (E9)*. Para eles esse número restrito de trabalhadores que assumem a gestão em saúde dos municípios os coloca em uma situação de sobrecarga de atribuições, às quais tornam a prática de reflexão e problematização do processo de trabalho algo de difícil operacionalização, segundo relatos dos entrevistados. [...] *É que o tempo da gente é meio corrido porque não temos tantos funcionários para trabalhar na gestão. (E10)*

Soma-se aos obstáculos, a qualificação incipiente da equipe gestora, fato que torna ainda mais desafiador a implementação de estratégias de EPS. Além disso, alguns integrantes da equipe são resistentes em desacomodar seus saberes e posicionamentos, pois existe *resistência da equipe em sair da zona de conforto. (E14)*

Essas situações estão muito presentes nos MPP. Nessas localidades há relatos de que os técnicos que se destacam no desenvolvimento de suas atribuições acabam por acumular funções. “[...] *é o acúmulo de função que dificulta... Às vezes com o acúmulo de função, você*

deixa de fazer esse tipo de coisa e acaba ficando na mesmice e às vezes não é questão de falta de funcionários, penso eu, as vezes um se destaca mais e acaba acumulando, mas faltar não falta não. (E15)

Ademais, também referem pouco reconhecimento por parte do executivo municipal sobre a importância da implementação da EPS no cotidiano das equipes, sejam elas atuantes na gestão ou na assistência.

Município tem muita influência política em cima. Então muitas vezes, você colocar na cabeça do prefeito que você precisa, às vezes parar um serviço[...] pra você conversar com aquela equipe num todo, muitas vezes isso não entra na cabeça do gestor, ele não vê que depois daquilo, o médico, ele pode atender com mais qualidade no dia seguinte. Ele só vê a quantidade. (E3)

A rotatividade dos gestores (evidenciada de maneira mais acentuada em alguns municípios de pequeno porte da região) também foi outro desafio apontado como entrave para a consolidação da EPS nos municípios.

[...] trocou-se muito o secretário, já está no quinto ou sexto secretário [...] e não deu para fazer um trabalho continuado [...]. Quando começava a caminhar havia troca e isso vem acontecendo e é um dos prejuízos que administração pública vem tendo. (E6)

Outros desafios revelados foram a dificuldade de institucionalização da EPS, aliada à falta de uma coordenação e/ou organização regional para apoiar esses processos nas regiões de saúde.

Aí a educação permanente vai deixando de lado, mas eu acho que tem que ser colocado, porque no papel tem plano, tem plano, tem tudo, tem plano Estadual, Regional, acho que até Plano Nacional de Educação Permanente, só que você vê que a estratégia não está posta ainda ...,

assim, apesar de já ser uma política pública, mas tem que determinar, igual foi determinado no SAMU, por exemplo. (E4)

Entretanto, apesar dos desafios, os participantes conseguiram identificar potencialidades na prática da EPS a partir da experiência do processo de formação. Na fala dos respondentes o processo de EPS deu oportunidade de criação de espaços de diálogos, trocas de experiências e momentos de reflexão e contribuiu para um novo relacionamento entre as instâncias e setores envolvidos na gestão em saúde.

O PROGESTÃO ele veio, ampliar o olhar e repensar o que a gente já faz, e esses momentos essas trocas foram muito ricas [...]era realmente o momento de formação, [...] fazer a gente refletir sobre todos os processos que a gente tem e que a gente faz lá na prática [...] entender melhor sobre a gestão de recursos financeiros, de recursos humanos e qualificar [...] repensar os nossos processos de gestão processo de planejamento. (E5)

Foi interessante de ver que tantos os nossos problemas, muitas coisas que nós achávamos que eram apenas as nossas dificuldades também era mesma dificuldade de um município de porte maior, sendo que a gente achava que só nós tínhamos problema. Também com relação a organização, a maneira, alguns toques de como organizar, e de você ver como que era o trabalho. (E3)

Também foi possível identificar que o fato de colocar atores de diferentes municípios para dialogar e discutir foi outra potencialidade do processo, além de aproximar os profissionais de diferentes municípios.

O levantamento dos problemas, as questões relacionadas, foi bacana porque se misturou, juntou uma turma, tanto que ali a gente interagiu. (E3)

E como não era só município-sede, a gente tinha municípios pequenos que

participavam no mesmo grupo que a gente, menores que nós ou maiores, e isso enriquecia muito a discussão. (E5)

Além disso, a interprofissionalidade potencializou o processo de ensino aprendizagem e aproximou as diferentes categorias que compõem uma equipe gestora, promovendo a troca de experiências entre os profissionais de diferentes setores e municípios.

Porque a gente pôde trocar experiências juntos, de diversos setores, eu acho que é bom para aprender um pouco do outro. Porque na verdade a gente trabalha sempre juntos, a intersetorialidade. (E9)

Porque foi um momento de colocar assim gestores de diferentes níveis, de secretários de saúde junto, coordenadores, diretores. (E5)

Entre as diferentes categorias profissionais que participaram das oficinas, e que contribuiu para troca de saberes, merece destaque a participação de contadores, para a ampliação do conhecimento sobre a gestão em saúde e a compreensão de questões orçamentárias e financeiras que permeiam o processo de gestão em saúde nos municípios.

A gente da saúde tem que ter uma visão da Saúde, no curso como teve um momento com os grupos maiores onde tinha outras categorias profissionais principalmente o pessoal da contabilidade, contadores, era uma parte muito rica, em função de que um começa a ouvir, a entender o papel do outro, o lado do outro. Esses momentos eram muito ricos. (E9)

Eu acho que essa oportunidade deles (os contadores) estarem participando, deles se sentirem mais presentes, eles perceberem também a importância fundamental de estarem sentando mais com a gente, da gente estar planejando junto. (E12)

Essa interação e troca de experiência foi oportunizada pelo uso de metodologias ativas durante as oficinas.

Foi um curso bacana, tanto pela metodologia, quanto pelos temas abordados, que são temas que para quem está na gestão, para quem está na linha de frente, acredito que está bem dentro do cotidiano nosso (E3).

O fato do processo de EPS ter sido idealizado, planejado e executado por meio de parcerias entre os representantes da academia e dos serviços, foi fundamental para um melhor desenvolvimento do mesmo. A integração ensino-serviço foi considerada uma potencialidade e uma estratégia importante para intervir nos problemas vivenciados no cotidiano da gestão.

Mas quando vem um ator de fora, vem alguém que é da academia e traz uma energia nova ali para o ambiente, traz uma reflexão sobre como aquele profissional ele tá conduzindo o seu processo de trabalho, isso renova mesmo... E reforçar realmente que aquilo que foi produzido não fique lá só no papel, veiculado em periódico científico, veiculado só entre os profissionais que estão na academia, mas permite que traga isso para realidade mesmo, então eu acho que vem enriquecer mesmo a nossa prática de trabalho.(E5)

Repercussões do processo de EPS na atuação da equipe gestora

O processo de EPS realizado nas regiões foi compreendido como um estímulo para reorganização do processo de trabalho das equipes gestoras:

Depois que eu comecei a participar das reuniões [...], eu vi a necessidade que é, da gente se inteirar de tudo que a gente precisa mudar, atualizar dentro da contabilidade. As vezes faltava até palavras, faltava aquela área mais assim, aí eu comecei a me interessar mais. Sempre atuei na contabilidade central do

órgão (na prefeitura), fazia a contabilidade geral. Só que daí eu comecei a me interessar mais pelo funcionamento, mais pela área da saúde. (E6)

Observa-se por este relato que o processo vivido oportunizou uma melhor integração da equipe, fazendo com que os profissionais se sentissem motivados, empáticos e colaborativos. Esses fatores podem contribuir para um melhor planejamento, execução das ações e serviços de saúde bem como para uma qualificação das prestações de contas na área da saúde.

Aí quando você ouve falar que o município tem que ter um plano municipal de saúde, que precisa estar integrado, eu digo “poxa vida” aqui está destoadado[...]. Eu acho que eu aprendo muito, nessas conversas eu comecei a tomar gosto. Eu comecei a pensar assim: eu preciso melhorar o meu trabalho para fazer que o trabalho do outro funcione bem [...] (E6)

O processo vivido oportunizou ainda, o interesse por novos conhecimentos, à busca de respostas para sanar as dúvidas das equipes gestoras:

Esses dias surgiu um dinheiro e a gente estava com dúvidas, então nós fomos ler a portaria todos juntos, então assim: "Vamos ler a portaria, vamos entender como vai ser a prestação de contas, senão a gente coloca de uma forma até teve um recurso lá que o nosso contador ia colocar em outro projeto atividade, e eu disse olha isso não pode, ele veio na 122, então ele disse mas será? Eu tive um outro entendimento! Então essa participação, esse entendimento, esses esclarecimentos nessas oficinas permitiram uma abertura maior entre eu e o contador. [...] Ele até comentou: poxa que legal eu estou aprendendo muito com vocês, eu tenho muitos anos de contador (37) e parece que eu estou começando do zero. (E12)

Ainda, foi possível identificar que os participantes do processo de EPS reconheceram a importância de seu trabalho e de seu papel enquanto membro da equipe gestora, e que a gestão em saúde necessita ser planejada e executada em equipe.

Este processo foi capaz ainda, de gerar incômodos aos gestores e suas equipes, estimulando-os a refletirem sobre suas atribuições enquanto integrantes da gestão e reconhecerem-se enquanto profissionais essenciais para o desenvolvimento de uma gestão cooperativa, qualificada, comprometida e que contribua para a construção/reconstrução de um SUS resolutivo, equânime e universal.

Para mim ele (PROGESTÃO) me deu um start, depois desse start foi onde eu fui atrás, eu pensei pera lá, isso aqui é nosso, isso aqui é da saúde, (.) Durante as oficinas já começou a mostrar, mas foi no término que eu falei pera lá, agora a gente tem que fazer gestão. (E9)

A educação permanente contribui no sentido de sair da estagnação e pensar novas construções para atender a demanda da saúde, como por exemplo, unir o saber técnico para otimizar e aplicar de forma eficaz os recursos financeiros e humanos. Acho que ainda tem muito a acrescentar, melhorar, mas já começou a aproximar a gestão. (E14)

As problematizações e reflexões desenvolvidas durante a EPS, também permitiram aos participantes qualificar a discussão sobre o processo de fortalecimento enquanto região de saúde, *fez a gente repensar nossa realidade e em todos os aspectos de regionalização e tudo aquilo que a gente vinha discutindo com a Regional de Saúde.* (E5)

Para além da qualificação técnica dos trabalhadores, foi possível compreender que entre eles, houve o despertar da sensação de pertencimento à equipe gestora. Ainda que existam desafios, como a sobrecarga de trabalho, os desgastes físicos e mentais vivenciados durante a pandemia ocasionada pelo Coronavírus, a EPS passou a se constituir como uma

importante ferramenta das equipes gestoras para o enfrentamento de situações críticas.

Nós conseguimos agora por conta do Covid, porque assim, o problema começa a bater na porta e você tem que, diante do circo pegando fogo, tomar algumas providências imediatas, então a gente aderiu, começamos a adquirir como prática essas reuniões para Educação Permanente. (E12)

Ainda de acordo com outro apontamento, a metodologia utilizada no processo de qualificação tem sido usada com frequência, auxiliando a superar outros desafios vivenciados na gestão: *“estou usando praticamente em tudo, porque tivemos que atualizar todo o nosso plano municipal de saúde, nossa programação anual de saúde para poder adequar ao Digisus (E1)*. Nota-se ainda que:

a EPS vem contribuindo na prática gestora para criar oportunidades, para vencer desafios para promover processos de mudança mesmo, sabe, porque senão a gente é engolido pela demanda, por aquele processo repetitivo, por aquele monte de coisa que tem para fazer, pela própria burocracia, porque a gente está trabalhando cada vez mais, é muita coisa para fazer (...). Então a EPS precisa ser fortalecida, ser olhada com carinho porque surte muito efeito no dia a dia dos profissionais. (E2)

Para alguns gestores e integrantes de suas equipes, o processo de gestão e de trabalho em equipe foram fortalecidos, e tiveram maior fluidez, principalmente nos MPP, isso é corroborada pela fala *“a gente conseguiu ter uma equipe que ajudasse a fazer essa parte de gestão, fazer ficar menos pesada a responsabilidade e assim contribuiu para que o gestor consiga planejar as ações com mais segurança, com mais tranquilidade” (E2)*.

Discussão

Os resultados destacaram diversos desafios para a implementação da EPS no cotidiano das equipes gestoras. O não reconhecimento ou o não entendimento da proposta da EPS

representa um desafio e desencadeia ainda outros. Processos de formação cujo sujeito é considerado o protagonista, em que a interação, o diálogo e a construção coletiva estão presentes, são ainda recentes, e, portanto, pouco compreendidos. Não se pode esquecer que a história da educação dos profissionais de saúde ainda é pouco comprometida com a gestão e com a implementação de políticas públicas de saúde (ALMEIDA FILHO, 2013). Além disso, a formação destes profissionais foi basicamente estruturada sob um modelo hegemônico hospitalocêntrico, reducionista, com tendência à especialização e pouco voltado ao exercício de ações interdisciplinares (CECCIM; FEUERWEKWE, 2004; ALMEIDA FILHO, 2013).

Deste modo, ainda é comum que gestores não reconheçam a importância da EPS, e, **portanto**, não a institucionalizem em seus territórios, conforme observado neste e em outros estudos (TESSER *et al.*, 2011; PERES; SILVA; BARBA, 2016; BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2017).

Além da pouca valorização desta estratégia soma-se o fato de as equipes gestoras, sobretudo em MPP, serem em geral reduzidas, o que lhes acarreta uma sobrecarga de trabalho, havendo pouco espaço para processos de formação. A qualificação técnica, o engajamento, a cooperação e a solidariedade são requisitos essenciais para a atuação dos membros das equipes gestoras. Entretanto, esses atributos nem sempre estão presentes entre os trabalhadores dessas equipes.

Além disso, nos MPP, existe a peculiaridade de que muitos profissionais que compõem a equipe gestora também são responsáveis por práticas assistenciais. Isso pode ser visto como algo preocupante, dada a complexidade do trabalho e a necessidade de dedicação exclusiva para o bom desempenho das atividades inerentes à gestão em saúde (MENDONÇA *et al.*, 2018).

A descontinuidade das equipes também tende a dificultar a implementação de processos de formação e/ou qualificação. Quando os sujeitos mencionam a frequente rotatividade dos gestores, evidencia limitações para a consolidação da EPS. Nos municípios em que essa

rotatividade foi mais acentuada, a atuação e a qualificação da equipe gestora mostrou-se ainda mais fragilizada. Entre os principais motivos que acarretam a rotatividade desses gestores, destaca-se a alternância partidária da gestão municipal (PERES; SILVA; BARBA, 2016). Acrescenta-se, ainda, que a contratação de muitos gestores do SUS não atendem as especificidades necessárias para o exercício do cargo, o que enfatiza a precária formação e a falta de experiência para o desempenho das atividades gestoras, além da baixa autonomia política administrativa que os mesmos apresentam. Salienta-se também que o clientelismo político é uma prática recorrente na indicação dos cargos gestores, principalmente nos municípios de pequeno porte (JUNQUEIRA *et al.*, 2010).

Em um cenário onde nota-se limitações de competência e de habilidade técnica, política e organizacional da gestão, é fundamental a implementação de ações de EPS com o objetivo de minorar essas fragilidades. Para tanto, a EPS necessita ser fortalecida como uma política pública de saúde, para que independentemente das mudanças políticas partidárias, sua implementação nas atividades cotidianas dos profissionais de saúde seja uma prioridade dos gestores municipais.

Investir na EPS enquanto um processo constante na gestão mostrou-se bastante promissor no presente estudo. Para além do processo de qualificação em temas relacionados à gestão trabalhados nas oficinas, observou-se a incorporação da EPS como ferramenta para qualificar o cotidiano de trabalho dos profissionais atuantes nesta área. Este resultado contemplou o principal objetivo da EPS, que consiste em produzir mudanças no processo de trabalho, uma mudança que ocorre a partir da reflexão e das necessidades da equipe, tornando-as significativas (BRASIL, 2007; ELY *et al.*, 2023). Importante destacar que os entrevistados trouxeram em suas falas algumas mudanças já iniciadas a partir do processo de EPS, como um maior comprometimento com a gestão compartilhada, incorporação de processos de EPS no

cotidiano da gestão, com destaque para o enfrentamento de problemas decorrentes da pandemia e no processo de definição do uso de recursos financeiros pela equipe gestora.

As mudanças provocadas pela EPS ocorrem, sobretudo, pelo fato de os trabalhadores serem estimulados a refletir sobre o seu processo de trabalho e a buscar novos conhecimentos por meio do compartilhamento do conteúdo discutido durante as oficinas com seus pares durante as atividades de dispersão. A capacidade de refletir e trazer para a cena o contexto vivido gera incômodos e viabiliza possibilidades de novas construções, antes abstratas (MERHY, 2013). Também contribui para gerar ações reflexivas (FREIRE, 2016) e produzir o desejo de ampliar o campo do saber, e isto pôde ser visualizado na prática dos profissionais participantes. Um processo de educação transformador deve despertar no sujeito o interesse de portar-se como um ser histórico, político e social, questionando incessantemente a sua realidade (FREIRE, 2013).

Esse processo de reflexão se dá de modo ativo, ou seja, são os próprios sujeitos que constroem o debate e o conhecimento desse encontro. Desta forma, quando os sujeitos do estudo citam a sensação de pertencimento à equipe fica evidente o quanto é importante que o trabalhador participe das decisões. Nesse sentido é preciso avançar, desenvolver estratégias capazes de instigar e de reposicionar os sujeitos como protagonistas responsáveis pela construção de seus saberes. Para tanto, ao desenvolver processos formativos, ou de qualificação de profissionais da saúde reforça-se a necessidade de primar por metodologias que permitam a possibilidade de reorganização do pensamento do sujeito, em relação à complexa realidade dos serviços de saúde, pois auxiliam a compreensão dessa realidade (CAMPOS, SENA; SILVA, 2017), inclusive no campo da gestão. E as metodologias ativas têm essa característica de tornar o trabalhador um sujeito de ação, uma vez que são fundamentadas em pilares do aprender a aprender, a fazer e a conviver (DELORS, 1999). Esse método permite a troca de saberes, de experiências, e promove importantes contribuições e autonomia ao processo de trabalho das

equipes atuantes na área de gestão em saúde. Possibilita também a problematização da realidade, com relações dialógico-dialéticas (FREIRE, 2016). Além disso, promove uma maior articulação entre os profissionais, em busca de uma solução conjunta, algo mencionado por alguns sujeitos em referência a situações de crise enfrentadas pela pandemia.

Dado a complexidade das atividades executadas pelas equipes gestoras e conforme averiguado no presente estudo, destaca-se a importância de espaços de diálogos para os profissionais atuantes nesta área. E a EPS pode ser a estratégia de construção de espaços coletivos para a reflexão e avaliação das ações produzidas (CECCIM, 2005).

Para tanto, é preciso promover mudanças e ressignificações, considerando o cotidiano dos próprios participantes, sua realidade ressignificável e ressignificante enquanto profissionais das equipes gestoras e que pensem de forma coletiva. Nesse sentido, é imprescindível o desenvolvimento de processos de EPS que operacionalizem o trabalho, alinhado à concepção do trabalho em equipe, da construção cotidiana, do trabalhador enquanto objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (CECCIM, 2005). Campos (2013) salienta que é preciso ampliar a capacidade de direção entre os sujeitos que formam o coletivo. É uma aptidão a ser construída, já que o governar é um ato comum aos membros de uma equipe de trabalho. E o desenvolvimento desses atributos foram visualizados em alguns dos sujeitos participantes.

Dado as fragilidades na formação dos profissionais e as complexidades em se realizar a gestão de um sistema de saúde com a magnitude do SUS, parcerias entre instituições de ensino superior e equipes gestoras, que considerem as necessidades dos envolvidos e seu lócus de atuação, colabora para que mudanças sejam implementadas nestes dois campos, particularmente na área da gestão. Essas parcerias auxiliam em implementações efetivas dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS, oportunizando experiências de caráter

multiprofissional e interdisciplinar (DE CARLI *et al.*, 2019), além de contribuir para a qualificação e reorganização do processo de trabalho em/da gestão.

Considerações finais

O estudo evidenciou desafios e potencialidades para a implementação da EPS, bem como as repercussões de um processo de EPS na/para atuação das equipes gestoras do SUS. Destaca-se como limitação deste estudo, o fato de que a visão e percepções focalizaram-se nas equipes gestoras municipais e de ter sido realizado num contexto de apenas duas regiões de saúde do estado, entretanto é possível inferir, que sua relevância está no fato de que os resultados obtidos, poderão ser extrapolados para a maioria das regiões brasileiras. Desta forma, sugere-se novos estudos que abordem a EPS na área da gestão em saúde e que enfatize também a visão de gestores de outras instâncias federativas.

A dificuldade de institucionalização da PNEPS tem se revelado um grande desafio e carece de apoio para que se consolide enquanto política pública de saúde. No entanto, o estudo desvelou que processos de EPS que lancem mãos de metodologias problematizadoras, com espaços de diálogos interprofissionais e interdisciplinares que permitam a participação de profissionais de diferentes municípios e que sejam apoiados por meio da integração ensino serviço, são essenciais para a qualificação e fortalecimento da gestão.

Ao considerar as repercussões cotidianas nas atividades desempenhadas pelos gestores é possível inferir que a EPS contribuiu para a reorganização do processo de trabalho de equipes gestoras, para o fortalecimento da região de saúde e para uma gestão pública que torne o SUS mais equânime, universal e integral. Um processo de educação transformadora auxilia os sujeitos a ressignificarem seu posicionamento enquanto profissionais e enquanto seres humanos, refletindo nas formas de executarem suas atribuições enquanto membros de uma equipe gestora.

Referências

ALMEIDA, Janaína R. S. *et al.* Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. *Rev. ABENO*, Londrina, v. 16, n. 2, p. 7-15, Abr./Jun. 2016.

ALMEIDA FILHO, Naomar M. de. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 1677-1682, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5mrV9NN3VjZWpDYhthmgKDC/abstract/?lang=pt#.> Acesso em: 05 mai. 2021.

BISPO JUNIOR, José P.; MOREIRA, Diane C. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n 9, p. 1-13, 2017. DOI:<https://doi.org/10.1590/0102-311X00108116>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8dTstJy4fjXWTKTPNkMTgrn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes da ação política para assegurar Educação Permanente no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília; Ministério da Saúde; *Portaria nº 198 de 13 de fevereiro, 2004*. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Secretaria Nacional De Assistência Social. *Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004 e Norma Operacional Básica NOB/SUAS*. Brasília-DF, 2005, 175p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Ato Portaria GM nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências*. Brasília, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 15 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde, Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf. Acesso em: 07 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 466 de 12 de

dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, *Diário Oficial da União* nº 12, seção 1, p.59, Dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. 73 p.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Manual Técnico 2018: Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS PRO EPS-SUS* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 40 p.

CAMPOS, Gastão W.S. *Um método para análise e cogestão de coletivos: A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAMPOS, Kátia F.C.; SENA, Roseni R.; SILVA, Kênia L. Educação permanente nos serviços de saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.1-10, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0317>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/9vD6Ww7FyM9qHFKqgrRkT3c/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 10 nov. 2021.

CARDOSO, Ivana M.; " Rodas de educação permanente" na atenção básica de saúde: analisando contribuições. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 18-28, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/R67z7ZTgdCD88XQNVG8dLrP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2021.

CECCIM, Ricardo B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9: p. 161-168, 2005.

CECCIM, Ricardo B.; FEUERWERKER, Laura. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, p. 41-65, 2004.

DELORS, J. (Coord.). Os quatro pilares da educação. In: DELORS, J. et al. *Educação um tesouro a descobrir. Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI*. São Paulo: Cortez 1999. p. 89-102.

DE-CARLI, Alessandro D. et al. Integração ensino-serviço-comunidade, metodologias ativas e Sistema Único de Saúde: percepções de estudantes de Odontologia. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n.4, p. 476-483, out./dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201900040452>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ca> [dsc/a/VLgs88ygZM66B3DGsNw9kt/?lang=pt#](https://www.scielo.br/j/ca/dsc/a/VLgs88ygZM66B3DGsNw9kt/?lang=pt#). Acesso em: 15 jan. 2022.

ELY, Karine Zenatti et al. A Educação Permanente em Saúde e os atores do sistema prisional no cenário pandêmico. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 21, 2023, e01224207. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746Ojs1224>. Disponível em: <https://www.tes.epsjv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/1224>. Acesso em: 22 fev.2023.

FABRINI, Vanessa C. N.; CARVALHO, Brígida G.; MENDONÇA, Fernanda F.; GUARIENTE, Maria H. D. Cuidado a pessoas com tuberculose privadas de liberdade e a educação permanente em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, [S. l.], v. 16, n. 3, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00166>. Disponível em: <https://www.tes.epsjv.fiocruz.br/>

index.php/tes/article/view/967. Acesso em: 25 jun. 2021.

FERLA, Alcindo A.. Programa Mais Médicos e desenvolvimento do trabalho: um efeito de educação permanente em saúde? *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180679>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/mmWv64TYsMxGgZBTdxHWJpr/?lang=pt>. Acesso em: 01jun. 2021

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 53.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2013.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 53. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades, 2021. População Estimada 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 jul. 2021

JUNQUEIRA, Túlio S. *et al.* As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, n. 26, p. 918-928, 2010.

LE MOS, Cristiane L. S. Educação permanente em saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182015>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000300913&scrypt=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 jun. 2019.

MACHADO, Cristiane V.; LIMA, Luciana D.; BAPTISTA, Tatiana W. F. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. *In: Oliveira, Roberta G; Grabois, Victor; Mendes Junior, Walter V.(org) Qualificação dos gestores no SUS*. Rio de Janeiro, 2. ed.: EAD; ENSP; 2011. p. 47-72.

MALAMAN, Lia B. *et al.* Gestão em saúde e as implicações do secretário municipal de saúde no SUS: uma abordagem a partir da análise institucional. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, 2021. DOI: <https://www.scielo.br/j/physis/a/vCg89G4pf76XzS3GxV7Jqtk/?lang=pt>. Acesso em 06 mai. 2022.

MENDONÇA, Fernanda F. *et al.* Atuação do enfermeiro na equipe gestora de saúde em municípios de pequeno porte. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, Curitiba v. 1, n. 2, p. 118-128, 2018.

MERHY, Emerson E. *Educação Permanente em movimento: uma política de reconhecimento e cooperação, construindo encontros no cotidiano das práticas de saúde*. Porto Alegre, 2013. Disponível em: <https://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/artigos/ep-uma-politica-de-reconhecimento-e-cooperacao-construindo-encontros-no-cotidiano-das-praticas-de-saude>. Acesso em: 15 fev. 2021.

MICCAS, Fernanda L.; BATISTA, Sylvania H.S.S. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n1, p. 170-185, fev. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004498>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/mgS9mfHm6ScNLRxq9DRJYdf/abstract/?lang=pt>. Acesso em:05 set. 2021.

MINAYO, Maria C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

PERES, Cristiane; SILVA, Roseli F.; BARBA, Patrícia C. S. D. Desafios e potencialidades do processo de educação permanente em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-801, set. /dez. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00016>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tes/a/FgQKkKbJBwSK7SWC5hLHyGJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 jul. 2021.

RICOUER, Paul. The Model of the Text: meaningful action considered as a text. In: *New Literary History. What Is Literature? The Johns Hopkins University Press*, p. 91-117, 1973.

TESSER, Charles D., *et al.* Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 4295-4306, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200002>. Disponível em: [scielo.br/j/csc/a/YnZHdvQsnBnb8TNMXkfyM4B/?](https://www.scielo.br/j/csc/a/YnZHdvQsnBnb8TNMXkfyM4B/?lang=pt)

[lang=pt](https://www.scielo.br/j/csc/a/YnZHdvQsnBnb8TNMXkfyM4B/?lang=pt). Acesso em: 17 dez. 2020.

6 TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

O presente estudo teve como objetivo analisar as repercussões de um processo de integração ensino serviço por meio da EPS para o fortalecimento da gestão do SUS. As considerações abaixo descritas dizem respeito à temporalidade, à visão de mundo e posicionamento da pesquisadora no contexto estudado. Não se possui a intencionalidade de apresentar verdades absolutas ou considerações finais sobre o tema estudado.

A complexidade da gestão vivenciada no contexto do SUS pode ser amenizada por meio de parcerias entre o mundo do ensino e o mundo do trabalho. Essa lógica tornou-se evidente no artigo 1, em que se desvelou a integração ensino-serviço exercida principalmente sobre a ótica da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade com capacidade de promover transformações e/ou ressignificações da realidade experimentada no campo da gestão e suas contribuições para com a consolidação deste campo no/do SUS.

Quando o processo de integração é colocado em prática utilizando metodologias de EPS durante o processo de ensino aprendizagem desenvolvido durante as oficinas do PROGESTÃO o potencial dessa estratégia como apoio para as equipes gestoras tornaram-se ainda mais sólidas. Além disso, dado ao seu caráter reflexivo, transformador propiciado por meio de ações baseadas em atividades de problematização e da consideração do saber prévio dos educandos, bem como dos cenários em que os sujeitos envolvidos no processo de ensino- aprendizagem se encontravam, tornaram o processo de EPS mais significativo.

Esse modelo de processo educativo no e para o trabalho figura como uma potente estratégia para a qualificação de equipes gestoras municipais, atuantes no SUS. Entretanto persiste o desafio de ampliar a realização de processos de EPS no campo da gestão do sistema público de saúde, no sentido de desenvolver novas estratégias para qualificar e potencializar as práticas de gestão municipal e instrumentalizar as equipes para o aperfeiçoamento de sua atuação.

A EPS para as equipes gestoras deve ser algo contínuo pois sempre haverá lacunas de conhecimentos, novas possibilidades de ações, novos olhares e interpretações por meio de outros processos de qualificação que poderão contribuir com a gestão do SUS, principalmente quando se considera a sua complexidade e a sua dinamicidade.

A necessidade da pesquisadora em ampliar o conhecimento sobre o tema e de uma melhor compreensão sobre a percepção dos profissionais atuantes nas equipes gestoras municipais no que se refere ao processo de EPS desenvolvido, motivou a escrita do manuscrito 2.

Os resultados do referido manuscrito, permitem a reafirmação de que embora a EPS contribua com a sustentabilidade do SUS, ainda é preciso ultrapassar inúmeros desafios para que sua implementação no cotidiano das equipes gestoras se efetive de fato.

Entre eles, o não reconhecimento e /ou fragilidades no entendimento de que propostas de EPS, em que o sujeito seja considerado e posicionado como protagonista do seu processo de ensino-aprendizagem, onde a interação, o diálogo e a construção coletiva sejam presentes, ainda é algo recente e pouco compreendido.

Ao considerar a existência de limitações de competência técnica, política e organizacional da gestão, considera-se que investir em processos de EPS de maneira contínua, mostra-se como algo bastante promissor.

Vale destacar, que após o término do processo de qualificação, pode-se perceber que o mesmo também trouxe importantes contribuições para os representantes do mundo da academia. Os docentes e discentes que atuaram como facilitadores e coordenadores do processo de qualificação mantiveram posturas proativas, impulsionadoras de mudanças, cooperativas não somente com a organização e execução do mesmo, mas também comprometidas com a qualificação profissional e com o crescimento pessoal dos profissionais atuantes nas equipes gestoras municipais.

Ressalta-se ainda, que a intencionalidade de se considerar os conhecimentos prévios dos sujeitos e a opção pela utilização de metodologias ativas que permitiam a reflexão e a ressignificação dos saberes e experiências são estratégias contextualizadas com a realidade vivida, e relevantes em processos de formação e ou qualificação de equipes gestoras, e conseqüentemente, contribuem para o fortalecimento da gestão e consolidação do SUS, além de se mostrar como prática pedagógica democrática e assentada em princípios de liberdade e autonomia.

A participação e envolvimento dos representantes das Regionais de Saúde desde os diálogos iniciais relacionados ao planejamento, organização e execução do processo de qualificação contribuiu de maneira positiva para ampliar o intercâmbio de saberes e para o aprimoramento das práticas em gestão.

Quanto a metodologia desenvolvida pelos facilitadores deste processo e aplicada durante a execução das oficinas e orientações para as atividades de dispersão, a mesma cooperou para produzir transformações no/do processo de trabalho dos sujeitos atuantes nas equipes gestoras municipais, uma vez que permitiu, a partir das reflexões desencadeadas, e ao levar em consideração as necessidades dos participantes, a produção de novos significados, até então abstratos.

Acredita-se que este processo de EPS foi capaz de despertar em muitos dos sujeitos envolvidos, a consciência de que são seres históricos, políticos e sociais, capazes de promoverem questionamentos incessantes sobre suas realidades, uma nova forma de portar-se em seus mundos habitados, conforme preconiza a pedagogia freireana.

Para tanto é preciso avançar, construir novos espaços de diálogos entre as equipes gestoras, e que estes cenários possam contar com o apoio da academia qualificando o processo de reflexão sobre os problemas vivenciados na gestão e elaborando respostas bem-sucedidas para a solução das mazelas experimentadas nesta área.

Um fator limitante deste estudo, foi o de a entrevista ser direcionada apenas aos sujeitos atuantes nas equipes gestoras municipais, que participaram do processo de EPS, não permitindo a avaliação do fenômeno sobre a ótica dos outros entes federativos, trabalhadores dos consórcios intermunicipais de saúde, bem como dos docentes e dos facilitadores do processo.

Embora tenha se tornado evidente o despertar e a sensibilização dos profissionais atuantes nas equipes gestoras municipais quanto a importância de se aprofundar seus conhecimentos na área da gestão, e também seja perceptível o fortalecimento do elo implementado entre a universidade e os profissionais atuantes nessas equipes, torna-se necessário o desenvolvimento de novos processos de integração ensino-serviço no campo da gestão em saúde, bem como a realização de novos estudos que avaliem sob a perspectiva dos representantes da academia, as contribuições geradas para o mundo do ensino.

Entretanto é preciso considerar ainda, que a busca pela compreensão desse fenômeno nunca é desvelada em sua totalidade, pois a compreensão crítica do fenômeno pesquisado sempre se dará pelo prisma do pesquisador que o elabora.

Com isso, sempre haverá lacunas na literatura para que a pesquisa possa continuar, principalmente ao considerar a complexidade da gestão do SUS. Entretanto, reafirma-se que isso não é um problema para a hermenêutica crítica, mas sim uma potencialidade que estimula o pesquisador, principalmente quando o mesmo faz opção pela pesquisa ação.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. S. *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, Sept. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 Mar.2020.

ALCÂNTARA, V. C.; PAIVA, A. L.; BRITO, M. J. Desvelando “caixas-pretas” dos textos de estratégia: uma abordagem baseada na hermenêutica crítica. **Organizações & Sociedade**, Salvador, v. 25, n. 84, p. 030-049, 2018.

ANANIAS, R. A. R.; NOLASCO, L. G. Análise da emenda constitucional n. 95, de 2016, sob a perspectiva de Violação de direitos fundamentais. **Revista Jurídica Direito, Sociedade e Justiça**, v. 5, n. 6, 2018.

ARAÚJO, N. P.; MIRANDA, T. O. S.; GARCIA, C. P. C. O estado da arte sobre a formação do enfermeiro para a gestão em saúde. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 3, n. 2, 2014. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/365>. Acesso em: 15 ago. 2021.

BALDOINO, A. S; VERAS, R. M. Análise das atividades de integração ensino-serviço desenvolvidas nos cursos de saúde da Universidade Federal da Bahia. **Revista da Escola de Enfermagem**, USP, São Paulo, v. 50, n. spe, p. 17-24, June 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016001100017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 Mai 2020.

BATISTA, C. B. Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades. **Barbaroi, Santa Cruz do Sul**, n. 38, p. 97-125, jun. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782013000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 nov. 2020.

BORSATO, F. G. **Hospitais gerais públicos de média complexidade na rede de urgência e emergência**: influência da estrutura de gestão. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Recursos Humanos. Relatório final**. Brasília; 1986. Disponível em: URL: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CNRH_sa%FAde.pdf. Acesso: em 15 dez. 2021

_____. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde - NOB-RH/96**. Brasília: Ministério da Saúde; 1996b.

_____. **Portaria Interministerial nº 610, de 26 de março de 2002**. Institui o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED). Diário Oficial da União. Brasília, DF. 01 Abr 2002.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento**

dos profissionais de saúde: diretrizes da ação política para assegurar Educação Permanente no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Secretaria e Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento da Educação em Saúde. Brasília; Ministério da Saúde; **Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004a.** Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.r/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 03 mai. 2020.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver-SUS Brasil:** cadernos de textos. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. (Série B. Textos Básicos de Saúde). 299 p.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **AprenderSUS:** o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília, 2004c. 20 p.

_____. **Portaria interministerial n. 421, de 03 de março de 2010.** Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 5 mar. 2010a. Seção 1, p. 52.

_____. **Portaria Interministerial nº 422, de 3 de março de 2010.** Estabelece orientações e diretrizes técnico-administrativas para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e da Educação. Diário Oficial da União; Brasília, DF, 4 mar. 2010b.

_____. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial nº 2087 de 1 de setembro de 2011a.** Institui o Programa de Valorização do Profissional da atenção básica. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.htm. Acesso em: 10 jun. 2021.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos:** Resolução nº 466 do CNS. Brasília: Ministério da Saúde, dez. 2012. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 fev. Seção 1, p. 43.

_____. **Portaria 278, de 27 de fevereiro de 2014.** Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos:** mais saúde para os brasileiros. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:** o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da

Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. 73 p.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Manual Técnico 2018:** Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS PRO EPS-SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 40 p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei 9.394 de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.** Brasília, 1996. Brasília: Senado Federal, 1996a.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. **Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001.** Estabelece as diretrizes curriculares para os cursos de ciências biológicas. Diário Oficial da União. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004 e Norma Operacional Básica NOB/SUAS.** Brasília-DF, 2004d, 175p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria nº. 2.118, de 3 de novembro de 2005.** Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Diário Oficial da União.

_____. **Portaria Interministerial nº 1.507 de 22 de junho de 2007.** Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, Seção 1. jun. 2007a. p.56.

BRASIL. **Portaria n. 1.996 GM/MS, de 20 de agosto de 2007.** Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 22 ago. 2007b. Seção 1, p. 34.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n.º 7508, de 28 de junho de 2011b.** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jun. 2011d.

BRASIL. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.** Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out. 2013. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em: 10 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.124, de 04 de agosto de 2015**. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) para o fortalecimento da Integração Ensino, Serviços e Comunidade no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 2015b.

CAVALLI, L. O; CARVALHO, B. G. A formação médica na atenção primária à saúde: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online] v. 46, n. 4, 2022. Epub 15-Dez-2022. ISSN 1981-5271. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.4-20200562>. Acesso em: 20 fev. 2023.

CARVALHO, B. G. **Coordenação de unidade da atenção básica no SUS: trabalho, interação e conflitos**. Tese (Doutorado em Gerenciamento em Enfermagem). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14 n.1 p. 41-65, 2004.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Educação permanente em saúde**. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio Cesar França (org.) **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CHAVES, I. T.S.; GROSSEMAN, S. O Internato médico e suas perspectivas: estudo de caso com educadores e educandos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 3, p. 212–222, 2007.

CHAVES, M.; FEUERWERKER, L.; TANCREDI, F. B. **Revisitando o ideário e reconstruindo a proposta**. In ALMEIDA, M, FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. (org.) **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec, 1999.

COSTA, G.A.L. **O procedimento do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) nas 4ª e 5ª regiões de saúde do Rio Grande do Norte**. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, 2017.

DELORS, J. (Coord.). **Os quatro pilares da educação**. In: DELORS, J. et al. **Educação um tesouro a descobrir. Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI**. São Paulo: Cortez 1999. p. 89-102.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1613–1624, 2013.

DUARTE, E. S.; FARIAS, V. G.; OLIVEIRA, N. A. **O método hermenêutico e a pesquisa na área das ciências humanas**. Salão do Conhecimento, Unijuí, 2017.

ELLERY, A. E. L.; BOSI, M. L. M.; LOIOLA, F. A. Integração ensino, pesquisa e serviços em saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Revista Saúde Sociedade**. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 187-196, Mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Mar. 2021.

FAURE. E. et al. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). **Aprender a ser: la educación del futuro**. Madrid: Unesco, 1973.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 23, p. 427-438, 2007.

FREIRE, P. **Educação e atualidade brasileira**. Recife: Universidade do Recife, 1959.

_____. **Política e educação: ensaios**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 1993.

_____. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3^a ed. São Paulo: Centauro; 2001.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 53^a ed. São Paulo: Paz e Terra, 2016.

GADOTTI, M. **A educação contra a educação: O esquecimento da Educação e a Educação Permanente**. 5 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. **Extensão universitária: para quê**. Instituto Paulo Freire, v. 15, p. 1-18, 2017.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, p. 551-570, 2010.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. Proceso de trabajo y educacion permanente de personal de salud: reorientacion y tendencias en america latina. **Educacion Médica y Salyud**. vol. 24, n. 2., p. 136, 1990.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades, 2021. **População Estimada 2021**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 jul. 2021.

KHALAF, D. K. et al. Integração ensino-serviço: construindo o ateliê pedagógico em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, 72, n. 2, p. 375-382, abr. 2019. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000300375&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 mar.2021.

KLOH, D. et al. Integração ensino -serviço no contexto do projeto político-pedagógico de cursos de enfermagem. **Rev. Enferm UFPE on line**, p. 4554-4562, 2017. Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231194>. Acesso em: 05 ago. 2019.

KRÜGER, T. R.; REIS, C. Organizações sociais e a gestão dos serviços do SUS. **Serviço Social & Sociedade**, p. 271–289, 2019.

LEITE, F. L. B. **Fusão de municípios: impactos econômicos e políticos da diminuição do número de municípios em Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Universidade do Minho - Escola de Economia e Gestão, Minho, 2014.

LEMOS, C. L. S. **A concepção de educação da política nacional de educação permanente em saúde**. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2010.

_____. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 913–922, 2016.

LIMA, J. C. F.; BRAGA, I. F. **Projeto Memória da Educação Profissional em saúde**. Anos 1980-1990. Relatório final, 2006.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. **Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS**. In: Qualificação dos gestores no SUS. 2a. Rio de Janeiro, RJ; 2011. EAD/ENSP, p.47-72.

MENDES, T. M. C. et al. Contribuições e desafios da integração ensino-serviço-comunidade. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 29, e20180333, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072020000100312&lng=en&nrm=iso. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0333>. Acesso em: 04 abr. 2021.

MINAYO, M. C. S. **Hermenêutica-Dialética como Caminho do Pensamento Social**. In: Minayo, M.C.S, Deslandes, S.F. Caminhos do Pensamento: Epistemologia e método. Ed Fiocruz, RJ, 2008, p. 83-108.

_____. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. **Salud Colectiva**, n.6, v. 3,p. 251-261, 2010.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MOREIRA, C. O. F.; DIAS, M. S. A. Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **ABCS Health Sciences**, v. 40, n. 3, 2015. Disponível em: <https://portalnepas.org.br/abcshs/article/view/811> Acesso em: 14 nov. 2020.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

OJEDA, B. S.; SANTOS, B. R. L.; EIDT, O. R. A integração ensino e assistência na enfermagem: delineando possibilidades para uma prática contextualizada. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 432-438, 2004.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; LACERDA, M. R. A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 336-343, 2006.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F.. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. suppl, p. 1819–1829, 2007.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1723-1728, 2018.

PAULA, A. C.; SPERBER, S. F. **Teoria literária e hermenêutica ricoeuriana: Um diálogo possível**. Dourados: EDUFGD, v. 1, 2011.

PEDUZZI M. **Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho**. In: Pinheiro R, Mattos R.A., Barros M.E.B., organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Abrasco; 2010. p. 161-77.

PEREIRA, I.; LAGES, I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis? **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 319-338, 2013.

REDE UNIDA. Termo de Referência: oficina 1: diretrizes curriculares nacionais e níveis de atenção à saúde: como compatibilizar? In: **Congresso Nacional da Rede Unida**, 7, 2006. Anais. Curitiba, 2006.

RIBEIRO, E. C. O. A educação dos profisisonais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 4, p. 139-142, 2000.

RICOUER, P. **The Model of the Text: meaningful action considered as a text**. In: New Literary History. What Is Literature? The Johns Hopkins University Press, p. 91-117, 1973.

RICOEUR, P. **Hermenêutica e ideologias**. Petrópolis: Vozes; 2011.

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1729–1736, 2018.

SANTOS, L. M. P.; COSTA, A. M.; GIRARDI, S. N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 11, p. 3547–3552, 2015.

SIDI, P. M.; CONTE. A hermenêutica como possibilidade metodológica à pesquisa em educação. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, v. 12, n. 4, p. 1942–1954, 2017.

SILVA, J. F. S. **Regionalização e cooperação nas estratégias de contratualização no SUS**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

SOUZA, L. **Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo**. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração de Saúde), Universidade de Campinas. Campinas, 2002.

TERRA, M. G. et al. Fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur como referencial metodológico numa pesquisa de ensino em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 93-99, 2009.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. São Paulo: Cortez, 2011.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). **Auditoria operacional**: Programa Mais Médicos e Projeto Mais Médicos para o Brasil; avaliação da eficácia do programa. TC nº 005.391/2014. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/auditoria-operacional-no-projeto-mais-medicos-para-o-brasil.htm>. Acesso em: 07 set. 2021.

VASCONCELOS, A. C. F.; STEDEFELDT, E.; FRUTUOSO, M. F. P. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**. 2016, v. 20, n. 56. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0395>. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0395>. Acesso em: 04 nov.2022.

VENDRUSCOLO, C. et al. Integração ensino-serviço e sua interface no contexto da reorientação da formação na saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 1015-1025, 2016.

WERTTHEIN. J.; CUNHA, C. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). **Fundamentos da Nova Educação**. Brasília: UNESCO. 2005.

ZARPELON, L. F. B.; TERCENIO, M. L.; BATISTA, N. A. Integração ensino-serviço no contexto das escolas médicas brasileiras: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 12, p. 4241–4248, 2018.

ZARPELON, L. F. B; BATISTA, N. A. A gestão da integração ensino-serviço nas escolas médicas do Paraná, PR, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 26, e220089, 2022. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832022000100263&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 fev. 2023.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO: Estratégias de cooperação para a regionalização em saúde: os casos do Paraná (Brasil)

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa "Estratégias de cooperação para a regionalização em saúde :os casos do Paraná (Brasil) **aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com o parecer nº 3.120.681.** O objetivo da pesquisa é "formular estratégias de cooperação para a regionalização em Saúde na Macrorregião Norte ", com ênfase no **Processo de integração ensino-serviço por meio da Educação Permanente para o fortalecimento da Gestão do SUS na 16ª, 17ª RS.** Sua participação é muito importante e ela poderia ocorrer de duas formas: observação das oficinas de EPS e/ou por meio da aplicação de um questionário.

Esclareço que sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Destacamos que os registros audiovisuais obtidos durante a coleta de dados serão destruídos após a análise.

Esclarecemos ainda, que o(a) senhor(a) não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação..

Os benefícios esperados são de contribuir com a identificação e reflexão de estratégias que possam auxiliar no fortalecimento da gestão do Sistema Único e de sua regionalização.

Quanto aos riscos, informo que a presente pesquisa não apresenta risco aos envolvidos sendo que todas as informações obtidas através de questionários e registros impressos serão tratados com confidencialidade e sigilo.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá contatar a pesquisadora Edinalva de Moura Ferraz, Rua Tirano , nº 254, Arapongas- Pr, ou pelo telefone(43) 99722260, ou por meio do email: edinalvaenf@yahoo.com.br .

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao (à) senhor(a).

Londrina, ____ de _____ de 2019.

Edinalva de Moura Ferraz
Pesquisadora

Eu, _____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura: _____
Data: ____/____/____

Obs.: TCLE conforme normas da Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012.

ANEXO A – MATERIAL PEDAGÓGICO UTILIZADO NO PROCESSO EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

PROGESTÃO

PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO E APOIO ÀS EQUIPES MUNICIPAIS DE GESTÃO E PLANEJAMENTO DA 16ª E 17ª REGIONAL DE SAÚDE

OFICINA 1

SER GESTOR E REGIONALIZAÇÃO

Abril/2019



Autores

Brígida Gimenez Carvalho

Carolina Milena Domingues

Edinalva de Moura Ferraz

Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes

Felipe Assan Remondi

Fernanda de Freitas Mendonça

Fernando Nelson Lara

Sílvia Karla Azevedo Vieira Andrade

Stela Maris Lopes Santin



Este trabalho está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição-NãoComercial-Compartilha Igual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

1 OBJETIVOS EDUCACIONAIS

- Contextualizar a organização e funcionamento do programa;
- Discutir as competências, dimensões e macrofunções do gestor em saúde;
- Refletir sobre os fatores limitantes, potencialidades e caminhos para a regionalização dos serviços de saúde.

2 PROGRAMAÇÃO

1º momento (30 min)

- Solicitar que os participantes destaquem o que chamou a atenção no texto OS DESAFIOS DO SER GESTOR (Capítulo 6 do livro – Gestão da Saúde em Pequenos Municípios – O caso do Norte do Paraná).

- Discutir as dimensões (técnica e política) relacionadas ao papel do gestor na saúde

2º momento – Abertura do tema Regionalização (30 min)

-Questões norteadoras do debate:

- Como os desafios da gestão se relacionam com o processo de regionalização?
- Qual sua compreensão sobre regionalização?

- Pedir que registrem em um papel e depois socializem seus conhecimentos

3º momento (60 min) – Apresentação do caso disparador

- Leitura e discussão do caso disparador em pequenos grupos (de cinco pessoas).

4º momento (45 min) - Leitura do texto

- Leitura do texto Regionalização como Prática na Relação Federativa em pequenos grupos (de cinco pessoas).

- Questão norteadora do debate:

- Como o texto contribui para o enfrentamento dos problemas apresentados no caso.?

5º momento (60 min) - Síntese dos grupos

- Apresentação das síntese dos grupos

Atividade de dispersão

- Responder as perguntas:

- Como o texto contribui para o enfrentamento de seus problemas de gestão?
- Quais dificuldades você percebe para a operacionalização da regionalização?
- O que você sugere para o enfrentamento dessas necessidades?

3 SITUAÇÃO PROBLEMA

Roseli está em seu segundo ano como gestora de saúde do município de Joantina. Este município conta com 17.000 mil habitantes, possui 3 UBS, 5 ESF, um HPP com ocupação média de 30% dos leitos/mês. Joantina está em uma região de saúde denominada de Leôncio José, a qual abrange 23 municípios e uma população total de 600.000 habitantes. As consultas especializadas de Joantina são realizadas pelo centro de especialidade do consórcio intermunicipal e na policlínica do município.

Roseli estava na reunião do CRESEMS no município vizinho, quando recebeu uma ligação do agendador que disse necessitar marcar uma consulta com o reumatologista para Dona Maria, pois, a situação de saúde havia se agravado muito, entretanto, não haviam consultas disponíveis. Nas referências pactuadas Roseli aproveitou o momento do café da reunião para discutir o problema com os demais colegas, iniciando um debate com vários questionamentos:

- O município de gestão plena era responsável por ofertar a consulta extra?
- A oferta pactuada é respeitada?
- Como distribuir melhor a oferta entre os municípios?
- Quais instrumentos poderiam colaborar para a organização integrada dos serviços?
- O que pode ser construído no âmbito regional pelos gestores?
- Qual o recurso físico e financeiro disponível na região e como ele é aplicado?
- Quais atores que participam do acompanhamento da contratualização?

Durante o debate o apoiador do COSEMS pediu a fala e lembrou que no histórico de construção do SUS surgiram várias normativas na década de 1990 que regulamentaram o processo de descentralização do SUS para os municípios. Somente 10 anos depois iniciaram-se as discussões sobre o processo de regionalização.

O apoiador lembrou instrumentos recentes que regulamentam a relação federativa. Todas essas normativas causaram grande preocupação entre os presentes e o problema apresentado pela Roseli tornou-se pauta para a próxima reunião.

4 TEXTO DE APOIO – A REGIONALIZAÇÃO COMO PRÁTICA NA RELAÇÃO FEDERATIVA

Diante do processo de redemocratização no país, com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe-se a partir da Constituição Federal de 1988, uma nova conformação descentralizada e regionalizada da gestão em saúde, cabendo ao ente municipal as maiores responsabilidades na administração dos serviços e ações de saúde¹.

Apesar dos avanços trazidos pela municipalização, o aumento das responsabilidades e do ônus conferidos a gestão municipal apontam para a fragilidade na regionalização e no esgotamento potencial das iniciativas individuais dos municípios na organização do sistema de saúde. Além disso, a dualidade que se estabeleceu entre as normas e os territórios no processo de regionalização distanciou a concretização desse processo, uma vez nem todas as normativas são adequadas a todos os territórios, o quais apresentam configurações heterogêneas².

Esses problemas relativos ao processo de regionalização, ressaltam a necessidade de adotar e potencializar mecanismos de cooperação entre os municípios, as quais ocorrem, sobretudo, por em meio às Relações Federativas. A Relação Federativa é um elemento potencial para fomentar a Regionalização, o que requer a aplicação de instrumentos para seu fortalecimento, no intuito de cumprir com a sua efetivação.

Para Viana³ um dos fatores mais relevantes a partir da formação do sistema de saúde foi a estruturação de um tipo específico de relacionamento entre as esferas de gestão, tendo em vista a necessidade de integração, articulação e regionalização das ações e serviços.

A Regionalização, prevista na Constituição Federal e no arcabouço legal e normativo do SUS apresenta extrema relevância no fortalecimento no planejamento e na gestão pública de saúde no país e subsidia a construção de uma identidade regional, por meio do planejamento ascendente e da gestão solidária e cooperativa nas regiões de saúde.

A partir da compreensão acerca da Relação Federativa e do processo de Regionalização na trajetória de construção do SUS, torna-se imperativo compreender

quais conceitos podem ser utilizados no contexto das relações federativas para contribuir com o fortalecimento regional. Para tanto, será apresentado o conceito de Ação Coletiva.

AÇÃO COLETIVA COMO FERRAMENTA PARA PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO

A ação coletiva é um conceito pelo qual é possível contribuir para a compreensão das relações federativas, da Regionalização e também dos mecanismos de cooperação. Para abordá-la, é importante apontar para as contribuições dos autores que subsidiam as reflexões sobre o tema. Dentre eles, destacam-se Alberto Melucci⁴ (1943-2001) e Maria da Glória Gohn⁵.

O conceito de ação coletiva para Melucci⁴ é desenvolvido por meio da Teoria dos Novos Movimentos Sociais (TNMS), sendo sua motivação não embasada em interesses economicista e utilitarista. Os sujeitos passam a lutar não pelo poder ou por bens de consumo, mas são imbuídos de uma nova orientação para a ação social. Melucci⁴ ressalta que surge uma busca de outros bens imensuráveis, como a autorrealização, a solidariedade e a identidade. Em destaque à identidade coletiva, Melucci⁶ aponta que esta não é um produto de trocas, negociações, decisões e conflitos.

Gohn⁵ por sua vez, indica que a ação coletiva não é apenas a soma de vontades individuais, mas uma forma de cooperação e requer uma ação conjunta, um projeto coletivo. Deste modo, a ação coletiva relaciona-se aos movimentos sociais, podendo manifestar-se por meio de atuações em larga escala ou de forma menos visível, através da organização e comunicação entre grupos⁷.

Diante do exposto acerca dos conceitos e nuances da ação coletiva e sua conceituação diante dos interesses individuais ou coletivos, é possível perceber que esse tema impulsiona as reflexões acerca das relações federativas, tendo em vista o posicionamento dos atores sociais atuantes no âmbito do planejamento e da gestão em saúde.

Com isso, a ação coletiva apresenta-se como um fenômeno essencial a ser posicionado no âmbito das Relações Federativas, sobretudo diante da proposta de identificação, análise e socialização de estratégias de cooperação entre os entes federativos. Além disso, a ação coletiva configura-se como eixo motivador para o processo decisório e de mudanças, ao qual se refere o planejamento, cabendo abordá-

la sob o enfoque dos valores da solidariedade, considerados outros aspectos igualmente significativos, quais sejam: a identidade coletiva (que se vincula à territorialização e às Regiões de Saúde), a ação dos atores (sendo este um agir coletivo), a cultura (representada pelo respeito às especificidades territoriais no âmbito da gestão em saúde), as lutas cotidianas (que são as práticas, ações e instrumentos da gestão) e a ideologia (podendo surgir como pressupostos os princípios do SUS, entre outros ideais comuns).

OBSTÁCULOS A SEREM SUPERADOS NA RELAÇÃO FEDERATIVA

A ação coletiva, portanto, é uma lacuna a ser fomentada entre os gestores de saúde, uma vez percebida a necessidade de controle sob os interesses individuais, para que os interesses coletivos estejam no centro das discussões, tendo em vista que o conflito social é inevitável.

Dentre estes conflitos encontram-se diversos fatores dificultosos, quais sejam:

- a) as dificuldades na Relação Federativa entre pares no âmbito municipal;
- b) a burocratização dos instrumentos de gestão;
- c) a desvalorização dos espaços de discussão e das instâncias de deliberação;
- d) a verticalização das relações no processo decisório entre as esferas de gestão em saúde;
- e) participação e engajamento municipal incipientes no planejamento regional;
- f) territórios regionais demarcados por relações de submissão e dependência;
- g) persistência de cenários de volatilidade dos acordos na Relação Federativa;
- h) rotatividade dos atores na tomada de decisões, com descontinuidade das políticas públicas;
- i) interferência na gestão por demandas do âmbito do jogo político; entre outros.

Essas limitações são comuns em diversas Regiões de Saúde no âmbito nacional. Para que uma RS seja efetiva é necessário que os entes federativos que a compõe

estabeleçam uma relação dialógica e cooperativa, renovada e crescente, superando os dificultadores ocasionados pela renovação das equipes de gestão. É a partir das relações sociais que ocorrem as articulações, trocas e compartilhar de experiências, oportunizando o planejamento e a tomada de decisões, de forma que a interação oportuniza ao gestor a concretização de seu papel⁸.

A Região de Saúde do Médio Paranapanema, que contempla 21 municípios possui cerca de um milhão de habitantes em seu sistema de saúde regional e quatro microrregiões organizadas, que compartilham também das limitações apontadas. As relações federativas nesta região se apresentam ainda de maneira incipiente se analisados os aspectos da representatividade e da integração nas instâncias de articulação regional, macrorregional e estadual, além de obstáculos no modo de exercício do poder entre os entes federados, com evidências de relações de dependência e sobredependência⁹.

No âmbito da estrutura interna, as pequenas localidades enfrentam importantes limitações para estruturar a equipe de gestão local com conhecimento acerca dos processos e instrumentos de gestão, que se mostrem envolvidos e pertencidos a esse processo. Isso, entre outras questões, por conta do grande volume de atividades, intercorrências e atualizações, nos aspectos administrativo, técnico e financeiro na gestão em saúde.

Outro aspecto a ser superado refere-se às ingerências políticas na definição das prioridades para a construção do planejamento, uma vez que os gestores municipais se ocupam de construir os instrumentos como forma de cumprir com as exigências e prazos legais e normativos, deixando que outras esferas de gestão (estadual e federal) estabeleçam o rumo para as novas políticas de saúde, o que torna a relação federativa verticalizada.

CONSTRUINDO CENÁRIOS PARA FORTALECER O PLANEJAMENTO REGIONAL

Diante desse cenário, tendo em vista a necessidade de ressignificação da ação coletiva nas Relações Federativas e no SUS, verifica-se que existem fatores limitadores inerentes às relações sociais bastante significativos.

Além disso, há instrumentos já consolidados que podem apresentar-se como entraves na tomada de decisões, no planejamento e na organização das ações e

serviços, no âmbito das regiões de saúde. Os instrumentos oferecidos aos gestores para estruturação de seu processo de planejamento e tomada de decisões tornaram-se meramente formais e pouco incentivam os gestores a uma reflexão e problematização para novos rumos.

Esses entraves, portanto, impactam diretamente no modelo de atenção e no cuidado, uma vez que estes, de acordo com Merhy¹⁰, estão decisivamente relacionados ao modo como se constrói a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho. Com isso, o processo de planejamento e gestão e seus pilares estruturantes influenciam no acesso à saúde e na qualidade de vida das pessoas.

Em contribuição a esse enfoque, é preciso que sejam superados ou removidos instrumentos já consolidados, de forma que os gestores de saúde, sejam eles novos nesta trajetória de planejamento ou com vasta experiência na gestão, se vejam motivados a adotar estratégias de cooperação e vislumbrem a construção de um planejamento em saúde efetivamente ascendente, que se estruture de forma participativa e democrática, por meio de um sistema de gestão cooperativo e regionalizado.

Verifica-se que é preciso estimular e valorizar novas experiências, inclusive estar atento para quando elas emergirem no cotidiano do trabalho. Assim é possível promover aprendizado e amadurecimento reflexivo entre os atores envolvidos na gestão municipal nas Regiões de Saúde, por meio da ação coletiva e diante da perspectiva das relações federativas, acenando para a possibilidade de construção de uma identidade territorial fortalecida, considerando suas especificidades, por meio do planejamento regional.

Neste sentido, há aspectos essenciais a serem considerados para que as relações federativas sejam fortalecidas, quais sejam, a alteridade, a solidariedade e a identidade. A alteridade é a capacidade de ver o outro como um sujeito relacional com sua singularidade, sua bagagem cultural, suas diferenças e suas subjetividades¹¹.

A alteridade permite compreender as especificidades do “ser gestor”, quando é possível ver o outro pela perspectiva do eu, permitindo respeito ao outro por suas individualidades, suas necessidades, bem como o repensar de sua própria realidade, deslocando-o de suas certezas.

O segundo aspecto, a solidariedade, é um aspecto fundamental na ação coletiva e permite colocar as necessidades do outro ao lado de suas próprias necessidades. Para Melucci¹² a solidariedade é “a capacidade de os atores partilharem uma identidade coletiva, isto é, a capacidade de reconhecer e ser reconhecido como parte da mesma unidade social”.

Por meio do exercício da solidariedade é possível construir uma identidade coletiva, que é o terceiro aspecto essencial para a Regionalização. A identidade é o que permitirá o diálogo aberto e a construção coletiva, o bom fluxo para estruturação de políticas públicas que venham de encontro com as necessidades da Região de Saúde. É a partir do pertencimento a uma identidade regional única que as equipes gestores encontrarão liberdade, parceria e segurança para fortalecerem a relação federativa.

Neste cenário favorecido pela alteridade, solidariedade e identidade é possível construir um cenário de encontros, favoráveis ao debate e ao compartilhar de experiências, que as equipes gestoras são empoderadas para a reflexão acerca de suas próprias práticas, para estruturar um processo de mudança rumo a novos caminhos.

REFERÊNCIAS

1. SILVA, JFM; CARVALHO, BG. A vigilância em saúde no âmbito municipal: revisão integrativa. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, v.18, n.1, p. 184-195, 2017.
2. VIANA, A.L.d'Á. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.
3. VIANA, A.L. d'Á. Sistema e descentralização: a política de saúde no Estado de São Paulo nos anos 80. Tese (Doutorado em Economia) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.
4. MELUCCI, A. Um objetivo para os movimentos sociais. *CEDEC*, n° 17, jun., pp. 49-66. . Lua Nova. São Paulo, 1989.
5. GOHN, MGM. 500 anos de lutas sociais no Brasil: movimentos sociais, ONGs e terceiro setor. *Rev. Mediações*, Londrina, v. 5, n. 1, p. 11-40, jan./jun. 2000
6. MELUCCI, A. A invenção do presente. Rio de Janeiro: Vozes, 2001. 7. COHEN, J. Strategy or Identity: New Theoretical Paradigms and Contemporary Social Movements. *Social Research*, No. 52, p. 663 - 716. Del sector informal a la economia popular. Quito, Instituto Frónesis, 1985.
8. ANDRADE, SKAV. Atuação dos gestores de saúde no âmbito da relação federativa e da ação consorciada. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Saúde

Coletiva. UEL. Londrina, 2018. 9. SROUR, RH. Poder, cultura e ética nas organizações. 6 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

10. MERHY, EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, Emerson Elias et al. (Org). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec. 2004. p. 15-35.

11. BRASIL. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://scielo.br/pdf/icse/v13n31/a06v1331.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2017.

12. MELUCCI, A. Challenging Codes. Collective Action in the Information Age, Cambridge, Cambridge University Press. 1996.

PROGESTÃO

PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO E APOIO ÀS EQUIPES MUNICIPAIS DE GESTÃO E PLANEJAMENTO DA 16ª E 17ª REGIONAL DE SAÚDE

OFICINA 2

PROCESSO DE PLANEJAMENTO NO SUS

Junho/2019



Autores

Brígida Gimenez Carvalho

Carolina Milena Domingues

Edinalva de Moura Ferraz

Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes

Felipe Assan Remondi

Fernanda de Freitas Mendonça

Fernando Nelson Lara

Sílvia Karla Azevedo Vieira Andrade

Stela Maris Lopes Santin



Este trabalho está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição-NãoComercial-CompartilhaIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

1 OBJETIVOS EDUCACIONAIS

- Discutir as dificuldades relacionadas ao processo de planejamento no SUS;
- Identificar os fundamentos para o planejamento no sistema;
- Realizar uma análise de cenário como etapa inicial do processo de planejamento.

2 PROGRAMAÇÃO

1º momento (30 min)

- Apresentar a sistematização do material de dispersão da oficina 1 (material disponível na apresentação de power point)

2º momento – Introdução ao planejamento

- Apresentar o planejamento como uma das macro-funções gestoras do SUS (10min)
- Em grupos de até cinco pessoas, fazer a leitura de uma cena sobre planejamento (30min).
- Questões disparadoras:
 - Que pontos presentes no caso são semelhantes aos do seu município?
 - Como são construídos os PMS do seu município?
 - Qual a utilidade do PMS no seu dia-a-dia?
 - Quais as dificuldades para a execução do planejamento em saúde:
 - Quais as sugestões para superar essas dificuldades?
- Fazer a leitura do texto sobre Planejamento (20min)

3º momento (45 min) – Discussão da cena com base nos elementos teóricos do texto

- Discussão em plenária

4º momento (60 min) - Exercício de análise de contexto

- Em grupos de até cinco pessoas:
 - Identifique no grupo um problema que seja relevante
 - Aplique a matriz FOFA

Atividade de dispersão

Objetivo: Analisar a coerência do plano no sentido de atender à resolução do problema.

- Identifique um problema relevante no seu município
- O problema consta no plano?
 - Se não, como você o incluiria no PMS? E quais proposta você sugere para enfrenta-los?
 - Se sim, foi considerado o contexto local para a construção de intervenção sobre o problema? Explique
 - Se sim, as ações propostas no plano são suficientes para o enfrentamento do problema? Explique

3 SITUAÇÃO PROBLEMA

Maurício é trabalhador da saúde há 10 anos e acaba de assumir a secretaria de saúde. Em uma das poucas oportunidades que teve de discutir o processo de planejamento do SUS, a secretária anterior não deu muito espaço para compreender e contribuir com o processo. Para complicar, em meio a uma transição abrupta, o presidente do Conselho de Saúde o lembrou que estão no mês de março e muito em breve é preciso apresentar um conjunto de documentos “importantíssimos”. Sem saber ao certo por onde começar solicitou ajuda da representante regional do COSEMS. Na reunião:

Vitória: Olá Maurício, que bom que poderemos conversar sobre o trabalho na gestão municipal. No começo tudo pode parecer bastante complexo, ainda mais por causa dos prazos e número de instrumentos a serem apresentados em março: Relatório do ano anterior, revisão do Plano/Programação e Pactuação do ano corrente, além da proposição inicial da PAS do ano seguinte. Estou à disposição para auxiliá-lo, assim como a equipe da Regional de Saúde.

Maurício: Estou bastante empolgado, mas também preocupado. São muitas atribuições para o secretário de saúde, poucos servidores para muito trabalho e ainda tenho que trocar a roda com o carro andando. Todos os dias surgem problemas pequenos para tratar, são tantos que não consigo nem planejar minha semana, quem dirá as ações da secretaria... Por isso preciso me organizar. Não dá para ficar só apagando incêndios, ainda mais carregando o piano sozinho. Quero chegar ao final da gestão com um SUS melhor e mais organizado... Mas, como? Por onde começar?

Vitória: Um bom começo é o Plano Municipal de Saúde, ele deve ajudá-lo a compreender as necessidades do município e ações em curso. Você já teve acesso a esse documento?

Maurício: Já sim, consegui com o pessoal da Regional de Saúde. Mas não ajudou muito... Eu achei ele pouco objetivo, com muitas informações, sem deixar claro as prioridades ou ao menos considerar todas as ações da secretaria. Até fui pedir ajuda para uma técnica que apoiou a elaboração, mas ela disse que foi feito às pressas, para cumprir com a obrigação, e que de lá para cá muita coisa mudou, sem ter alterado o plano.

4 TEXTO DE APOIO – PLANEJAMENTO EM SAÚDE

O QUE É PLANEJAR?

Planejar é a arte de elaborar o plano de um processo de mudança. É um método para apoiar a tomada de decisão, visando otimizar os meios de trabalho e os recursos com vistas ao alcance do objetivo (Cardoso, 2013). Compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar interagir com a realidade, programar as estratégias e ações necessárias, e tudo o mais que seja delas decorrente, no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e metas desejados e nele preestabelecidos.

“No setor da saúde, o planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde” (Tancredi, 1998, p.13).

PLANEJAR E GERENCIAR

Gerenciar é uma função administrativa da mais alta importância, incluindo a tomada de decisões que afetam tanto a estrutura, como os processos de produção, e até mesmo o produto de um sistema. Em uma organização cabe ao gerente o uso efetivo e eficiente dos insumos, para transformá-los em produtos, levando à organização a atingir os objetivos e resultados que se almeja alcançar, por exemplo (Tancredi, 1998).

O sucesso do planejamento depende fundamentalmente do conhecimento da situação vivenciada (realidade), bem como dos problemas existentes e ainda de onde se pretende chegar, qual mudança operar. Assim, o plano “constitui-se no detalhamento do processo de mudança entre a situação atual e a desejada, sendo o gerente o responsável por executar essa tarefa” (Tancredi, 1998, p.14).

E na saúde, é possível gerenciar sem planejar? Sim; em princípio, é aparentemente possível gerenciar sem planejar. Um gerente pode, durante seu trabalho garantir o uso eficiente dos insumos e recursos disponíveis, sem, no entanto, dar direcionalidade para as mudanças que deseja implementar. Ou seja, gerencia sem plano; “simplesmente administra o status quo. Não raro, no setor saúde, pessoas que fazem o papel de “gerentes eficientes”, mas cujo objetivo é “apagar incêndios” e “fazer a máquina funcionar” (Tancredi, 1998, p.14).

No entanto, caso o gerente consiga planejar, e ainda melhor, caso consiga desenvolver o planejamento de forma participativa, envolvendo no planejamento aqueles que executam a tarefa, terá uma excelente ferramenta que lhe permitirá compatibilizar as exigências de distintas visões de mundo e interesses dos atores, a construção de consensos (Cardoso, 2013), em prol do objetivo comum da organização.

O PLANEJAMENTO E O SUS

No setor saúde, o interesse pelo planejamento surgiu em decorrência da complexificação do processo de trabalho e da necessidade de intervir nas condições de vida e de saúde da população (Teixeira, 2010), com vistas a alterar padrões de morbimortalidade. O objeto do trabalho na saúde se caracteriza como “necessidades ou problemas de saúde”, situações na maioria das vezes, de difícil enfrentamento por serem pouco estruturadas, ou seja, sem uma relação única e direta entre causa e efeito. As intervenções propostas para essas situações demandam que elas sejam planejadas, considerando a multiplicidade de fatores que as envolvem (Cordoní Jr, Carvalho e Gil, 2017).

No SUS, o planejamento está proposto desde sua regulamentação pelas Leis Orgânicas, quando se instituiu a necessidade de que municípios, estados e União realizassem periodicamente seus Planos de Saúde, como requisito necessário para a gestão do Sistema e para o recebimento de recursos. Com a publicação do Pacto pela Saúde em 2006, o planejamento foi considerado um dos eixos estruturantes para a gestão do SUS. Esse documento deixa claro que o **planejamento deve ser assumido como instrumento de trabalho e de referência para a gestão da saúde no País e ser desenvolvido de forma articulada e integrada entre as três esferas de gestão** (BRASIL, 2005).

Mais recentemente, o Decreto Lei nº 7508, publicado em 2011, e a Lei Complementar nº 141, de 16 de janeiro de 2012 inserem o planejamento da Saúde na centralidade da agenda da gestão e também reforçam o papel do planejamento para qualificar a gestão do SUS, sendo definido que: **“O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal**, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros (BRASIL, 2011, p.08).

São considerados instrumentos formais de planejamento da gestão do SUS: o Plano de Saúde (Nacional, Estadual e Municipal), a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão, que devem estar articulados e subsidiar o planejamento do Executivo (Plano Plurianual – PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e Lei Orçamentária Anual – LOA).

A INFORMAÇÃO COMO INSUMO PARA O PLANEJAMENTO

A informação sobre o funcionamento do sistema de saúde e sobre contexto em que ele se insere é fundamental para o sucesso do plano. A efetividade dos resultados planejados mantém relação direta com a qualidade das informações. Na saúde, as informações necessárias se referem tanto à caracterização das unidades de atendimento (capacidade instalada dos serviços) como da população do território sob nossa responsabilidade (perfil sociodemográfico e epidemiológico) (Tancredi, 1998).

A epidemiologia tem sido uma ferramenta bastante utilizada para definir as necessidades de saúde e auxiliar o planejamento dos serviços. É necessário que as informações em saúde, produzidas nos nossos serviços de vigilância, e também disponíveis nos bancos de dados nacionais (SIM, SINASC, SISVAN, SIH, dentre outros) sejam utilizadas e sua análise alimente o processo de planejamento e subsidie a direcionalidade das ações planejadas.

PENSAR ESTRATEGICAMENTE

O planejamento é a ferramenta que nos possibilita alcançar um ponto desejado no futuro, atravessando um caminho desconhecido entre o presente e o momento almejado.

A Análise SWOT é considerada uma ferramenta clássica da administração e tem sido muito utilizada por grandes empresas para a análise estratégica. Ela é uma ferramenta de autoconhecimento (sobre as fragilidades e potencialidades da organização), análise contextual e guia para a definição de um plano de ação.

SWOT é uma sigla em inglês dos termos Strengths (pontos fortes), Weaknesses (pontos fracos), Opportunities (oportunidades) e Threats (ameaças). Os pontos fortes e fracos, em geral, estão dentro da própria organização, enquanto as oportunidades e as ameaças, na maioria dos casos, têm origem externa. A tarefa inicial da análise SWOT é

o preenchimento dos quatro quadrantes (Figura 1). Porém, essa etapa não basta, e a principal falha no uso da Análise SWOT é imaginar que basta preencher os quadrantes; esse é só o começo! Depois do preenchimento, é preciso analisar e propor ações sobre o que a organização poderá (ou deverá) fazer para aproveitar seus pontos fortes e as oportunidades, o que fazer para melhorar seus pontos fracos e ainda como tentar extinguir ou minimizar ao máximo o efeito das ameaças potenciais. Em outras palavras, é necessário elaborar um plano de ação.

Figura 1 – Matriz SWOT.

	Fatores Positivos	Fatores Negativos
Ambiente Interno	FORÇA	FRAQUEZA
Ambiente Externo	OPORTUNIDADE	AMEAÇA

CONCEITOS BÁSICOS EM PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

A seguir são apresentados os principais conceitos formulados por Carlos Matus, segundo Huertas (1996).

Situação e Diagnóstico Situacional

De acordo com Carlos Matus **situação** expressa a condição a partir da qual os indivíduos ou grupos interpretam e explicam a realidade. De acordo com essa percepção, a análise da situação existente não é consensual entre os diferentes grupos e indivíduos que a analisam. Ou seja, na perspectiva daquele que está planejando, sua interpretação da realidade é apenas uma das possibilidades de analisar a situação. Outra pessoa ou outro grupo pode analisar a mesma realidade e interpretá-la de outra forma, já que ele “enxergará” aquela situação de acordo com sua inserção social, seus valores, sua forma de ver o mundo, ou ainda, em se tratando da área da saúde, de sua concepção sobre o que é saúde, doença, modelo assistencial, sistema de saúde, etc.

Nessa perspectiva, um diagnóstico sobre algo, por exemplo sobre o sistema de saúde de um município ou de uma região, não é único e sim múltiplo, pois o

diagnóstico situacional depende de quem explica, para que explica, a partir de qual posição explica e em face de quais outros explica. Conclui-se portanto, que não existe um único diagnóstico ou uma única verdade e, além disso, a explicação da realidade por uma pessoa ou grupo é sempre parcial e dinâmica pois a vivência de quem procura explicá-la traz novos ingredientes que lhe mostra permanentemente novas faces dessa realidade.

Estratégia

Estratégia pode ser compreendida como uma forma de se antecipar aos possíveis obstáculos que surgirão quando se pretende passar da situação existente para a desejada. Para avançar na situação desejada, ou seja, para alcançar o que se pretende, é como se participássemos de um jogo e para vencer as dificuldades precisamos analisar como pensam os outros participantes do jogo, o que farão, quais conflitos poderão ocorrer durante o jogo, como devo me comportar diante desses possíveis conflitos para continuar na direção correta e assim por diante. Um bom estrategista consegue analisar adequadamente os possíveis cenários futuros e se preparar – ter planos – para cada um deles. Não foi por outro motivo que o termo estratégia se originou do grego *estratego*, utilizado pelos generais gregos no planejamento das guerras do passado.

Quando o planejador utiliza adequadamente a estratégia para viabilizar seu plano de ação, para alcançar seus objetivos, ele está realizando um **planejamento estratégico**. Ou seja, ele considera que no ato de planejar não existe uma única interpretação da realidade, existe a sua explicação e a explicação do outro, e que ele interage com outros atores que podem ter outros planos e outros objetivos que podem conflitar com seus planos e objetivos. Precisa ter, portanto, estratégias adequadas para avançar na direção desejada.

Ator Social

Utilizando definição de Carlos Matus, **ator social** pode ser um grupo de pessoas ou até uma única personalidade, que, agindo em determinada realidade, é capaz de transformá-la. Um ator social, para se configurar como tal, deve ter três características: (1) um projeto para intervir na realidade que deseja mudar; (2)

capacidade de mobilizar recursos, motivar pessoas, para levar a frente um plano de mudança e (3) ter algum grau de organização, ou seja, os componentes do grupo devem estar identificados, ter identidade, com o propósito de mudança.

Problema

Problema pode ser considerado um obstáculo que dificulta a mudança da situação existente para a situação desejada. Ou seja, problema é o que impede o ator de atingir seus objetivos, que é mudar a realidade. Como comentamos anteriormente a realidade não é percebida igualmente por todos e, portanto, os problemas variam na perspectiva de quem os identifica. O que é problema para uns pode não ser para outros. As vezes até, pelo contrário, problema para um ator social pode ser oportunidade para outro. Temos um exemplo clássico que ilustra essa situação: O não-cumprimento de horário pelos médicos é um problema para o gerente e não para os médicos que não cumprem. A instituição de controle eletrônico pode ser uma solução para o gerente mas passa a ser um problema para esses médicos.

Os problemas podem ser simples ou complexos, de difícil ou fácil solução e costumam ter duas formas de classificação:

(a) Quanto à complexidade:

1. Problemas estruturados: são mais simples em virtude de terem causas conhecidas e soluções geralmente consensuais;
2. Problemas quase-estruturados: são mais complexos, geralmente tem muitas causas (multicausais) nem sempre fáceis de serem todas identificadas, e nem sempre tem propostas consensuais para sua solução.

(b) Quanto a posição na organização:

1. Problemas intermediários: são os vividos no cotidiano da organização e que causam interferência na qualidade final dos produtos ou dos serviços prestados;
2. Problemas finais (ou terminais): são os vividos diretamente pelos clientes ou usuários da organização.

Em nossa complexa realidade os problemas geralmente são mais complexos (quase-estruturados) e o planejamento que se orienta por problemas deve

preferencialmente trabalhar com problemas finais, já que nossa finalidade última é superar as dificuldades dos usuários e não apenas da organização.

PASSOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM PLANO SIMPLIFICADO DE AÇÃO

Passo 1 – Definir quem vai planejar

A proposta é que os membros da equipe de trabalho sejam atores ativos no processo de elaboração do planejamento.

Recomenda-se que o processo de planejamento seja desenvolvido em oficinas de trabalho, reunindo funcionários da unidade, membros da comunidade, lideranças e monitores da Secretaria da Saúde.

Passo 2 – Identificação e priorização dos Problemas a serem superados

Feita mediante a avaliação dos resultados insatisfatórios que se observam na realidade. Esses são percebidos a partir do não-cumprimento ou divergência em relação a normas ou padrões considerados válidos pelo senso comum e que são passíveis de intervenção no sentido de sua modificação, no âmbito de ação do ator. Porém, para que a identificação das divergências seja considerada um problema, é necessário descrevê-lo. Os problemas selecionados deverão, em seguida, ser ordenados segundo a importância que representam para o ator e a prioridade que se atribui à sua solução.

Para fazer a seleção dos problemas é necessário que se conheça a realidade local – características sociais, demográficas, epidemiológicas e culturais da população residente; características do território em relação aos recursos sociais e de saúde, infra-estrutura urbana; relações de poder econômico e político.

Passo 3 – Descrição do Problema

Expressa os sintomas do problema, não devendo ser confundido com suas causas ou conseqüências. Entende-se por descritor o fato ou afirmação necessária e suficiente para descrever o problema. Os descritores são objetivos e mensuráveis, e demonstram a magnitude do problema. Também possibilitam avaliar o impacto do

planejamento – medir os resultados alcançados (se houve diminuição, manutenção ou aumento dos valores).

Passo 4 – Análise do Problema:

A análise da situação problema deverá ser feita por meio da matriz SWOT, analisando para o problema quais suas fortalezas e fraquezas (ambiente interno) e quais as oportunidades e ameaças (ambiente externo).

Passo 4 – Desenho da Situação Objetivo

Devem ser discutidos os objetivos que podem ser alcançados e a forma de torná-los viáveis. É necessário refletir sobre algumas variáveis importantes, tais como: o tempo em que se pretende alcançar esses objetivos; os recursos necessários; a análise do impacto que cada operação irá gerar sobre as causas do problema; e, por fim, comparar a situação inicial com aquela que se desenhou como desejada, de modo a ajustar as operações para atingir as metas ou, concluindo pela impossibilidade de potencializar o impacto delas, reduzir as metas para que sejam possíveis de realizar.

Passo 6 – Desenhos das operações

Uma operação compreende um conjunto de ações destinadas a alterar a causa do problema. Toda a operação depende de ações, que estão na área de governabilidade do ator, que são factíveis e coerentes com a realidade. Para a elaboração das operações, recomenda-se que sejam respondidas as seguintes indagações:

- O que faremos (definir as ações necessárias);
- Por que faremos (ter clareza dos motivos que justificam as ações);
- Onde faremos (definir os locais que serão afetados pelas ações);
- Quem se responsabilizará (atribuir os responsáveis em ação proposta);
- Quando faremos (definir prazos);
- Como faremos (descrever como devem ser atingidos os objetivos pretendidos)
- Quanto custará (definir os recursos necessários para a implementação das ações propostas no plano).

Sugere-se a utilização de uma planilha (modelo abaixo) para facilitar a visualização do planejamento realizado.

Problema Priorizado:			
Objetivo/Meta:			
Operações	Recursos	Responsável	Prazo

REFERÊNCIAS:

- CARDOSO, A. J. C. Planejamento em Saúde – Módulo I. In: Curso de Planejamento e Avaliação em Saúde. ENAP, 2013.
- CORDONI JUNIOR, L.; CARVALHO, B. G.; GIL, C. R. R. Planejamento em Saúde. In: Andrade, SM et al (org.). Bases da Saúde Coletiva, 2017.
- HUERTAS, F. O Método PES: entrevista com Carlos Matus. São Paulo: FUNDAP, 1996.
- TANCREDI, F. B. **Planejamento em Saúde**, vol 2. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania).
- TEIXEIRA, C.F. (org.). Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiência. Salvador: EDUFBA, 2010.



PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO E APOIO ÀS EQUIPES MUNICIPAIS DE GESTÃO E PLANEJAMENTO DA 16ª E
17ª REGIONAL DE SAÚDE

OFICINA 3

INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO SUS

Julho/2019



Autores

Brígida Gimenez Carvalho

Carolina Milena Domingues

Edinalva de Moura Ferraz

Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes

Felipe Assan Remondi

Fernanda de Freitas Mendonça

Fernando Nelson Lara

Sílvia Karla Azevedo Vieira Andrade

Stela Maris Lopes Santin



Este trabalho está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição-NãoComercial-CompartilhaIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

1 OBJETIVOS EDUCACIONAIS

- Compartilhar a problematização sobre o PMS (sistematização da tarefa do encontro anterior);
- Compreender o ciclo e os instrumentos de gestão municipal de saúde;
- identificar a relação entre as proposições das conferências de saúde e ciclo de gestão municipal e deste como o planejamento regional;
- Compreender a lógica de construção dos instrumentos de gestão de acordo com as prioridades sanitárias – Diretriz, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI)

2 PROGRAMAÇÃO

1º Momento – Apresentação da dispersão (30 min)

- Pedir para que cada município apresente sua tarefa (apresentação de no máximo 5 min por município)

2º Momento – Pesquisa sobre instrumentos de gestão do SUS (30 min)

- Com base na análise dos gráficos, discutir:

- Quais as consequências disso para a gestão em saúde dos municípios?
- Quais estratégias vocês utilizam para superar essas consequências?

3º Momento – Leitura e discussão do texto sobre o ciclo de gestão (45 min)

- Realizar a leitura do texto de apoio, destacando as diferenças entre diretrizes, objetivos, metas e indicadores

- Questões norteadoras:

- Como utilizar as proposições das conferências de saúde na revisão do PMS?
- Como contemplar suas prioridades municipais no planejamento regional?

4º Momento – Aplicação do DOMI (45 min)

- A partir do problema selecionado na oficina anterior, em grupos construir as diretrizes, objetivos, metas e indicadores relativos a esse problema

- Compartilhar o trabalho dos grupos, enfatizando a coerência e capacidade de resolução do problema a partir da proposta

Atividade de dispersão

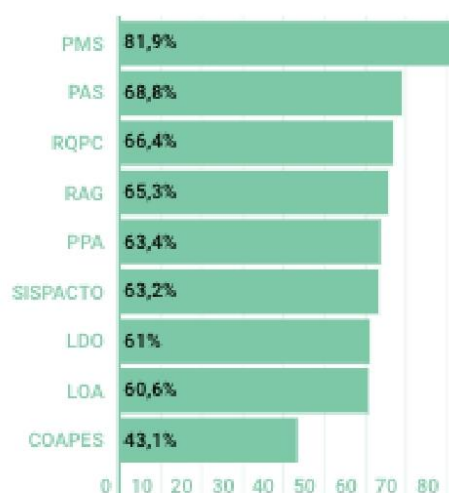
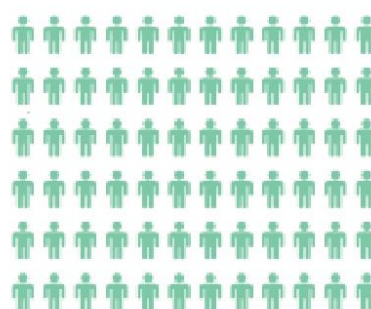
- Selecione uma diretriz do seu PMS e elabore a programação anual de 2020 incluindo ações e orçamento.

3 INFOGRÁFICO

INSTRUMENTOS DE GESTÃO

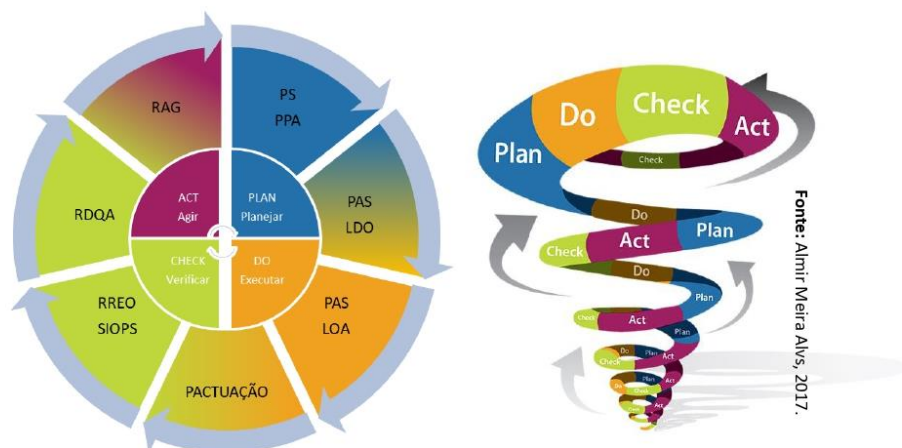
Dados da pesquisa do GESTSUS com a equipe gestora da macronorte do Paraná em municípios pequenos, 2014.

744 MEMBROS DA EQUIPE
GESTORA PARTICIPARAM
DA PESQUISA



CONHECEM

Figura. Ciclo PDCA e etapas dos Instrumentos de Gestão do Sistema Único de Saúde.



Seguindo esta proposta didática, o ciclo se inicia na etapa de planejamento com a elaboração do **Plano de Saúde (PS)**, instrumento que **descreve e analisa a situação atual da organização dos serviços e define onde se quer chegar ao final de quatro anos**. Ele define ainda os indicadores e metas para cada objetivo e propõe as ações de monitoramento e avaliação, sendo a base para todos os instrumentos seguintes.

Sua centralidade e relevância no processo de planejamento do SUS é explicitada pela Lei nº 8080/1990, que dispõe:

- Os planos de saúde serão a **base das atividades e programações de cada nível de direção** do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária;
- **É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde**, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

No primeiro ano do mandato, com base no plano de governo, na análise situacional e nas diretrizes discutidas e aprovadas nas Conferências de Saúde, a gestão elabora o respectivo PS. Após aprovação no Conselho de Saúde o Plano deve embasar a elaboração do Plano Plurianual (PPA), que juntos vigoram entre o segundo ano do mandato da gestão atual e o primeiro ano do mandato da gestão seguinte.

Anualmente este instrumento é detalhado nas **Programações Anuais de Saúde (PAS)**, que **acrescentam a descrição das ações, preveem o orçamento necessário para o cumprimento dos objetivos propostos e atualizam as metas que se deseja atingir ao final** do período. É, portanto, o instrumento que finaliza o detalhamento do planejamento e lança as bases para a execução das ações previstas, devendo estar intimamente contemplada nas leis orçamentárias.

Para que o planejamento setorial, com base nas necessidades da população, oriente a elaboração da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e posteriormente da Lei Orçamentária Anual (LOA), a Lei Complementar nº 141/2012 determina que *os entes da Federação deverão encaminhar a programação anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde, para aprovação antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente*. Para compatibilização desta determinação com os instrumentos fiscais (LDO e LOA) e seus prazos, o Ministério da Saúde sugere a possibilidade de elaboração deste instrumento em duas etapas:

- **Programação Anual de Saúde para orientar a LDO:**
 - Expressar as diretrizes do Plano de Saúde e suas respectivas ações aplicáveis ao ano subsequente ao do exercício, indicando as diretrizes e prioridades definidas.
 - Elaborar documento com a programação resumida contendo as prioridades para o ano. Isso será realizado antes da análise do Relatório de Gestão do ano anterior (Conselhos e Tribunais de Contas) e das estimativas de receitas do ente.
 - Apresentar, nos termos da LC nº 141, de 2012, esta Programação até 31 de março ao Conselho de Saúde e à secretaria de planejamento ou equivalente (elaboração do PLOA), que durante o mês de abril deve enviá-la ao Poder Legislativo, termos do inciso II do art. 35 da CF
- **Programação Anual de Saúde após aprovação da LDO:**
 - Detalhar, após a aprovação da LDO, a etapa 1, isto é, as diretrizes e as prioridades, quantificando metas e estimando gastos orçamentários e financeiros. Formato: detalhamento

de ações e serviços de saúde, metas para o ano, indicadores e recursos orçamentários.

- o Detalhar as ações baseado nos subsídios disponíveis: Relatório de Gestão, estimativas de receitas do Executivo, relatório do primeiro quadrimestre. Este documento detalhado propiciará a demonstração de dados e informações necessárias à aferição da execução.

A PAS é aprovada no ano anterior ao de sua vigência e já traz consigo uma estimativa prévia das metas dos indicadores propostos pelo PS. O município tem autonomia para definir o conjunto de indicadores e suas metas conforme os objetivos do PS, respeitando um elenco mínimo definido pelos entes federados e que refletem as prioridades nacionais em saúde.

Tendo as metas definidas antecipadamente, no ano de vigência da PAS os valores do rol mínimo de indicadores são reanalisados com base nas informações atuais e recomendações das avaliações do ano anterior. O processo de **Pactuação Interfederativa** ocorre até o final de março do ano corrente, atendendo o princípio da ascendência do planejamento (municipal → regional → estadual). A pactuação municipal deve ser aprovada no Conselho de Saúde e nesta oportunidade o município pode também atualizar a PAS, incluindo novas ações e elementos orçamentários.

A execução das ações e do orçamento da PAS atualizada é acompanhada por meio de relatórios periódicos e complementares, a saber: o **RREO, RDQA e RAG**. Enquanto os dois primeiros tratam do monitoramento periódico ao longo do ano fiscal, o terceiro realiza a avaliação geral de todas as ações propostas e recomendações para o ano seguinte.

Previsto na Constituição Federal, o **Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO)** é um documento regulamentado pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LC nº101/2000) que abrange todas as áreas da administração direta e indireta, apresentando as movimentações orçamentárias conforme previsto na legislação. As informações da área de saúde deste relatório são **provenientes do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS**, com alimentação bimestral.

Quadrimestralmente o gestor de cada ente federado deve, ainda, apresentar na respectiva casa do poder legislativo o **Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA)**, que consiste em uma prévia cumulativa para o Relatório Anual de Gestão (RAG) até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro. De caráter apreciativo, o RDQA deve conter minimamente as informações compiladas do RREO/SIOPS para o período, dados de auditorias internas ou externas e a produção dos serviços à população. A avaliação sucessiva do RREO e RDQA permite direcionamentos pontuais para garantia do cumprimento dos objetivos e metas da PAS.

O ciclo gerencial se encerra e se reinicia com a elaboração do **Relatório Anual de Gestão**, uma vez que este compila as informações dos diversos RDQA e faz um balanço das ações realizadas, metas pactuadas, resultados alcançados, dificuldades e recomendações para que o processo se reinicie. Diferentemente do RDQA, o RAG deve ser submetido para apreciação do Conselho de Saúde que emite parecer conclusivo sobre sua regularidade ou não.

LINHA DO TEMPO E OS TRÊS MOMENTOS DA GESTÃO: PASSADO, PRESENTE E FUTURO

Apesar de uma apresentação didática sobre o encadeamento dos diversos instrumentos, na prática observam-se prazos exíguos que nem sempre favorecem a elaboração a contento dos planos. Este motivo é uma das principais alegações dos gestores municipais quando questionados sobre as dificuldades para operacionalização do processo de planejamento.

A partir de uma abordagem cronológica, o gestor precisa estar atendo aos seguintes prazos:

- Janeiro – RREO Novembro/Dezembro do ano anterior
- Fevereiro – RDQA Setembro/Outubro/Novembro/Dezembro do ano anterior
- Março – RAG ano anterior
- Março – Pactuação Interfederativa e Revisão da PAS do ano corrente
- Março – RREO Janeiro/Fevereiro do ano corrente
- Abril – Etapa I da PAS do ano seguinte

- Maio – RREO Março/Abril do ano corrente
- Maio – RDQA Janeiro/Fevereiro/Março/Abril do ano corrente
- Julho – RREO Maio/Junho do ano corrente
- Agosto – Apresentação do PS para o quadriênio, no primeiro ano de mandato
- Agosto – Etapa II da PAS do ano seguinte
- Setembro – RREO Julho/Agosto do ano corrente
- Setembro – RDQA Maio/Junho/Julho/Agosto do ano corrente
- Novembro – RREO Setembro/Outubro do ano corrente

O exercício gerencial exige da equipe capacidade de pensamento sistêmico, tendo seu olhar sempre voltado para o passado (RAG/RREO), presente (PAS/Pactuação) e futuro (PAS) no mesmo período de tempo cronológico.

Ao situar os três momentos em um período concentrado entre fevereiro e abril do ano, têm-se um ambiente propício para construção encadeada dos instrumentos, facilitando o processo de trabalho. Isso significa dizer que **cada instrumento não é elaborado a partir do zero, mas baseia-se no instrumento anterior e agrega novas informações que lhe são peculiares.**

DOMI: A ESTRUTURA COMUM DOS INSTRUMENTOS

Para que esta construção encadeada seja possível, é necessário adotar um padrão comum para sua construção, de forma que a cada novo instrumento/etapa são acrescentadas novas informações. O padrão adotado a partir de 2013 é conhecido como **DOMI – Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores.**

As **Diretrizes expressam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias.** Devem ser definidas em função das características epidemiológicas, da organização dos serviços, do sistema de saúde e dos marcos da Política de Saúde.

Para cada Diretriz, o gestor define tantos **Objetivos** quanto sejam necessários para descrever onde ele quer chegar ao final do período de gestão. Os **Objetivos expressam resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações.** Declaram e comunicam os aspectos da

realidade que serão submetidos a intervenções diretas, permitindo a agregação de um conjunto de iniciativas gestoras de formulação coordenada que são denominadas **Ações**, com seu detalhamento apenas na PAS.

Por fim, para cada Objetivo deve-se definir uma ou mais **Meta-Indicador**. Estes elementos são apresentados de forma combinada pois enquanto do **Indicador refere-se a um conjunto de parâmetros que permite identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução** de determinado aspecto da intervenção proposta, a **Meta nada mais é do que a medida de alcance do indicador proposto ao final de um determinado período** de tempo.

Uma forma de qualificar a construção de metas-indicadores é o uso do **anagrama SMART: S – Específica; M – Mensurável; A – Atingível; R – Relevante; e T – Temporal**. Uma meta que não atende estes requisitos provavelmente terá problemas ao longo do processo gerencial, como por exemplo metas-indicadores que não possuem instrumentos de fácil mensuração, requerendo grande energia para serem avaliados ou justificativas passíveis de questionamento por órgãos de controle.

As DOMI definidas nos PS serão comuns a todos os instrumentos (PAS, RDQA e RAG) ao longo do quadriênio. Por esta razão é preciso garantir que sejam elaboradas de maneira assertiva, com **equilíbrio entre ações rotineiras para manutenção dos serviços e iniciativas estratégicas para agregar valor aos usuários. A objetividade é ponto central deste processo**, pois se o excesso de DOMI implicará em um aumento de detalhamento e energia empregada para execução do ciclo como um todo, a falta impede que sejam programados recursos essenciais a manutenção dos serviços.

PLANEJAMENTO NO DIA A DIA

Se o conjunto dos instrumentos e seus prazos geram uma sobrecarga de trabalho às equipes gestoras, não se deve perder a noção de que **não são um fim em si mesmos, mas ferramentas que materializam o processo de gestão da secretaria**.

Isso posto, cada equipe gestora deve estruturar seu processo de trabalho observando os prazos e exigências legais de forma a garantir que haja uma ação proativa e articulada da equipe para implementar e acompanhar as ações ao longo do ano, com vistas ao cumprimento das metas pactuadas por eles mesmos.

A continuidade do processo de planejamento, **com reuniões periódicas de atores-chave consiste em um dos principais movimentos** para garantir que o ato



Fonte: Siteaware, 2019.

gerencial seja contínuo e consequente, afastando a tendência de captura dos atores pelas demandas cotidianas. Uma das principais estratégias que pode ser adotada é evitar que as ações planejadas caiam no esquecimento e para isso

diversas técnicas podem ser utilizadas, como a do **Quadro de Gestão à Vista**, com a criação de um quadro físico ou eletrônico (Trello), com conteúdo organizado em três blocos:

- Missão, Visão, Valores e Processos Estratégicos da instituição ou o *Balanced Scorecard (BSC)*;
- Quadro de fluxo de trabalho (*Kaban*) com cartões organizados em colunas. Cada ação é um cartão que é colado na coluna equivalente: para executar, em andamento ou finalizado;
- Painéis de bordo (*Dashboard*), com apresentação visual de indicadores prioritários.

INTEGRAÇÃO ENTRE OS INSTRUMENTOS MUNICIPAIS, CONFERÊNCIAS, GOVERNANÇA E PLANEJAMENTO REGIONAL

O ciclo de gestão municipal está intrinsecamente relacionado a outras estruturas de gestão e governança no âmbito do próprio município e fora deste. A começar pelas Conferências de Saúde, que segundo a Lei nº 8142/1990 são o espaço legítimo da sociedade para “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde”, devendo estas serem consideradas na análise situacional que subsidia a elaboração do PS e demais instrumentos.

Os Conselhos de Saúde, por sua vez, constituem-se como espaços de governança da gestão municipal, discussão e aprovação dos instrumentos, na qual gestão e sociedade articulam-se para garantia do monitoramento, avaliação e direcionamento das políticas instituídas.

Além destes espaços de âmbito municipal, desde 2013, mas com ênfase a partir de 2018, o Planejamento Regional Integrado (PRI) dá continuidade ao processo de planejamento municipal ampliando seus horizontes para o espaço regional e macrorregional, uma vez que as prioridades locais precisam encontrar nas políticas estaduais e nacionais apoio para sua resolução, efetivando o planejamento ascendente.

O PRI está sob coordenação das Secretarias de Estado e deve, a partir dos PS e análise da situação de saúde da região, expressar as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e da integralidade da atenção na região de saúde.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 08/2016, de 24 de novembro de 2016. Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 01, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 750/2019, de 29 de abril de 2019. Altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento – DGMP, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Planejamento no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública. Versão 2 - Brasília: TCU, Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão, 2014

CHIAVENATO, I. Introdução à Teoria Geral da Administração. 9ª ed. São Paulo: Manole, 2014.

5 COMPILADO DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO SUS

Instrumento/ Base legal	Estrutura/Conteúdo	Aprovação/Vigência
<p>Plano de Saúde (PS) PRC 01</p>	<p>I - análise situacional, orientada, dentre outros, pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) estrutura do sistema de saúde; b) redes de atenção à saúde; c) condições socio sanitárias; d) fluxos de acesso; e) recursos financeiros; f) gestão do trabalho e da educação na saúde; g) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão; <p>II - definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e</p> <p>III - o processo de monitoramento e avaliação.</p>	<p>No primeiro ano de mandato, até 31 de Agosto.</p> <p>Vigência de quatro (04) anos, sobrepondo gestões, do último ano de uma gestão até o terceiro ano da gestão seguinte.</p> <p>Aprovado pelo Conselho de Saúde. Serve de base para construção do Plano Plurianual (PPA) da respectiva esfera de gestão.</p>
<p>Programação Anual de Saúde (PAS) PRC 01 LC 141/2011</p>	<p>I - a definição das ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde.</p> <p>II - a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da PAS; e</p> <p>III - a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS.</p>	<p>Até 15 de Abril para orientar a LDO e até 31 de Agosto completa.</p> <p>Vigência de um (01) ano, de janeiro a dezembro do ano subsequente.</p> <p>Deve ser aprovada pelo Conselho de Saúde. Embasa a elaboração da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e conseqüentemente da Lei do Orçamento Anual (LOA) da respectiva esfera de gestão</p>
<p>Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) LC 141/2012 LC 101/2000</p>	<p>I - balanço orçamentário, que especificará, por categoria econômica de receitas por fontes e despesa por grupo de natureza; e</p> <p>II – demonstrativo de execução de receitas e despesas.</p>	<p>Informado bimestralmente no SIOPS, 30 dias após o encerramento dos bimestres fiscais. Até os meses de janeiro, março, maio, julho, setembro e novembro.</p> <p>Não é submetido a apreciação ou aprovação. Os relatórios compilados são inseridos no RDQA e RAG.</p>

Instrumento/ Base legal	Estrutura/Conteúdo	Aprovação/Vigência
<p align="center">Relatório Detalhado do Quadrimestre (RDQA)</p> <p align="center">PRC 01 Res. CNS nº 459, de 2012</p>	<p>Observará o modelo padronizado em resolução específica, contendo:</p> <p>I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;</p> <p>II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;</p> <p>III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.</p>	<p>Apresentado em audiência pública na casa legislativa até 30 dias após o encerramento do quadrimestre. Audiências nos meses de fevereiro, maio e setembro.</p> <p>Dispensa aprovação e deve ser concordante com o Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO), com o Relatório de Gestão Fiscal (RGF) e com o RAG.</p>
<p align="center">Relatório de Gestão (RAG)</p> <p align="center">PRC 01</p>	<p>I - as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde;</p> <p>II - as metas da PAS previstas e executadas;</p> <p>III - a análise da execução orçamentária; e</p> <p>IV - as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde.</p>	<p>Submetido para apreciação do Conselho de Saúde até o dia 31 de março.</p> <p>Deve ser aprovado pelo Conselho de Saúde até o final do ano de submissão.</p> <p>Compila as informações dos RREOs, RDQA e presta contas do programado na PAS. Realiza a avaliação da PAS e recomendações para o ciclo seguinte.</p>

PROGESTÃO



PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO E APOIO ÀS EQUIPES MUNICIPAIS DE GESTÃO E PLANEJAMENTO DA 16ª E
17ª REGIONAL DE SAÚDE

OFICINA 4

GESTÃO FINANCEIRA E ORÇAMENTÁRIA

Agosto/2019



Autores

Brígida Gimenez Carvalho

Carolina Milena Domingues

Edmilson de Oliveira

Edinalva de Moura Ferraz

Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes

Felipe Assan Remondi

Fernanda de Freitas Mendonça

Sílvia Karla Azevedo Vieira Andrade

Stela Maris Lopes Santin



Este trabalho está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição-NãoComercial-CompartilhaIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

1 OBJETIVOS EDUCACIONAIS

- Compreender a relação entre o planejamento e orçamento;
- Conhecer os fundamentos do orçamento público e do financiamento do SUS;
- Elaborar estratégias de implementação da gestão orçamentária e financeira no município.

2 PROGRAMAÇÃO

1º Momento – Acolhimento e abertura (15 min)

2º Momento – Apresentação da dispersão (45 min)

- Nas turmas do curso, realizar a problematização da relação entre a Programação Anual de Saúde e os instrumentos orçamentários da gestão pública.

- A partir da problematização inicial e da análise de uma prestação de contas do SIOPS, o grupo deverá formular perguntas consideradas relevantes para compreender a gestão orçamentária no SUS.

INTERVALO

3º Momento – Mesa Redonda (1h30)

- Mesa redonda com os convidados para discussão sobre orçamento público e sua relação com os instrumentos de gestão, a partir das perguntas formuladas pelos grupos.

- Serão utilizados vídeos do Orçamento Fácil (<https://www12.senado.leg.br/orcamentofacil/>) para apresentar conteúdos conceituais e alinhar as perguntas a serem debatidas.

ALMOÇO

4º Momento – Apresentação (1h30)

- Apresentação sobre gestão orçamentária e financeira no SUS, base legal, estrutura de financiamento, relação entre o planejamento e orçamento.

INTERVALO

5º Momento – Mostra de Experiências (1h)

- Apresentação por gestores municipais de experiências sobre como implementar a gestão orçamentária e financeira nas secretarias de saúde.

Atividade de dispersão:

- Considerando os princípios do planejamento estratégico, realize uma breve dos problemas e situações relacionadas a gestão orçamentária e financeira em seu município ou instituição utilizando o Diagrama de Ishikawa (Espinha de Peixe) e trace um plano de ação (5w3h) para qualificação da gestão orçamentária e financeira no município ou unidade em que atua.

- Ao final do caderno estão orientações para utilização das ferramentas mencionadas.

3 PRESTAÇÃO DE CONTAS DO SIOPS

UF: Paraná RELATÓRIO RESUMIDO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DEMONSTRATIVO DA RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E DAS DESPESAS PRÓPRIAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE ORÇAMENTOS FISCAL E DA SEGURIDADE SOCIAL 1º Bimestre de 2019 Dados Homologados em 13/09/19 10:21:24				
RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	PREVISÃO INICIAL	PREVISÃO ATUALIZADA (a)	RECEITAS REALIZADAS	
			Até o Bimestre (b)	% (b / a) x 100
RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA (I)	37.718.945.001,00	37.718.945.001,00	7.818.249.149,35	20,73
Impostos s/ Transmissão "causa mortis" e Doação - ITCD	436.208.000,00	436.208.000,00	66.059.223,80	15,14
Imposto s/ Circulação de Mercad. e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação - ICMS	30.269.835.000,00	30.269.835.000,00	5.089.865.351,81	16,81
Imposto s/ Propriedade de Veículos Automotores - IPVA	3.433.225.000,00	3.433.225.000,00	2.150.717.404,66	62,64
Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF	2.975.000.000,00	2.975.000.000,00	461.613.510,95	15,52
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos	336.750.001,00	336.750.001,00	37.186.435,32	11,04
Dívida Ativa dos Impostos	267.927.000,00	267.927.000,00	12.807.222,81	4,78
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos da Dívida Ativa	0,00	0,00	0,00	0,00
RECEITA DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (II)	2.917.188.130,00	2.917.188.130,00	637.779.617,87	21,86
Cota-Parte FPE	2.128.460.000,00	2.128.460.000,00	559.027.555,74	26,26
Cota-Parte IPI-Exportação	583.978.130,00	583.978.130,00	78.752.062,13	13,49
Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais	204.750.000,00	204.750.000,00	0,00	0,00
Desoneração ICMS (LC 87/96)	204.750.000,00	204.750.000,00	0,00	0,00
Outras				
DEDUÇÕES DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS AOS MUNICÍPIOS (III)	9.312.197.530,00	9.312.197.530,00	2.225.154.418,42	23,90
Parcela do ICMS Repassada aos Municípios	7.449.590.500,00	7.449.590.500,00	1.148.550.562,51	15,42
Parcela do IPVA Repassada aos Municípios	1.716.612.500,00	1.716.612.500,00	1.061.010.947,65	61,81
Parcela da Cota-Parte do IPI-Exportação Repassada aos Municípios	145.994.530,00	145.994.530,00	15.592.908,26	10,68
TOTAL DAS RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (IV) = I + II - III	31.323.935.601,00	31.323.935.601,00	6.230.874.348,80	19,89

RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE	PREVISÃO INICIAL	PREVISÃO ATUALIZADA (c)	RECEITAS REALIZADAS	
			Até o Bimestre (d)	% (d / c) x 100
TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS	1.778.848.349,00	1.778.848.349,00	250.243.711,41	14,07
Provenientes da União	1.531.146.000,00	1.531.146.000,00	227.770.410,34	14,88
Provenientes de Outros Estados	0,00	0,00	0,00	0,00
Provenientes de Municípios	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas do SUS	247.702.349,00	247.702.349,00	22.473.301,07	9,07
TRANSFERÊNCIAS VOLUNTÁRIAS				
RECEITA DE OPERAÇÕES DE CRÉDITO VINCULADAS À SAÚDE	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTRAS RECEITAS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE	300.000,00	300.000,00	0,00	0,00
TOTAL RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE	1.779.148.349,00	1.779.148.349,00	250.243.711,41	14,07

DESPESAS COM SAÚDE (Por Grupo de Natureza de Despesa)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (e)	DESPESAS EMPENHADAS		DESPESAS LIQUIDADAS	
			Até o Bimestre (f)	% (f / e) x 100	Até o Bimestre (g)	% (g / e) x 100
DESPESAS CORRENTES	4.928.246.244,00	4.928.246.244,00	660.150.545,14	13,40	450.764.655,93	9,15
Pessoal e Encargos Sociais	1.445.517.870,00	1.445.517.870,00	248.566.982,76	17,20	225.757.731,37	15,62
Juros e Encargos da Dívida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Despesas Correntes	3.482.728.374,00	3.482.728.374,00	411.583.562,38	11,82	225.006.924,56	6,46
DESPESAS DE CAPITAL	540.363.488,00	540.363.488,00	13.824.535,32	2,56	0,00	0,00
Investimentos	540.363.488,00	540.363.488,00	13.824.535,32	2,56	0,00	0,00
Inversões Financeiras	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Amortização da Dívida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE (V)	5.468.609.732,00	5.468.609.732,00	673.975.080,46	12,32	450.764.655,93	8,24

DESPESAS COM SAÚDE (Por Subfunção)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA	DESPESAS EMPENHADAS		DESPESAS LIQUIDADAS	
			Até o Bimestre (I)	% (I/total I)x 100	Até o Bimestre (M)	%(M/total M)*100
Atenção Básica	247.055.421,00	247.055.421,00	13.404.029,88	1,99	9.608.801,08	2,13
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	2.831.059.207,00	2.831.059.207,00	376.560.543,11	55,87	285.725.411,41	63,39
Suporte Profilático e Terapêutico	429.214.971,00	429.214.971,00	58.157.134,36	8,63	2.983.298,82	0,66
Vigilância Sanitária	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vigilância Epidemiológica	102.842.617,00	102.842.617,00	3.603.275,68	0,53	101.210,00	0,02
Alimentação e Nutrição	95.668.950,00	95.668.950,00	8.651.140,36	1,28	8.512.140,36	1,89
Outras Subfunções	1.762.768.566,00	1.762.768.566,00	213.598.957,07	31,69	143.833.794,26	31,91
Total	5.468.609.732,00	5.468.609.732,00	673.975.080,46	100,00	450.764.655,93	100,00

FONTE: SIOPS, Paraná, data e hora da homologação dos dados pelo gestor: 13/09/19 10:21:24

Indicadores do 1º Bimestre 2019 - Paraná

1.1	Participação da receita de impostos na receita total do Estado	62,77 %
1.2	Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Estado	20,63 %
1.3	Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Estado	13,31 %
1.4	Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Estado	91,02 %
1.5	Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Estado	23,86 %
1.6	Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Estado	69,73 %
2.1	Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do Estado, por habitante	R\$ 39,82
2.2	Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	50,08 %
2.3	Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	0,17 %
2.4	Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	43,85 %
2.5	Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	0,00 %
2.6	Despesas com Instituições Privadas Sem Fins Lucrativos	0,07 %
3.1	Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde	55,52 %
3.2	% da receita própria aplicada em ASPs conforme a LC 141/2012	4,66 %

4 TEXTO DE APOIO – FINANCIAMENTO DO SUS¹

O Sistema Único de Saúde (SUS) é, reconhecidamente, uma das maiores conquistas do povo brasileiro, por revelar-se a política pública mais incluyente, desde sua criação. A partir da promulgação da Constituição Federal em 1988, todo cidadão brasileiro tem direito à atenção à saúde de forma integral. No entanto, o financiamento tem-se constituído numa preocupação permanente dos gestores e de todos os envolvidos diretamente com a construção do SUS, tornando-se tema constante das discussões das instâncias gestoras. A Seguridade Social possui um orçamento próprio composto, além das contribuições previdenciárias, de recursos orçamentários destinados exclusivamente a esse fim (receitas vinculadas). A Constituição prevê ainda, que de acordo com as necessidades, o orçamento da Seguridade Social pode ser complementado pelos recursos do orçamento fiscal. O art.198 traz ainda que o Sistema Único de Saúde será financiado com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos estados, do distrito federal e dos municípios, além de outras fontes. Garantir financiamento estável para o SUS sempre foi uma busca constante das pessoas que defendem e atuam do sistema, desde sua criação até os dias atuais.

A Emenda Constitucional (EC) 29/2000, definiu que os estados e municípios deveriam, inicialmente, alocar no mínimo 7% das suas receitas na área da saúde, e, até no ano de 2004, atingir o mínimo de 12% no caso dos estados e 15% no caso dos municípios. A União deveria no primeiro ano ampliar em 5% o orçamento do ano

¹ Texto elaborado pela Sra. Marina Sidinéia Ricardo Martins, apoiadora do Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS-PR)

anterior e a partir daí corrigir todos os anos o orçamento da saúde pela variação do Produto Interno Bruto - PIB. A EC 29/2000, a despeito da conquista que foi sua aprovação ao estabelecer a vinculação de recursos considerando as três esferas de governo, de garantir e reforçar o papel de controle e fiscalização dos Conselhos de Saúde, não define, porém, o que são Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). A proposta do Movimento Nacional “Saúde Mais 10” era garantir a vinculação de um montante igual ou superior a 10% das receitas correntes brutas a ser destinada para a saúde, pela União, infelizmente isto não aconteceu com a Lei Complementar – LC 141/2012.

Após 12 anos de espera pela regulamentação da EC 29/2000, a LC 141/2012, em seu Capítulo III explicitou a forma como seria a aplicação dos recursos em ações e serviços de saúde e o percentual mínimo a ser aplicado por cada ente da federação. Assim, a União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. Os Estados e o Distrito Federal aplicarão no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios. Os Municípios aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos. A Lei Complementar 141/2012 definiu também o que são Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), além de instituir os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais, bem como instituiu as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

A União até 2015 tinha por preceito aplicar, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos da Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. No entanto, em março de 2015 a Emenda Constitucional (EC) 86/2015 definiu a vinculação da aplicação mínima de recursos federais nas Ações e Serviços Públicos de Saúde e estabeleceu que a partir de 2016 seria realizada com base na Receita Corrente Líquida, em percentuais escalonados de: 13,2% em 2016, 13,7% em 2017, 14,1% em 2018, 14,5% em 2019 e 15% a partir de 2020.

Este cenário de redução de recursos para a saúde pela União ficou ainda pior quando, com o objetivo de garantir o equilíbrio das contas públicas por meio de um rígido mecanismo de controle de gastos, a PEC do Teto dos Gastos determina que, a partir de 2018, as despesas federais só poderão aumentar de acordo com a inflação acumulada conforme o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). A

Emenda Constitucional - EC 95 de 15 de dezembro de 2016, instituiu o novo regime fiscal que fixou os limites para a despesa primária por 20 anos, isso significa dizer que a partir de 2018 o montante de recursos destinados pela União será o mesmo executado em 2017, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, publicado pelo IBGE ou de outro índice que vier a substituí-lo.

Os Estados aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que trata o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios.

Os Municípios aplicarão no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que trata o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

É importante destacar que com a redução drástica de recursos da União por meio das EC 86/2015 e EC 95/2016, estados e municípios aumentam a cada dia os seus gastos com ações e serviços públicos de saúde, porque para estados e municípios temos na legislação estabelecido o mínimo a ser aplicado e, para a união, infelizmente temos um teto.

Garantir a universalidade e integralidade diante de um cenário de restrições orçamentárias e financeiras e alocar recursos de forma equânime em um país de tantas desigualdades sociais e regionais representam um grande desafio para os gestores. É clara a necessidade do gestor público da saúde conhecer as regras e normas legais que orientam a movimentação dos recursos destinados às ações e aos serviços de saúde, como também as modalidades de transferências e de aplicação desses recursos, que garantirão a correta e ideal gestão orçamentária e financeira do SUS no município.

O financiamento da saúde é **tripartite**, sendo que os recursos são advindos das fontes federais, estaduais e municipais, além de outras fontes como doações, isto quer dizer que, independente do nível de complexidade do sistema de saúde, todos os entes são corresponsáveis.

Fundos de Saúde

Desde a década de 1964 que os Fundos são regidos na legislação federal. A Lei 4.320/1964 que dispõe sobre as normas gerais de direito financeiro para a elaboração dos orçamentos e balanços da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, regulamentou a criação de fundos especiais. Esta lei refere em seu artigo 71, que “*constitui fundo especial o produto de receitas específicas que por lei se vinculam à realização de determinados objetivos ou serviços, facultada a adoção de normas peculiares de aplicação*”. Este é o caso do Fundo de Saúde.

A Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990, dispôs entre outros atos, sobre a as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a área da saúde. Esta garantia foi explicitada no artigo 33 da Lei 8080/90 e complementada no artigo 3º da

Lei 8142/90, o qual definiu que os recursos serão repassados de forma regular e automática para os municípios, estados e o distrito federal. Para receberem os recursos de que trata a Lei 8142/90, os municípios, estados e o Distrito Federal, deveriam contar com: Fundo de Saúde; Conselho de Saúde; Plano de Saúde; Relatório de Gestão; Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e Comissão de elaboração de Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para implantação (BRASIL, 1990).

O Fundo de Saúde constitui um mecanismo de gestão financeira de recursos, vinculados ou alocados à Secretaria de Saúde para o cumprimento de seus programas e metas, e seus projetos e atividades orçamentárias, conforme previsões contidas no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde (CONASEMS, 2016). Outrossim, pela LC 141 o Fundo de Saúde é uma unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ASPS, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Isso significa dizer que a unidade gestora é a unidade investida de poder de gerir recursos orçamentários e financeiros, próprios ou sobre descentralização; e a unidade orçamentária é um segmento da administração direta a que o orçamento consigna dotações específicas para a realização de seus programas de trabalho e sobre os quais exerce poder de disposição. Portanto, o Fundo Municipal de Saúde tem poder para gerir os seus recursos e para usar suas dotações que lhe são consignadas para a realização de seus programas ou destinação específica. Assim, o “ *Fundo é uma modalidade de gestão de recursos e não uma pessoa jurídica, a sua natureza é financeira e contábil*” (SANTOS, 2012).

O Fundo de Saúde tem por objetivo ampliar a capacidade de gestão orçamentária e financeira, a governabilidade administrativa, dar maior transparência para o gasto público em saúde para fins do controle interno e externo por parte dos órgãos responsáveis e pela sociedade (OLIVEIRA JUNIOR, et al- mimeo). Não é considerado entidade de interesse da administração tributária por não ter autonomia para destinação social de seu patrimônio, no entanto ele necessita de personalidade jurídica e seu cadastro no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) é obrigatório e na condição de matriz, mediante utilização do código 120-1 “Fundo Público”.

ATENÇÃO

Verifique com o setor de contabilidade se o Fundo Municipal de Saúde de seu município está cadastrado na condição matriz e no código 120-1 – Fundo Público. Caso não esteja é preciso regularizar a situação cadastral com urgência.

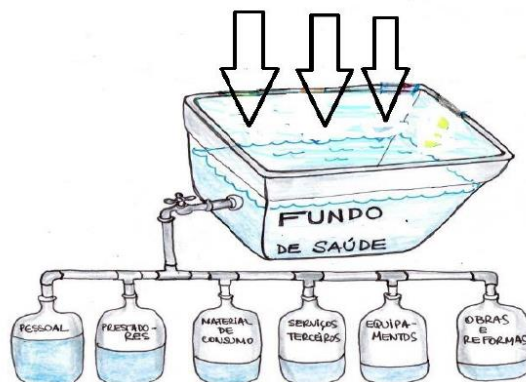
Como o FMS é vinculado ao órgão da Administração, deve registrar, em separado, a movimentação contábil dos atos afetos à gestão dos recursos que lhe são destinados, para posteriormente consolidar as informações aos registros do órgão. Tais informações subsidiarão os sistemas de gestão fiscal, acompanhamento da

execução orçamentária e prestação de contas anual de responsabilidade do respectivo chefe de poder.

A aplicação das receitas orçamentárias vinculadas ao FMS deve estar prevista e autorizada na Lei Orçamentária Anual (LOA) e inserida na Função 10 — Saúde, ou em créditos adicionais consignados em favor do órgão ao qual estiver vinculado, nos termos do art. 72 da Lei n. 4.320, de 1964. A gestão do Fundo Municipal de Saúde tem como características, dentre outras, a descentralização do poder decisório e vinculação a determinado órgão da Administração, que, neste caso é a própria Secretaria Municipal de Saúde, logo, se pode concluir que, o gestor do Fundo Municipal de Saúde, deve ser o próprio Secretário de Saúde. Importante ressaltar que o Fundo Municipal de Saúde é obrigado a fazer prestação de contas do ordenador de despesas, gestor do fundo, tanto em separado, como de forma integrada na Contabilidade Geral da Prefeitura (CONASEMS, 2016).

O Fundo Municipal de Saúde deve ser criado por Lei, e deve especificar as receitas que integrarão os seus ativos, os seus objetivos, a destinação ou campo de aplicação de seus recursos, atender as determinações legais como: dispor de orçamentos, fazer relatórios e balancetes mensais, anual integrando-o à contabilidade do município; constar na lei sua autonomia administrativa e financeira; distinguir os recursos destinados ao fundo de saúde no orçamento geral do município, submeter os demonstrativos de receitas e despesas do FMS à aprovação do CMS; gerir os recursos provenientes dos programas e incentivos do SUS, de convênios, de contrapartida e de doações, conforme sua destinação (CONASEMS, 2016).

O patrimônio do fundo Municipal de Saúde pertence à prefeitura. A fiscalização é exercida pelo Conselho de Saúde, além de órgãos como o Tribunal de Contas, o Poder Legislativo, e outros.



Recursos Federais

Quanto aos repasses que o Ministério da Saúde realiza por meio das transferências intergovernamentais fundo a fundo, até dezembro de 2017, a Portaria

GM 204 de 29 de janeiro de 2007, regulamentava o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde na forma dos blocos de financiamento: I - **Atenção Básica**; II - **Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar**; III - **Vigilância em Saúde**; IV - **Assistência Farmacêutica** e V - **Gestão do SUS**. Ainda a Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009, alterou e acrescentou dispositivos à Portaria nº 204/2007, para inserir o **Bloco de Investimentos** na Rede de Serviços de Saúde que passou a compor os blocos de financiamento. Observa-se nesta legislação que os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco.

Em janeiro de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite pactuou a Unificação dos Blocos de Financiamento do SUS, e a partir de então iniciou-se o processo de organização da nova forma de repasse dos recursos federais, culminando com a publicação da **portaria GM/MS nº 3.992, em 28 de dezembro de 2017**. Essa Portaria trata do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), alterando a Portaria de Consolidação nº. 6/GM/MS de 28/09/2017, que contemplava a portaria nº. 204/2007.

Conforme dispõe a Portaria GM nº. 3992 de 28/12/2017, art. 3º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, a serem repassados na modalidade fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios serão organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento:

- I - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e
- II - Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.

Condições para o recebimento dos recursos: de acordo com o art. 4º, o repasse dos recursos de que trata o artigo 3º. ao Estado, ao Distrito Federal e ao Município fica condicionado à:

- I - instituição e funcionamento do Conselho de Saúde, com composição paritária, na forma da legislação;
- II - instituição e funcionamento do Fundo de Saúde;
- III - previsão da ação e serviço público de saúde no Plano de Saúde e na Programação Anual, submetidos ao respectivo Conselho de Saúde;
- IV - apresentação do Relatório Anual de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde; e
- V - alimentação e atualização regular dos sistemas de informações que compõem a base nacional de informações do SUS, consoante previsto em ato específico do Ministério da Saúde.” (NR)

O Fundo Nacional de Saúde repassará então, os recursos fundo a fundo em duas contas bancárias específicas vinculadas a dois blocos: **o de custeio e o de investimentos**, sendo que o **bloco de custeio** irá englobar grupos relacionados ao nível de atenção ou à área de atuação: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta

Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Assistência Farmacêutica; Vigilância em Saúde e Gestão do SUS, por sua vez o **bloco de investimentos** irá englobar grupos relacionados ao nível de atenção ou à área de atuação: Atenção Básica; Atenção Especializada; Vigilância em Saúde; Gestão e desenvolvimento de tecnologias em Saúde no SUS e Gestão do SUS.

Antigos Blocos	Novo Bloco
Atenção Básica	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde
Média e Alta Complexidade	
Vigilância em Saúde	
Assistência Farmacêutica	
Gestão do SUS	

Antigo Bloco	Novo Bloco
Investimento	Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde

Utilização de Recursos Federais no SUS

Segundo o artigo 3º, § 2º. da referida portaria: Os recursos que compõem cada Bloco de Financiamento devem ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde relacionados ao próprio bloco, devendo ser observados:

I – a vinculação dos recursos, ao final do exercício financeiro, com a finalidade definida em cada *Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União* que deu origem aos repasses realizados;

II – o estabelecido no Plano de Saúde e na Programação Anual do Estado, do Distrito Federal e do Município submetidos ao respectivo Conselho de Saúde; e

III – o cumprimento do objeto e dos compromissos pactuados e/ou estabelecidos em atos normativos específicos expedidos pela direção do Sistema Único de Saúde – SUS em sua respectiva esfera de competência.

Destacamos aqui o contido no item I deste parágrafo 2º quando se refere à **vinculação dos recursos ao final do exercício financeiro com o Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União**, isto significa que a movimentação financeira é livre durante o exercício, mas ao seu final, os valores repassados devem guardar relação com a finalidade definida, ou seja, recursos do grupo da Atenção Básica devem ao final do exercício serem aplicados nas ações da Atenção Básica, assim como os recursos dos demais grupos (antigos blocos).

Recursos do Bloco de Custeio:

Segundo o Art 5º da portaria, os recursos do **Bloco de Custeio**, depositados em **conta corrente única**, destinam-se:

- I - à manutenção da prestação das ações e serviços públicos de saúde; e
- II - ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis pela implementação das ações e serviços públicos de saúde.

O parágrafo único do referido artigo, expressa as **vedações** da utilização dos recursos do bloco de custeio, as quais explicaremos a seguir:

I - servidores inativos - O enunciado é claro, **não** é permitido pagamento de aposentadorias.

II - servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços previstos no respectivo Plano de Saúde - Apesar da redação um pouco confusa neste texto, o enunciado diz que não pode ser pago com tais recursos servidores de outros setores da administração ou da saúde que estejam cedidos a outras secretarias (disfunção). Assim os **servidores ativos** que estejam desempenhando funções na saúde **podem** ser pagos com recursos federais do bloco de custeio. De acordo com a Lei 141/2012: **remuneração do pessoal ativo da área de saúde, em atividade nas ASPs, incluindo os encargos sociais**; ou seja, todo o pagamento do pessoal ativo na saúde e seus encargos sociais são considerados Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), assim como auxílio alimentação e o auxílio transporte.

III - gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços previstos no respectivo Plano de Saúde - Da mesma forma que o inciso anterior, podem ser pagas gratificações e cargos comissionados de servidores ativos da saúde.

IV - pagamento de assessorias ou consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio Município ou do Estado - Não é permitido pagamento de consultorias e assessorias à servidores pertencentes ao quadro próprio, ou seja, é permitido com recursos do bloco de custeio, pagamento de assessorias e consultorias à empresas de terceiros que não tenham vínculo com o poder público.

V - obras de construções novas, bem como de ampliações e adequações de imóveis já existentes, ainda que utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde - É vedado construir, ampliar e adequar os imóveis da saúde. É permitido **reformular** os imóveis (unidades) de saúde com os recursos federais do bloco de custeio.

O bloco de **custeio** engloba grupos relacionados ao nível de atenção ou à área de atuação: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Assistência Farmacêutica; Vigilância em Saúde e Gestão do SUS;

ATENÇÃO BÁSICA:

- Piso de Atenção Básica – PAB Fixo (per capita)
- Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável (incentivos por adesão): Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal (CEO/LRPD), NASF, PMAQ, PSE, e OUTROS.

Utilização dos recursos:

Destinado ao custeio da Atenção Básica: todas as despesas de custeio da Atenção Básica: Material de uso único - “médico-hospitalar” (agulha, seringa, abaixador de língua, algodão, gaze, esparadrapo, etc...), combustível dos veículos utilizados pelas equipes da Atenção Básica e no transporte de pacientes da AB, materiais educativos, materiais de expediente, materiais de higiene e limpeza, uniformes, cursos, eventos, capacitações e outras ações de educação em saúde, diárias e passagens para participação em congressos, eventos da Atenção Básica, pagamento de todos os servidores da Atenção Básica (folha de pagamento e encargos), reformas das unidades da Atenção Básica e outras ações e atividades que se destinem à manutenção e funcionamento da Atenção Básica. Serviços de terceiros: pagamento de provedor de internet para viabilizar o envio de bancos de dados, além de pesquisa e troca de informações técnicas; confecção e reprodução de material informativo, educativo (folders, cartazes, cartilhas, faixas, banners, etc.) e técnico (manuais, protocolos, linhas guias e outros); manutenção de veículos e equipamentos utilizados nas ações da AB; pagamento de estadia, alimentação e locais para a realização de capacitações, eventos e atividades da AB; pagamento de assessorias, consultorias e horas-aula em ações de interesse da AB; aluguel de imóveis para atividades próprias da Atenção Básica.

Obs: Emendas Parlamentares: **Incremento Temporário do Piso de Atenção Básica – PAB**: Os recursos serão aplicados na manutenção de unidades de atenção básica à saúde e, consideram-se de **manutenção as atividades que não contribuem, diretamente, para a formação ou aquisição de um bem de capital**, e que propiciam as condições adequadas de infraestrutura e de recursos materiais destinados à assistência em saúde, sendo vedada a aplicação dos recursos de emendas parlamentares para pagamento de pessoal e encargos, em observância ao § 10, do art. 166 da Constituição Federal”.

ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR:

- MAC – Produção Ambulatorial (Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS) - Atenção Ambulatorial: exames laboratoriais, fisioterapias, ultrassonografias, tomografias, ressonâncias, consultas de especialidades, enfim procedimentos de média e alta complexidades da

Tabela Nacional do SUS - Rede própria ou Rede contratada/conveniada (privada).

- MAC – Produção Hospitalar (Sistema de Informação Hospitalar – SI/AIH) - Atenção Hospitalar: Internações Hospitalares: Rede própria (hospital municipal) e Rede contratada/conveniada (filantrópica e privada).

Utilização dos recursos:

Pagamento de todos os prestadores de serviços localizados no território municipal contratados para realizar exames e procedimentos (análises clínicas, raio-x, ultrassonografias, tomografias, consultas especializadas, endoscopias e outros, também as Autorizações de Internações Hospitalares - AIH), desde que o município tenha a gestão total dos recursos e realize a contratualização dos estabelecimentos que prestam esses serviços.

Obs: Com este recurso federal o pagamento da produção deve ser realizado de acordo com a Tabela Nacional do SUS, para complemento de tabela deve-se utilizar recursos próprios do município, conforme portaria nº. 1.606/2001 (PRC 6/2017).

Para contratualização dos Prestadores de Serviços de forma complementar, verificar a portaria nº 2.567/2016, que dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, bem como a portaria nº 3.410/2013, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

- MAC – Valores Fixos: Pagamento de Incentivos de: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Hospitais de Pequeno Porte, de Ensino, Filantrópicos, Incentivo de Integração do SUS (INTEGRASUS), Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH), Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros.

Utilização do recurso:

Custeio das unidades, serviços e ações de saúde conforme habilitação e qualificação.

- MAC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC): procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC), transplantes e procedimentos vinculados, ações estratégicas ou emergenciais de caráter temporário e implementadas com prazo pré-definido (ex. Projetos de Cirurgias Eletivas), novos procedimentos, não relacionados na tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite

de financiamento (são custeados pelo FAEC por um período com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao limite financeiro de MAC).

Utilização dos recursos:

Custeio dos serviços conforme produção apresentada e aprovada.

Obs: Emendas Parlamentares: Incremento Temporário do Teto de Média e Alta Complexidade - MAC: os recursos serão aplicados na manutenção da unidade de atenção informada na portaria de habilitação, consideram-se de **manutenção as atividades que não contribuem, diretamente, para a formação ou aquisição de um bem de capital**, e que propiciam as condições adequadas de infraestrutura e de recursos materiais destinados à assistência em saúde, *sendo vedada a aplicação dos recursos de emendas parlamentares para pagamento de pessoal e encargos, em observância ao § 10, do art. 166 da Constituição Federal*". A execução dos recursos de incremento MAC, deverá observar a legislação sobre execução orçamentária e financeira, e, *no caso de transferência para Cnes vinculado à entidade privada sem fins lucrativos, os recursos deverão ser transferidos por meio do instrumento de contratualização, no sentido de estabelecer metas complementares ao contrato existente, ou ainda, firmar novo contrato para atender demandas específicas. Os recursos transferidos deverão ser utilizados para manutenção das unidades, viabilizando a qualidade no atendimento por meio de reformas, manutenção dos equipamentos e materiais permanente e aquisição de insumos.*

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA:

- COMPONENTE BÁSICO: No estado do Paraná a aquisição dos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é feita de forma centralizada pelo Consórcio Paraná Saúde para os municípios consorciados. A grande maioria dos municípios utilizam o CONSÓRCIO PARANÁ SAÚDE, para aquisição dos medicamentos da assistência farmacêutica básica, sendo o repasse da parte do Governo Federal (R\$ 5,58) e Estadual (R\$ 2,80) feito diretamente do Fundo Estadual de Saúde ao Consórcio Paraná Saúde. O município também pode utilizar o Consórcio para a compra dos medicamentos do valor correspondente à sua contrapartida municipal obrigatória (R\$ 2,36), por meio de convênio com o mesmo. Para tanto o município deve aprovar Lei específica para este fim na Câmara Municipal de Vereadores e realizar um convênio com o Consórcio. Trimestralmente o município faz a sua solicitação de medicamentos por meio de planilha disponibilizada pelo Consórcio Paraná Saúde. Para maiores informações sobre o consórcio, convênio e repasses acessar o site: www.consorcioparanasaude.com.br

- COMPONENTE ESTRATÉGICO: controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; anti-retrovirais do programa DST/Aids; sangue e hemoderivados; imunobiológicos e demais programas estratégicos: controle do tabagismo, influenza e outros. Financiamento e aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde, encaminhados para as Secretarias Estaduais de Saúde que têm a responsabilidade de fazer o armazenamento e distribuição aos municípios.
- COMPONENTE ESPECIALIZADO – É uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicadas pelo Ministério da Saúde. Financiado pelos três entes: o acesso aos medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas no âmbito deste componente será garantido mediante a pactuação entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme as diferentes responsabilidades definidas e estão divididos em três grupos:
 - Grupo 1: medicamentos sob responsabilidade de financiamento pelo Ministério da Saúde;
 - Grupo 2: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal;
 - Grupo 3: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE:

- COMPONENTE VIGILÂNCIA EM SAÚDE:
 - Piso fixo de vigilância em saúde – PFVS
 - Piso variável de vigilância em saúde – PVVS
- COMPONENTE VIGILÂNCIA SANITÁRIA:
 - Piso fixo de vigilância sanitária
 - Piso variável de vigilância sanitária

Utilização dos recursos:

Destinado ao custeio de todas as ações e serviços de Vigilância em Saúde: vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental, saúde do trabalhador e promoção em saúde.

Pagamento de pessoal para desenvolver atividades na área de controle de doenças; gratificações para recursos humanos que estejam desenvolvendo atividades na área da vigilância em saúde; capacitações em vigilância em saúde para todos os profissionais, inclusive os que desenvolvem atividades na rede assistencial; participação em seminários, congressos de saúde coletiva, epidemiologia, medicina tropical, e outros em que sejam apresentados e discutidos temas relacionados à vigilância em saúde; diárias para deslocamento de servidores de atividades inerentes à

vigilância em saúde, bem como para participação em eventos ligados à área. Serviços de terceiros: pagamento de provedor de internet para viabilizar o envio de bancos de dados, além de pesquisa e troca de informações técnicas; confecção e reprodução de material informativo, educativo (folders, cartazes, cartilhas, faixas, banners, etc.) e técnico (manuais, guias de vigilância epidemiológica); manutenção de veículos e equipamentos utilizados nas ações da vigilância em saúde; pagamento de estadia, alimentação e locais para a realização de capacitações, eventos e atividades da vigilância em saúde; pagamento de assessorias, consultorias e horas-aula em ações de interesse da vigilância em saúde; aluguel de imóveis para atividades próprias da vigilância em saúde.

Material de consumo: peças, combustíveis (óleo diesel, gasolina, álcool) e lubrificantes para manutenção de veículos; isopor, termômetro, bobinas de gelo reciclável e outros insumos para rede de frio, conservação de imunobiológicos e amostras de laboratório; materiais, peças e outros insumos para atividades de laboratório de saúde pública; compra de equipamentos de proteção individual (EPI) para atividades de controle de vetores; reposição de peças para equipamentos de aspersão; lâminas, lamínulas, estiletes e papel filtro; material de escritório e outros.

GESTÃO DO SUS:

Recursos para qualificação do SUS e que são regulamentadas por portarias específicas nas áreas de:

- Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria, Planejamento e orçamento, Programação, Regionalização, Participação e Controle Social, Gestão do Trabalho, Educação na Saúde e Incentivos à implementação de políticas específicas.

Utilização dos recursos:

Destinado ao custeio das ações conforme as portarias específicas dos programas/projetos.

Recursos do Bloco de Investimento:

Segundo o art. 6º da portaria nº 3992/2017, os recursos financeiros referentes ao Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde serão transferidos em conta corrente única, aplicados conforme definido no ato normativo que lhe deu origem, e destinam-se, exclusivamente, à:

- I - aquisição de equipamentos voltados para a realização de ações e serviços públicos de saúde;
- II - obras de construções novas utilizadas para a realização de ações e serviços públicos de saúde; e
- II - obras de reforma e/ou adequações de imóveis já existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde.

Parágrafo único. Fica vedada a utilização de recursos financeiros referentes ao Bloco de Investimento em órgãos e unidades voltados, exclusivamente, à realização de atividades administrativas.”

RECURSOS ESTADUAIS: FUNDO À FUNDO.

1- Repasse de recursos de Média e Alta Complexidade (MAC) do Fundo Nacional de Saúde (FNS): quando o município encontra-se sob gestão estadual, os seus recursos de média e alta complexidade – produção própria – são depositados pelo FNS na conta do FES e este faz o repasse para o município de acordo com a programação física e financeira e fatura apresentada: Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) para os procedimentos de média e alta complexidades ambulatorial e Autorização de Internações Hospitalares (AIH) para produção hospitalar.

Utilização dos recursos:

Destinado ao custeio das ações e serviços de saúde e manutenção das unidades que geraram a fatura e produção apresentadas.

2- Recursos de Programas Estratégicos da SESA: repasses fundo à fundo, conforme resoluções da SESA, aos municípios de acordo com a adesão voluntária dos municípios aos programas estaduais.

Utilização dos recursos:

Destinado ao custeio e/ou investimento em ações e serviços de saúde, de acordo com a Resolução/SESA que instituiu o programa, bem como plano de aplicação/trabalho elaborado pelo município, aprovado pelo conselho municipal de saúde e revisado pela regional de saúde.

RECURSOS MUNICIPAIS: RECURSOS PRÓPRIOS.

Recursos próprios do município, aplicação de no mínimo 15% das receitas previstas na legislação vigente, em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), de acordo com a LC nº 141/2012. Despesas com recursos próprios do município:

- Consórcio Intermunicipal de Saúde;
- Contrapartida da Assistência Farmacêutica Básica;
- Compra de medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) e da Relação Regional de Medicamentos (REREME);
- Tratamento Fora do Domicílio (TFD) - ajuda de custo, passagens e hospedagens, preparação e traslado do corpo quando óbito em TFD.
- Órteses, próteses e materiais especiais (OPME) que não constem na tabela de procedimentos do SUS (não há custeio pelo SUS) ou o custeio é insuficiente.
- Pagamento de cirurgias e exames não disponíveis pelo SUS;
- Pagamento de qualquer complemento da Tabela Nacional do SUS ou contratos complementares com prestadores de serviços de saúde privados;

- Contrapartidas de construção, reforma e ampliação de unidades, aquisição de veículos, equipamentos e materiais permanentes;
- Todas as despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde previstas na Lei Complementar nº 141/2012.
- Despesas indefinidas na legislação e custeadas total ou parcialmente pelos municípios (“vazio assistencial”)
- Leites especiais e suplementos alimentares: prescritos por profissionais médicos, quando tiver caráter “terapêutico e nutricional”, é considerado despesa com saúde, segundo a LC nº 141/2012. Quanto à responsabilidade do custeio destes produtos é “vazio assistencial”, ou seja, não definido no SUS, portanto, como o financiamento da saúde é tripartite, deve ser de responsabilidade das três esferas: União, Estado e Municípios. É necessário que quando da elaboração das Leis Orçamentárias exista a previsão desta despesa na saúde. Outra informação importante, tais produtos devem ser dispensados pelos municípios de acordo com Protocolos Clínicos estabelecidos, visando ter critérios claros que garantam o direito ao cidadão, sem causar prejuízo ao aleitamento materno e distorções no caráter nutricional e terapêutico da prescrição.

Referências/Fontes de informação:

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm

BRASIL. Fundo Nacional de Saúde. FNS. Gestão dos Recursos da Saúde: Fundo de Saúde. Oliveira Junior, et al. Mimeo. Org. Disponível em http://portalfns.saude.gov.br/images/artigos/GestaoRecursosSaudeFundoSaude_atualizado.pdf

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm

CONASEMS. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. Manual do (a) Gestor (a) Municipal do SUS. “Diálogos do Cotidiano” CONASEMS COSEMS-RJ, LAPPIS/IMS/ UERJ – RJ – 1a. Ed., 2016.

SANTOS, Lenir. SUS e a Lei Complementar 141 Comentada. 3ª ed. Campinas. Saberes Editora, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Cartilha para apresentação de propostas ao Ministério da Saúde : 2019 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva – Brasília : Ministério da Saúde, 2019 www.fns.saude.gov.br

5 ORIENTAÇÕES PARA A ATIVIDADE DE DISPERSÃO

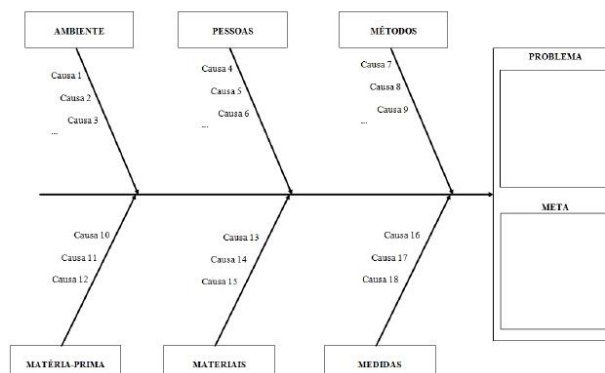
O planejamento estratégico baseia-se na compreensão do cenário no qual os problemas ocorrem, considerando este contexto para a definição das ações e estratégias necessárias para atingir os objetivos desejados.

Existem diversas técnicas que podem ser utilizadas para a sistematização desta análise de cenário, como a SWOT, abordada na segunda oficina do curso, e o Diagrama de Ishikawa, também conhecido como espinha de peixe. Enquanto a SWOT procura sistematizar fatores positivos e negativos do ambiente interno e externo que condicionam ou determinam a situação analisada, o Diagrama de Ishikawa possibilita uma compreensão de causas e efeitos, com menor profundidade do que o SWOT, mas igualmente útil para o planejamento.

Este diagrama analisa algumas seis dimensões para as quais são enumeradas as causas e sub-causas que combinadas determinam o problema, sendo as dimensões:

- Método: causas relacionadas ao processo de trabalho da instituição;
- Materiais: causas relacionadas aos insumos necessários às atividades da instituição;
- Pessoas: causas originadas na disponibilidade, qualificação, atitudes e outros aspectos relacionados aos colaboradores da instituição;
- Máquina: causas relacionadas aos equipamentos utilizados para as ações da instituição;
- Medida: causas relacionadas dos mecanismos de mensuração das ações propostas, como controle de qualidade, indicadores e processos de monitoramento e avaliação;
- Ambiente: causas relacionadas ao ambiente de trabalho em todos seus aspectos, como layout, disponibilidade de espaço, condições de trabalho, riscos ocupacionais e outros.

Figura. Diagrama de Ishikawa (espinha de peixe).



Após compreender os diversos elementos que se combinam para determinar o evento ou problema a equipe pode realizar o planejamento das ações necessárias ao seu enfrentamento. O produto do processo de planejamento (plano, relatório, projeto ou proposta) deve servir de base tanto para a orientação das atividades cotidianas, quanto para apoiar a equipe de gestão para revisão do Plano de Saúde e da Programação de Saúde, garantindo que estes instrumentos contenham uma ação que abarque a proposta e garanta seu financiamento e monitoramento no contexto de gestão do SUS.

Uma forma objetiva de registrar as ações a serem executadas é a ferramenta 5w3h, cujo a abreviação reflete os termos em inglês para: O que? Por quê? Onde? Quando? Por quem? Como? Quanto custa? Como mensurar? Ao responder estas perguntas para cada ação planejada a equipe passa a ter um registro que permite a execução oportuna e o monitoramento dos resultados pretendidos. Veja o exemplo:

O que?	Por quê?	Quando?	Onde?	Por quem?	Como?	Custo?	Mensuração ?
Realizar oficina de capacitação para os servidores de endemias	Qualificar o processo de trabalho de campo para controle do vetor da Dengue	Até 30/10/2019	Anfiteatro da Prefeitura	Lucas e Fabrício	Aula expositiva	Datashow Computador Microfone Lista de Presença Água e Café Ficha de Avaliação	Número de profissionais e satisfação dos participantes
Ação 2							
Ação 3							
Ação 4...							

PROGESTÃO

PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO E APOIO ÀS EQUIPES MUNICIPAIS DE GESTÃO E PLANEJAMENTO DA 16ª,
17ª E 22ª REGIONAIS DE SAÚDE

OFICINA 5

CONTROLE SOCIAL

Outubro/2019



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA



Autores

Brígida Gimenez Carvalho

Carolina Milena Domingues

Edmilson de Oliveira

Edinalva de Moura Ferraz

Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes

Felipe Assan Remondi

Fernanda de Freitas Mendonça

Sílvia Karla Azevedo Vieira Andrade

Stela Maris Lopes Santini



Este trabalho está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição-NãoComercial-Compartilha Igual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

1 OBJETIVOS EDUCACIONAIS

- Discutir o papel do controle social no sistema municipal de saúde;
- Compreender o controle social como espaço de governança e de promoção à saúde;
- Construir estratégias que contribuam para o fortalecimento do controle social.

2 PROGRAMAÇÃO

1º Momento – Acolhimento e abertura (15 min)

2º Momento – Apresentação da dispersão (45 min)

- A partir dos problemas identificados e plano de ação, compartilhar com os participantes as principais dificuldades observadas para gestão orçamentária conforme os eixos da espinha de peixe e as ações/estratégias propostas para sua qualificação no âmbito de cada secretaria de saúde.

3º Momento – Discussão da situação problema (30 min)

- Realizar a leitura da situação problema que trata da relação entre a gestão orçamentária e a prestação de contas junto ao conselho de saúde e debater “Qual o papel do controle social no sistema municipal de saúde?”

4º Momento – Leitura do texto de apoio (60 min)

- Leitura e discussão do texto de apoio sobre o controle social e a gestão do SUS, com a identificação de conceitos centrais;

- Apresentação dos conceitos de governança, promoção da saúde e educação permanente em saúde;

- Discussão das questões norteadoras: Quais dificuldades você enfrenta para que o controle social de fato cumpra seu papel? Que estratégias a gestão poderia utilizar auxiliar no cumprimento do papel do controle social?

Atividade de dispersão:

- Considerando o conceito de Promoção da Saúde e de Educação Permanente em Saúde, construa uma proposta de formação dos conselhos para que ele se efetive como espaço de governança e de promoção da saúde. Considere os conteúdos, metodologias, cronograma, custos e equipe coordenadora da proposta, de forma que o produto seja passível de submissão e execução pelo Conselho de Saúde.

3 SITUAÇÃO PROBLEMA

Um dos grandes movimentos, por sua complexidade e relevância pública, consiste na apreciação dos instrumentos de gestão pelo conselho de saúde. Com isso em mente, Roseli que estava em sua primeira prestação de contas da cidade de Joaninha, que tem cerca de 17.000 habitantes. Ao longo do ano que passou, além de tentar se apropriar dos instrumentos e processos de gestão, Roseli fez grandes alterações em relação ao custeio do hospital de pequeno porte e especialidades médicas ofertadas pelo próprio município.

Preocupada com a apreciação do relatório, a secretária de saúde realizou conversar prévias com os conselheiros. Na reunião, passada a apresentação a da secretaria, diversos questionamentos foram apresentados pelos conselheiros, tornando a sessão desgastante e delicada:

- Como podemos apreciar um relatório que chegou em nossas mãos há uma semana? Ele está difícil de compreender, cheio de siglas e para piorar, veio em formato eletrônico, que alguns conselheiros não tem domínio da tecnologia.
- Os números apresentados não estão concordantes, por que não foram declarados recursos para suporte diagnóstico e profilático?
- Qual o motivo da senhora ter feito conversar prévias com alguns conselheiros? Foi para comprar seus votos?

Muito nervosa com a postura de alguns conselheiros, Roseli tentou justificar os pontos levantados, especialmente em função de que haviam combinado na reunião anterior a forma e prazo para envio do relatório, além de sua iniciativa livre de vícios nas conversas com os conselheiros. Sem conseguir acalmar os ânimos, disparou “Não sejam irresponsáveis, se não aprovarem o relatório podemos ficar sem recursos”.

Em função do horário e dos ânimos, o conselho optou pela não apreciação do relatório até uma nova reunião extraordinária agendada para a primeira semana de abril. No dia seguinte, reunida com sua equipe Roseli questionou “O que aconteceu ontem? Estes conselheiros utilizam de sua função para fazer oposição à gestão, sendo ‘do contra’. Não imaginava que a participação social fosse tão frágil e cheia de vícios. Não podemos continuar dessa forma!”

4 TEXTO DE APOIO - A GOVERNANÇA NO SUS E O CONTROLE SOCIAL

O termo Controle Social foi incorporado à área da saúde, a partir da institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988. Esse termo pode ser empregado tanto “*para designar o controle do Estado sobre a sociedade, quanto para designar o controle da sociedade (ou de setores organizados na sociedade) sobre as ações do Estado*” (CORREIA, 2008, p.104).

No SUS, a concepção de controle social adotada é a segunda, ou seja, possibilita que os cidadãos, ou melhor, seus representantes, possam intervir na tomada da decisão administrativa, orientando a Administração para que adote medidas que realmente atendam ao interesse público e, ao mesmo tempo, possam exercer controle sobre a ação do Estado por meio da prestação de contas de sua atuação (BRASIL, 2014).

Com este sentido, o controle social tem a função de exercer governança sobre a administração pública considerando que a governança surge da necessidade da adoção de mecanismos para minimizar os riscos de possíveis conflitos de interesses dos gestores/administradores dos serviços públicos e a população usuárias desses serviços (SLOMSKI et al., 2008).

A governança possui diversas conceituações, abordagens e definições que transpõem vários campos e áreas de estudo. Como um conceito geral, a governança refere-se aos processos de governo, à reorientação das formas de relação entre Estado e sociedade ou entre governos, agentes privados e sociedade, abrangendo o exercício do poder. A governança permite a emergência de outras organizações e a capacidade de ação de vários atores, que não apenas os governamentais, mas também os não governamentais/informais, incluindo agentes privados, comunidades profissionais e movimentos sociais na condução das políticas públicas (MARQUES, 2013).

DIFERENÇA ENTRE A GOVERNANÇA E GESTÃO

Outra abordagem do termo "governança" que ajuda os gestores a diferenciá-la do termo "gestão", constitui o Referencial Básico de Governança Aplicável a Órgãos e Entidades da Administração Pública, publicado pelo TCU:

Governança no setor público compreende essencialmente os mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade (Guia, 2018, p.15).

A liderança diz respeito ao comportamento e natureza humana para que ocorra a governança. Esse mecanismo conduz ao estabelecimento de estratégias para que a governança ocorra (como escuta ativa de demandas, necessidades e expectativas das partes interessadas; avaliação do ambiente interno e externo da

organização dentre outros). E o controle contribui para que as estratégias sejam desenvolvidas sendo necessário o estabelecimento de controle e avaliação por meio de prestação de contas das ações e responsabilização de atores, entre outros (BRASIL, 2014).

Desse modo, a governança enfoca a avaliação, a determinação da direção e o monitoramento de uma dada situação com o objetivo de acompanhar se está se cumprindo a direção estabelecida. Já a gestão está centrada na construção do processo de trabalho que atenda o ciclo Planejar-Executar-Avaliar-Agir, para seguir o caminho determinado pela governança. A gestão na área da saúde é compreendida como a atividade e a responsabilidade de comandar o sistema, exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 1996). Dessa forma, a gestão do sistema pode ser entendida como o conjunto de atividades políticas, técnicas e administrativas, desenvolvidas com o propósito de assegurar a condução, o planejamento, a organização e o controle do sistema e dos serviços de saúde em sua totalidade (TEIXEIRA; MOLESINI, 2002). Nesse caso, a função de gestão é exclusivamente pública e, portanto, não pode ser transferida nem delegada.

Quadro 1- Diferenças entre governança e gestão	
GOVERNANÇA	GESTÃO
O que fazer	Como fazer
Direção	Processo de trabalho
Avaliar, direcionar e monitorar	Planejar, Executar, Avaliar, Agir (PDCA)
Liderança (Conselho e Alta Administração)	Gestores

Fonte: Guia de governança e gestão em saúde, 2018.

ESPAÇOS FORMAIS DE DECISÃO DA GOVERNANÇA

O processo decisório das políticas de saúde no Brasil, no âmbito do SUS, é descentralizado com compartilhamento e divisão de competências entre União, Estados e Municípios, mas ao mesmo tempo unificado nacionalmente (FLEURY; OUVREY, 2012). Os seguintes instrumentos e arenas compõem o processo decisório das políticas de saúde Brasileiras:

- Instâncias de participação e controle social – representados pelos conselhos de saúde de cada uma das esferas de governo compostos com 50% de representação do governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde e 50% da sociedade civil, capazes de agir sobre a seleção das demandas em saúde;
- Instâncias de formação de vontade política – representadas pelas conferências de saúde nacionais, estaduais e municipais, periodicamente convocadas e que constituem espaços de formulação de diretrizes para a construção das políticas de saúde. Delas participam gestores e atores

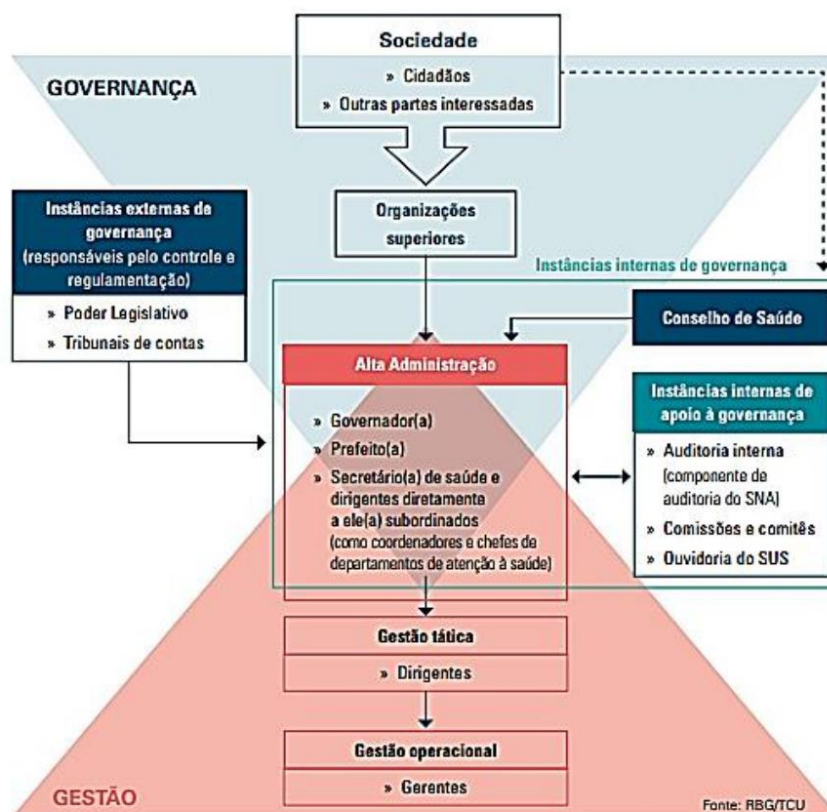
organizados da sociedade civil, são os principais instrumentos para ampliar a participação da sociedade na formulação das políticas públicas por meio da avaliação de problemas existentes e proposição de ações para seu enfrentamento, tendo caráter consultivo, ou seja, sem decidir sobre o desenvolvimento dessas ações (Brasil, 1990, bases).

- Instâncias de negociação e pactuação entre os entes governamentais – as principais arenas são as comissões intergestores (FLEURY; OUYERNEY, 2012).

ESTRUTURA DO SISTEMA DE GOVERNANÇA DE UMA SECRETARIA DE SAÚDE

Diversos atores se organizam e interagem para realizar a governança no SUS nas esferas estadual e municipal refletindo o sistema de governança organizacional das secretarias de saúde (figura).

Figura. Sistemas de governança das secretarias de saúde.



Fonte: Guia de governança e gestão em saúde, 2018.

Segundo a lei 8142/1990, “O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo [...] atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde [...]”, caracterizados como espaços internos de governança do sistema de saúde para execução das ações de direcionamento, monitoramento e avaliação da gestão (Brasil, 1990).

São responsáveis pela definição de diretrizes para construção dos planos de saúde baseados na avaliação das propostas no âmbito das conferências de saúde e de indicadores (direcionamento), a partir das quais as secretarias de saúde devem elaborar os planos a serem aprovados.

Após aprovação, a gestão deve desenvolver, controlar e aprimorar as ações previstas no plano para o alcance dos objetivos e diretrizes estabelecidos. Por meio das prestações de contas pelos relatórios trimestrais (monitoramento) e anual (avaliação), o Conselho acompanha e exerce seu papel de governança (Quadro 2).

Quadro 2: Exemplos de disposições legais sobre competências de avaliação, direcionamento e monitoramento nos conselhos de saúde.	
Avaliar	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde para as políticas públicas de saúde (art. 1º, § 1º, da Lei 8.142/90 c/c inciso III, da Quinta Diretriz, da Resolução CNS 453/2012) • Avaliar os indicadores para a apreciação da qualidade das ações e serviços públicos de saúde formulados e disponibilizados pela gestão (art. 43, § 1º, da LC 141/2012)
Direcionar	<ul style="list-style-type: none"> • Deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades do planejamento (art. 30, § 4º, da LC 141/2012) • Formular estratégias da saúde (art. 1º, §2º, da Lei 8.142/90) • Aprovar os planos de saúde (art. 14-A, parágrafo único, I, da Lei 8.080/90) • Aprovar a programação anual de saúde (art. 36, § 2º, da LC 141/2012)
Monitorar	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar a execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (art. 1º, §2º, da Lei 8.142/90) • Fiscalizar a movimentação dos recursos financeiros do SUS (art. 33, da Lei 8.080/90) • Apreciar, a cada trimestre, o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução da LC 141/2012 nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde (art. 41, da LC 141/2012) • Apreciar o relatório detalhado do trimestre anterior (art. 36, caput, e incisos I, II e III, da LC 141/2012) • Apreciar o relatório anual de gestão (art. 36, § 1º, da LC 141/2012)

Fonte: Guia de governança e gestão em saúde, 2018.

DESAFIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DO CONTROLE SOCIAL

Apesar de quase todos os municípios brasileiros possuírem Conselhos Municipais de Saúde instituídos, existe uma grande variação de seu funcionamento de acordo com as características de cada local (Brasil, 2014). Já na década de 1990, havia preocupações com os desafios ligados ao controle social que permanecem atuais, sendo considerados fatores limitantes para o seu desenvolvimento:

- a transformação, na prática, dos conselhos em estruturas meramente consultivas;
- o atrelamento dos conselhos às estruturas das Secretarias e Departamentos de Saúde;
- a dificuldade dos conselhos instituídos estabelecerem objetivos que fossem legítimos e representativos das reais aspirações da sociedade;
- a dificuldade de acesso dos conselheiros às informações em saúde. (Carvalho et al, 2017, p. 143)

A pouca disponibilidade de informações tem sido considerada um dos maiores desafios para a efetivação do controle social, comprometendo a capacidade dos usuários de decidirem sobre os aspectos referentes ao sistema de saúde. Isso resulta na atuação do usuário em apenas legitimar o que foi decidido pelo executivo ou fazer reivindicações mais gerais sobre a assistência médica. Vale ressaltar ainda, que mesmo quando as informações estão disponíveis, os membros do conselho, principalmente os usuários, possuem falta de conhecimento técnico sobre os elementos do debate, o que dificulta a emissão de opinião (Carvalho, *et al*, 2017). Um dos caminhos apontados para enfrentar tais desafios tem sido a educação permanente em saúde.

Além dos problemas já apontados, que persistem por mais de duas décadas, outros podem ser citados como: a pouca discussão de temas relevantes (financiamento, carreira de servidores, relação público-privado) no SUS; o crescente número de propostas deliberadas nas conferências de saúde que não são implementadas; desrespeito à paridade; o desequilíbrio entre as representações; as precárias condições de infraestrutura; a falta de regularidade de funcionamento e a presença de conselheiros por prazo indeterminado (Brasil, 2012; Carvalho, *et al*, 2017).

Apenas da participação da comunidade ser instituída legalmente, não garante que essa realmente se desenvolva na prática com iguais oportunidades de participação para todos os atores envolvidos, nem mesmo elimina as desigualdades no aspecto reivindicatório entre diversos segmentos sociais (Van Strahelen, *et al*, 2006).

PROMOÇÃO DA SAÚDE E O CONTROLE SOCIAL

O conceito de promoção da saúde nem sempre é compreendido na extensão e profundidade de sua proposta, limitando a construção de políticas que o efetivem. De maneira geral predomina uma concepção reducionista que associa a promoção da

saúde a adoção de hábitos de vida saudáveis, com grande ênfase aos estilos de vida individuais.

Em sua essência, no entanto, a promoção da saúde está relacionada a construção de políticas capazes de promover a qualidade de vida e reduzir a influência negativa de determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, tais como fatores sociais, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e serviços essenciais.

Para que isso seja possível, ganham a cena ações que priorizem a intersectorialidade, o empoderamento dos indivíduos e comunidades e o fortalecimento da compreensão do conceito de saúde de forma positiva, distante da mera ausência de doença. Segundo a Carta de Ottawa (OMS, 1986) que resume os principais enunciados da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde aponta:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

Não por acaso, o próprio Movimento da Reforma Sanitária Brasileira sempre sustentou que o Sistema Único de Saúde, construído a partir da mobilização da sociedade civil, constitui-se como um projeto civilizatório, ainda inconcluso, mas de extrema relevância para garantia da democracia.

O controle social, por meio das conferências, conselhos, ouvidorias e outros espaços formais, é, portanto, mais do que um espaço de governança institucional. Constitui-se como ação concreta de promoção da saúde e precisa ser encarado como tal, para o qual os gestores do sistema devem empregar energia para que, com a formação de seus conselheiros e mobilização das entidades, a comunidade possa empoderar-se de sua cidadania e capacidade de intervenção sobre as políticas públicas.

PRÁTICAS PARA O FORTALECIMENTO DA GOVERNANÇA PELO CONTROLE SOCIAL

Cada um dos mecanismos de governança (Liderança, Estratégia e Controle) possuem práticas detalhadas por meio de itens de controle que constituem as ações referentes ao controle social que contribuem para a boa governança.

LIDERANÇA	
Práticas	Itens de controle
Definir os perfis profissionais da liderança	<ul style="list-style-type: none"> Os perfis profissionais que os conselheiros de saúde devem possuir estão descritos.
Estabelecer e dar transparência ao processo de seleção da liderança.	<ul style="list-style-type: none"> Os critérios de composição do conselho de saúde estão definidos (por exemplo, na lei de instituição do conselho) de acordo com as seguintes diretrizes do Conselho Nacional de Saúde: a) 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; b) 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde; c) 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos. Os conselheiros de saúde são indicados levando em consideração os perfis profissionais e os critérios de composição definidos.
Assegurar a adequada capacitação da liderança	<ul style="list-style-type: none"> As necessidades de capacitação dos conselheiros de saúde são descritas. Os conselheiros são capacitados considerando as necessidades descritas.
Adotar código de ética e conduta que defina padrões de comportamento da liderança.	<ul style="list-style-type: none"> Conselheiros de saúde estão submetidos a um código de ética e de conduta. Ações de divulgação e promoção do conhecimento do código de ética e de conduta são realizadas para seu público alvo (conselheiros de saúde, secretário de saúde e gestores diretamente a ele subordinados - alta administração).
Estabelecer o conselho de saúde	<ul style="list-style-type: none"> Atribuições e responsabilidades do conselho de saúde e dos conselheiros estão definidas e incluem a formulação e a proposição de estratégias e o controle da execução das políticas de saúde. Os membros do conselho de saúde estão designados. Recursos necessários ao pleno funcionamento do conselho de saúde (por exemplo, orçamento, pessoal, instalações) estão disponíveis. Os membros dos conselhos de saúde cumprem seus papéis e responsabilidades quanto à formulação e à proposição de estratégias e ao controle da execução das políticas de saúde.

ESTRATÉGIA	
Práticas	Itens de controle
Estabelecer e divulgar canais de comunicação da secretaria de saúde com as diferentes partes interessadas e assegurar sua efetividade, consideradas suas características e possibilidades de acesso.	<ul style="list-style-type: none"> • Canais de comunicação da secretaria de saúde e do conselho de saúde para acesso, solicitação e encaminhamento de informações estão implantados (por exemplo, a ouvidoria do SUS). • Canais de comunicação da secretaria de saúde e do conselho de saúde para acesso, solicitação e encaminhamento de informações são divulgados periodicamente às partes interessadas. • Mecanismos para tratar informações recebidas pelos canais de comunicação da secretaria de saúde e do conselho de saúde estão implantados. • Canais de comunicação da secretaria de saúde e do conselho de saúde para busca ativa de informações com objetivo de apoiar as ações de saúde estão implantados (por exemplo: ouvidoria ativa). • O desempenho, a disponibilidade e a adequação dos canais de comunicação são avaliados e monitorados.
Estabelecer a estratégia da secretaria de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Conferências de saúde são realizadas. • Diretrizes do conselho de saúde para o Plano de Saúde, inclusive quanto à priorização, estão estabelecidas. • Resultados das conferências de saúde, das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) e das audiências públicas, e as diretrizes do conselho de saúde, são considerados no Plano de Saúde • Plano de Saúde é aprovado pelo conselho de saúde. • Programação Anual de Saúde (PAS) é aprovada pelo conselho de saúde.
Monitorar e avaliar a execução da estratégia da secretaria de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Relatórios Detalhados dos Quadrimestres Anteriores são avaliados pelo conselho de saúde, por meio da comparação entre as metas previstas e as metas executadas, e da avaliação das justificativas para os eventuais desvios na execução da Programação Anual de Saúde. • Relatório de gestão é avaliado pelo conselho de saúde, por meio da comparação entre as metas previstas e as metas executadas, e da avaliação das justificativas para os eventuais desvios na execução da Programação Anual de Saúde, sendo aprovado ou reprovado de forma conclusiva.

CONTROLE	
Práticas	Itens de controle
Realizar gestão de riscos.	<ul style="list-style-type: none"> Conselho de saúde realiza gestão de riscos: identificação de eventos relevantes que podem impedir ou dificultar o atingimento dos objetivos associados à implantação do Plano de Saúde e da programação anual de saúde e adoção de medidas com vistas a diminuir a chance de ocorrência desses eventos ou de seus efeitos.
Dar transparência às partes interessadas, admitindo-se o sigilo como exceção, nos termos da lei.	<ul style="list-style-type: none"> As necessidades de publicidade de informações decorrentes de exigências normativas e jurisprudenciais, e de demandas das partes Interessadas (cidadãos em geral, órgãos de controle, profissionais de saúde, prestadores de serviço e mídia), estão descritas (por exemplo, há uma relação de tudo que deve ser publicado).
Prestar contas da implementação e dos resultados do Plano de Saúde.	<ul style="list-style-type: none"> Pareceres do conselho de saúde sobre o Relatório Anual de Gestão (RAG) e relatórios detalhados dos quadrimestres anteriores estão publicados no sistema de informação oficial. A satisfação das partes interessadas com o conteúdo e a qualidade da prestação de contas é avaliada e monitorada.
Garantir que sejam apurados, de ofício, indícios de irregularidades, promovendo a responsabilização em caso de comprovação.	<ul style="list-style-type: none"> Casos comprovados de irregularidade resultam no encaminhamento tempestivo de informações para os órgãos de controle competentes. Apuração dos indícios de irregularidades é monitorada pelo conselho de saúde.

Fonte: Guia de governança e gestão em saúde, 2018.

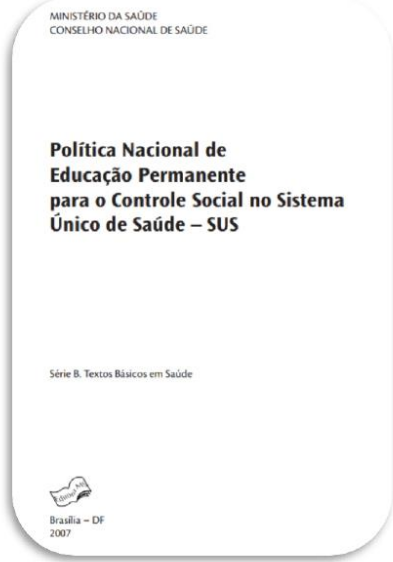
O fortalecimento dos conselhos de saúde para cumprimento dos itens preconizados pelo Tribunal de Contas da União para o pleno exercício de sua função na governança do sistema é, portanto, função da gestão municipal que deve estruturar ações de empoderamento dos conselheiros. Para a OMS (1986) a

A promoção da saúde trabalha através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde. O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino.

Favorecer o empoderamento dos atores sociais requer espaços de troca e de sensibilização para a intervenção, onde estes reconheçam os desafios e os potenciais

existentes em sua realidade concreta. Diversas estratégias podem ser utilizadas, sendo a de destaque a Educação Permanente em Saúde (EPS), que tem em sua centralidade o aprendizado baseado no cotidiano dos trabalhadores e conselheiros, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações (Brasil, 2004).

Mais do que ofertar conteúdos de forma acessível, a EPS se diferencia de outras estratégias pelo aprendizado significativo e comprometido com a mudança do cenário a partir da mudança das pessoas que o compõe. Os participantes são o foco, o processo e o produto da ação educacional (Brasil, 2004). A seguir é apresentado no quadro 3 a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social (Brasil, 2018).

Quadro 3 – Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social	
	<p>Ampliar e qualificar a participação da comunidade na formulação, gestão e controle social das políticas públicas de saúde. Esse é o objetivo principal da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p>Aprovada pelo Pleno do Conselho Nacional de Saúde, durante a 168ª reunião ordinária, a Política reafirma o papel dos conselhos de saúde como protagonistas na formulação, fiscalização e deliberação da política de saúde nas três esferas de governo.</p> <p>Amplia o conceito de capacitação de conselheiros, na medida em que defende o acesso permanente às informações e aos conhecimentos sobre o SUS a conselheiros de saúde e a outros sujeitos sociais (lideranças, por exemplo).</p>
<p>OBJETIVO</p> <p>Atuar na promoção da democratização do Estado, na garantia dos direitos sociais e na participação da população na política de saúde, reafirmando o caráter deliberativo dos conselhos de saúde para fortalecimento do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS).</p>	
<p>ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO</p> <p>A partir da aprovação da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS), caberá aos conselhos nacional, estaduais, municipais e do Distrito Federal elaborarem os planos de ação e metas e constituírem as comissões permanentes para o acompanhamento desta política.</p> <p>Os gestores do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais, secretarias municipais de saúde e do Distrito Federal, ao elaborarem a proposta orçamentária, garantirão recursos orçamentários para a execução da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS).</p>	

REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho nacional de Saúde. **SIACS** - Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde, 2014. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/index.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2203**, de 5 de novembro de 1996. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nob1_96.pdf

BRASIL. **Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS no 453**, de 10 de maio de 2012. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/12_jun_resolucao453.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Manual Técnico 2018 - Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS - PRO EPS-SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 39 p. : il.

BRASIL. **Portaria nº 198/GM** em 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>

CARVALHO, BG, PETRIS, AJ, TURINI, B. LOPES ML DA S, CARVALHO JAS. Participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. In: In: ANDRADE SM et al. (Org) **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina, EDUEL, 2017, p.131-150.

CORREIA, M.V.C. Controle Social in: PEREIRA, I.B. e LIMA, J.C.F. (org). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2 ed. Rev. Ampl. Rio de Janeiro: EPSJV. 2008 P.104-9.

FLEURY, S.; OVERNEY, A. M. Política de saúde: uma política Social. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C; NORONHA, J.C; CARVALHO, A. I. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012a. p. 59-88.

GUIA DE GOVERNANÇA E GESTÃO EM SAÚDE: aplicável a secretarias e conselhos de saúde. – Brasília : TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2018.

MARQUES E. Government, political actors and governance in urban policies in Brazil and São Paulo: concepts for a future research agenda. **Brazilian Political Science Review** 2013; 7:8- 35.

OMS. **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf

SLOMSKI, V. *et al.* **Governança corporativa e governança na gestão pública**. São Paulo: Atlas, 2008.

TEIXEIRA CF, MOLESINI . Gestão Municipal do SUS: atribuições e responsabilidades do gestor do sistema e dos gerentes de unidades de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 2002, v.26, n. 1-2, p.29-40.

VAN STRAHLEN, C.J.; LIMA, A.M.D.; SOBRINHO, D.F.; SARAIVA, L.E.S.; Van Stralen, T.B.S.; BELISÁRIO, S.A. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 621-632, jul./set. 2006.

PROGESTÃO

PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO E APOIO ÀS EQUIPES MUNICIPAIS DE GESTÃO E PLANEJAMENTO DA 16ª,
17ª E 22ª REGIONAIS DE SAÚDE

OFICINA 6

GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Novembro/2019



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA



Autores

Brígida Gimenez Carvalho

Carolina Milena Domingues

Edinalva de Moura Ferraz

Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes

Felipe Assan Remondi

Fernanda de Freitas Mendonça

João Felipe Marques

Sílvia Karla Azevedo Vieira Andrade

Stela Maris Lopes Santini



Este trabalho está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição-NãoComercial-Compartilha Igual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

1 OBJETIVOS EDUCACIONAIS

- Compreender o conceito de gestão do trabalho;
- Reconhecer educação permanente em saúde como estratégia de gestão do trabalho;
- Apresentar ferramentas para execução da gestão do trabalho e educação na saúde;
- Discutir a importância e estratégias para gerenciamento de conflitos no contexto organizacional.

2 PROGRAMAÇÃO

1º Momento – Acolhimento e abertura (15 min)

2º Momento – Dinâmica de problematização (45 min)

- Nos grupos/turmas, os participantes deverão elaborar um texto que aborde as seguintes perguntas: Como você compreende o conceito de gestão do trabalho? Qual sua finalidade? Quais ferramentas você utiliza para operacionalizá-la? Quais as dificuldades você observa?

- Ao comando do coordenador, os participantes devem interromper a redação e passar o papel ao colega do seu lado direito, que a partir da leitura irá dar continuidade a redação, mantendo o foco nas perguntas norteadoras.

- Por fim, os textos retornam a seus autores iniciais que devem ler, compartilhar a redação construída e discutir entre os participantes as questões norteadoras, buscando a convergência dos conceitos.

3º Momento – Leitura do texto de apoio (60 min)

- Realizar a leitura e discussão do texto de apoio sobre gestão do trabalho comparando os conceitos discutidos com os apresentados no texto. Durante a leitura os participantes devem problematizar as eventuais diferenças de compreensão e, sempre que possível, apresentarem exemplos de seu cotidiano.

Intervalo

4º Momento – Painel (60 min)

- Serão convidados apresentadores que abordarão ferramentas para a gestão do trabalho a partir de publicações oficiais, artigos científicos e experiências exitosas. Também podem ser utilizados vídeos e outras estratégias que possibilitem a instrumentalização dos participantes sobre quais as estratégias que podem adotar para executar a gestão do trabalho em seu dia a dia.

Almoço

5º Momento – Discussão da tarefa de dispersão (30 min)

- Para abertura o moderador deverá discutir brevemente a relação entre a Gestão do Trabalho e a Educação na Saúde, frisando que a Educação é uma, dentre outras ferramentas para gestão do trabalho.
- Nos grupos/turmas do programa os participantes deverão apresentar o resultado da atividade de dispersão da Oficina 5 – Controle Social;
- A partir das apresentações, deve-se problematizar o quanto as propostas e atividades relatadas se constituem como uma estratégia de Educação Permanente em Saúde ou de Educação Continuada.

6º Momento – Leitura e discussão de uma situação problema (30 min)

- A partir da situação problema apresentada os grupos/turmas deverão discutir entre si como é a dinâmica da secretaria de saúde ou serviço em que você trabalha? Muita conversa ou pouca conversa? Muitas “eu-quipes” ou rola cooperação? Sempre, nunca ou só nos momentos difíceis? Muita fofoca? E a “rádio-peão” ou “rádio-corredor”? Compartilhe um dia de seu trabalho! Desafios, incômodos, amolações...

7º Momento – Leitura do texto de apoio (45 min)

- Realizar a leitura e discussão do texto de apoio sobre educação permanente em saúde e gestão de conflitos.
- A partir das discussões e da leitura, debater: Quais situações no seu contexto de trabalho precisam ser analisadas? Quais tipos de estratégias poderiam ser utilizadas?

Intervalo

8º Momento – Dinâmica de Avaliação (60 min)

- Os participantes deverão realizar a avaliação do programa enquanto estratégia de educação permanente e a necessidade de continuidade e multiplicação dos conteúdos em seus municípios.
- Para isso, cada um deverá desenhar o contorno de uma mão em uma folha e de um dos pés em outra. Deve-se também desenhar um coração e uma cabeça. Escrever no pé desenhado o que o curso proporcionou para o seu caminhar. Escrever dentro da mão desenhada o que pode oferecer a seus companheiros de trabalho, a população do seu município. No coração, colocar o sentimento em

relação a seus colegas do curso, ao seu trabalho. Na cabeça, as ideias que surgiram na convivência com o grupo.

- Em grupos, os participantes devem escolher uma parte do corpo, discutindo as ideias registradas e os pontos em comum. Após, utilizando os desenhos de todas as partes do corpo, deve-se compor:

- com os pés, a caminhada do grupo;
- com as mãos, o que o grupo oferece;
- com os corações, os sentimentos existentes no grupo;
- com as cabeças, as ideias surgidas a partir da convivência grupal.

- Ao final, cada grupo apresenta seu painel com o conjunto de partes do corpo.

3 TEXTO DE APOIO – GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

As características do trabalho em saúde, bem como do processo de trabalho em saúde, apontam a importância da discussão sobre a gestão do trabalho no SUS. Quando se fala de Gestão do trabalho no SUS, entende-se o trabalho em saúde como um conjunto de atividades exercidas por trabalhadores nos serviços de saúde públicos ou privados, contratados ou conveniados, em caráter permanente ou temporário, desde que exercido no interior do SUS (BRASIL, 2009).

Existe um consenso entre vários autores de que a Gestão do Trabalho trata da relação do trabalhador com o seu trabalho, e envolve a valorização de ambos (MARCONDES, 2016) por meio de condições adequadas de trabalho. Também trata de questões relacionadas à sua vida funcional dos trabalhadores (ingresso, movimentação, desenvolvimento na carreira, garantia de direitos trabalhistas, formação e qualificação) e participação destes na organização dos processos de trabalho e na formulação de políticas (VIANA, 2013; RAMOS, 2009). Por isso, o termo gestão do trabalho é considerado mais abrangente do que o antes tradicional e consagrado “Recursos Humanos”, proveniente da ciência da Administração, que considera os profissionais como mais um dos ‘recursos da cadeia produtiva’, no mesmo patamar dos recursos financeiros e materiais, e em cuja organização predomina a atividade prescrita, com pouca ou nenhuma autonomia por parte de quem a desempenha (VIANA, 2018).

Aliás, desde a II Revolução Industrial, essas terminologias passaram por diversas reformulações, influenciando também a área da saúde. A função de chefe de pessoal apareceu no início do século passado, com o objetivo de controle e coerção, uma vez que o trabalhador era considerado um recurso produtivo e seus custos precisavam ser geridos racionalmente. Essa concepção é coerente com os princípios da Administração Científica de Frederick Taylor (1911), conhecida como “Escola Clássica”, pautada na divisão do trabalho, com separação rígida entre o staff e linha de produção, centralização da autoridade, redução do arbítrio, aumento do controle e ênfase na burocracia, pois os métodos científicos determina o melhor meio de se realizar os procedimentos. Assim, o trabalhador é tido como “recurso” humano e tratado como peça dentro da organização, devendo cumprir seu papel para que sejam atingidos os objetivos organizacionais e a função da coordenação é instituída formal e

objetivamente para manter o controle de seus participantes, utilizando-se da autoridade e do poder (CECÍLIO, 2007).

Considera-se que o trabalhador não pode ser comparado aos recursos materiais ou financeiros, os quais são solicitados e empregados segundo um roteiro e papéis pré-determinados e da forma que convier aos gestores. Seu papel vai bem além de ficarem alocados em uma ou outra função, independentemente de sua inserção e relação com o trabalho. Isso porque o trabalho tem “mão dupla”, ou seja, trabalho e trabalhador interagem entre si, moldam-se, continuamente, de forma dinâmica e complexa, modificando um ao outro. E, como o trabalho em saúde é um bem social para o desenvolvimento humano, seus trabalhadores devem ser os protagonistas do desenvolvimento e melhoria do sistema de saúde (BRASIL, 2009).

No caso da saúde, a gestão do trabalho não pode ser considerada questão simplesmente técnica, uma vez que, pelo seu próprio conceito, envolve as relações, os processos, os atos de saúde e as pessoas, tanto trabalhadores como usuários. Também abrange questões tecnopolíticas, as quais implicam na articulação de ações intra e extra instituições, com a expectativa de ampliação da qualidade da gestão e da democratização na saúde, visando o aprimoramento e a integralidade da atenção (JUNQUEIRA et al., 2009).

No entanto, no cotidiano do trabalho em saúde é comum encontrar problemas relacionados às formas de contrato, à infraestrutura, à dinâmica da assistência e às condições sociopolíticas para desenvolvimento do trabalho, que podem ser detalhados da seguinte forma:

- Direitos trabalhistas: tipos de vínculo de trabalho, remuneração, carga horária, férias, 13º salário, Planos de Carreira, Cargos e Salários (PCCS);
- Direitos sociais: aposentadoria, licença médica;
- Estrutura de trabalho: ambiente físico adequado, materiais apropriados e disponíveis, segurança física e ambiental;
- Equipes e processos de trabalho adequados: cargas de trabalho;
- Acesso à formação e qualificação: processos de educação continuada e permanente;
- Motivação, relações pessoais e ambiente psicológico adequados;
- Planejamento local e participativo com relações de trabalho democráticas;
- Saúde do trabalhador e assistência à saúde do trabalhador (ANDRADE, 2017).

Em se tratando de modalidades de admissão, com a Constituição Federal de 1988, que também deu início ao SUS, ficou instituído o Regime Jurídico Único (RJU) para ingresso no serviço público, isto é, o regime estatutário (art. 22). A única exceção em que se aceita fora do RJU, no caso da saúde, são para as categorias de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Controle de Endemias (ACE), que podem ser admitidos por emprego público via Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) (EC 51 de 14/02/06 e a EC 63 de 04/02/2010). Outra previsão constitucional é a exigência de concurso público para provimento dos quadros efetivos (art. 37), com exceção para os cargos de comissão, por serem de livre nomeação e exoneração, e a contratação temporária por prazo determinado (MARCONDES, 2016), cujo instrumento pode ser um processo de seleção simplificado.

Entende-se provimento como o ato que designa a pessoa para ocupar o cargo público ou preenchimento do cargo público com a nomeação de seu titular (MARCONDES, 2016). Para ser considerado servidor público, é essencial que haja um vínculo de trabalho, de natureza permanente e com subordinação com a Administração Pública direta e indireta, que pode ser:

Estatutário: a relação jurídica é ditada por regras estabelecidas unilateralmente pelo Poder Público, sem natureza contratual, mas por estatuto. São os detentores de cargos de provimento efetivo e os de cargo em comissão, que são os destinados para as funções de direção, chefia e assessoramento;

Celetista: regidos por norma do Direito do Trabalho, principalmente a prevista na CLT, isto é, o empregado público e,

Contrato por prazo determinado: quando contratados temporariamente, para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público (MARCONDES, 2016).

No entanto, com o princípio da descentralização do SUS, os municípios tornaram-se os principais empregadores da Força de Trabalho em saúde (FTS) no SUS, devido à expansão do número de estabelecimentos na rede básica de saúde e de equipes de atenção, e consequentemente de postos de trabalho. Para tanto, buscaram alternativas de provimento em meio às dificuldades de várias espécies, como os limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), instabilidades administrativas e orçamentárias, dificuldades de fixação de trabalhadores, dentre outros. Com isso, surgiram problemas associados à precarização dos vínculos de trabalho, isto é, vínculos desprovidos de benefícios assistenciais (aposentadoria, licença médica), ou outros benefícios relacionados a legislação trabalhista, como férias, 13º salário, horas extras e estabilidade em alguns casos (ANDRADE, 2017).

Entre as principais situações de trabalho que podem ser consideradas precárias, pode-se mencionar o contrato assalariado não regulamentado, o emprego por prazo determinado ou vínculo temporário, o trabalho em tempo parcial, a subcontratação, prestação de serviços de profissionais autônomos, contratos informais, contratos com pessoas jurídicas, como os credenciamentos, entre outros; sem proteção ou não plenamente protegidos no âmbito do direito do trabalho (GIRARDI et al., 2010).

Geralmente, trabalhadores admitidos sob formas precárias também têm um menor nível de segurança no emprego, menor controle sobre as suas horas de trabalho, falta de perspectivas de carreira, acesso limitado à educação e formação, redução de oportunidades e salários mais baixos (JORGE, 2007). Esse cenário pode produzir reflexos na fixação dos profissionais, em especial na Estratégia Saúde da Família (ESF), pois não estimulam a permanência dos trabalhadores nas funções, levando-os a buscar melhores oportunidades (SCALCO, LACERDA E CALVO, 2010).

Além disso, formas precárias de provimento são incapazes de motivar trabalhadores, que encaram a prestação de serviço como eventual e temporária, ou ainda podem deixá-los à mercê da instabilidade político-partidária e das diferenças entre governos que se sucedem no poder, desestabilizando, desta forma, o valor transformador da Reforma Sanitária Brasileira (MORICE e BARBOSA, 2013; JUNQUEIRA et al., 2004). Portanto, os vínculos precários constituem-se em uma das principais causas que dificultam a fixação dos trabalhadores nos serviços de saúde, além de outros fatores ligados às condições de trabalho, como remuneração, dificuldades de acesso ao local de trabalho, falta de PCCS, dentre outros.

Alguns pesquisadores que estudaram a gestão do trabalho na Atenção Básica a Saúde (ABS), como Machado, Oliveira e Moysés (2011), apontaram declínio da prática de contratação

do trabalho precário na ESF no período de 2001 a 2009 e Girardi et al. (2009) verificaram que a prática da terceirização da FTS na ESF diminuiu de forma vigorosa na década de 2000.

Pesquisa realizada na Atenção Básica (AB) em Municípios de Pequeno Porte (MPP) no norte do Paraná, em 2010, apontou que 77,2% dos profissionais haviam sido admitidos por meio de vínculos formais (estatutário ou celetista), diretamente pelos municípios, mas 79,5% não estavam inseridos em um PCCS (NUNES et al., 2015). Mais recente (2014) e tendo como população de estudo as equipes gestoras da saúde em MPP da Macrorregião Norte do Estado do Paraná, uma pesquisa constatou que 74,4% desses profissionais foram admitidos por vínculos estáveis (estatuto ou emprego público/CLT), 17,1% por Cargos Comissionados (CC), 5,8% por contratos temporários e 2,3% por outras formas, como prestação de serviços, convênios, etc., mas 62,8% não se encontravam inseridos em um PCCS (CARVALHO et al., 2018).

O PCCS-SUS enquanto um conjunto de princípios e diretrizes que orientam a entrada no cargo e estabelecem formas de desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores com a finalidade de colaborar para o aprimoramento dos serviços prestados (BRASIL, 2009b) ainda é considerado uma condição distante para a maioria das equipes e saúde da macrorregião norte, conforme os dois estudos acima mencionados, mesmo sendo um importante instrumento de gestão da política de pessoal para a valorização do trabalhador e de sua carreira no SUS.

Mesmo com a predominância dos vínculos estáveis e protegidos pela legislação persistem formas precárias de admissão nos serviços, ainda que não seja para a maioria dos trabalhadores e que não oferecem direito a benefícios e garantias trabalhistas e nem seleção pública, como o credenciamento. Essa modalidade tem sido utilizada principalmente, mas não exclusivamente, para o provimento de profissionais médicos como Pessoas Jurídicas (PJ) tanto em unidades hospitalares como ambulatoriais, o que ficou conhecido como 'pejetização'. Nessa modalidade, o profissional recebe por hora trabalhada, sem direito a benefícios, como férias, 13º salário, licenças médicas e proteção social. O credenciamento é realizado mediante a publicação de um edital de chamamento para contratação de serviços, contendo os requisitos exigidos, bem como um valor previamente estabelecido. Dessa forma, não há competição entre os interessados e é declarada inexigibilidade de licitação, conforme art. 25, caput, da Lei nº 8.666/93.

Os órgãos de gestão do trabalho (recursos humanos) ainda possuem pouca relevância em parte significativa das Secretarias de Saúde e são inexistentes em grande parte delas, pois os responsáveis por essa área estão frequentemente atuando centralizados nas prefeituras e atendendo também as demais secretarias. Esse contexto dificulta a integração desses setores com a saúde, pois provavelmente seus responsáveis desconhecem as políticas, programas e especificidades da área, o que leva a desconsiderarem suas necessidades.

As questões de gestão do trabalho em saúde não devem ficar restritas à gestão, mas devem ser destacadas, discutidas e compreendidas por todos os segmentos nela envolvidos ou interessados, devido ao papel estratégico que o trabalho em saúde e sua gestão desempenham e significam para a construção e consolidação do SUS. No Brasil, as instituições de saúde passam por grandes dificuldades e os problemas relacionados ao campo da gestão e da formação de recursos humanos são apontados como fatores que levam à desqualificação dos serviços de saúde. Por isso a gestão do trabalho e da educação na saúde são temas que necessitam de maior atenção e dedicação, estimulando a adoção de mecanismos que possibilitem aprimoramento do gerenciamento da força de trabalho e da educação em saúde.

Apesar dos inegáveis avanços, como o declínio da prática de contratação por meio de trabalho precário, ainda persistem desafios que continuam a exigir esforços concentrados para a área da gestão do trabalho, entre eles: a diversidade de formas de admissão de trabalhadores; conflitos que precisam ser gerenciados de forma participativa e democrática; necessidade de se articular estratégias para a fixação e a qualificação dos trabalhadores; redução de riscos de acidentes e promoção da saúde do trabalhador da saúde; ausência de PCCS para a maior parte dos trabalhadores da saúde e a dupla atuação – na gerência e na assistência que ainda se observa.

Para tanto, há de se pensar novas formas de organização e de processos de trabalho que promovam o crescimento, o envolvimento e a corresponsabilização entre serviços e trabalhadores, como possibilidades de qualificação e alternativas democráticas de gestão, abrindo canais de comunicação e valorizando a participação e o saber de quem executa. Em suma, aproximando o processo de atenção e o de gestão, para que se aperfeiçoem mutuamente, pois se a gestão do trabalho no SUS for realizada de maneira autoritária e burocratizada, a tendência será de aumentar o grau de conflitos na área, que por si só costuma ser bastante elevado.

Neste contexto a gestão do trabalho ocupa posição estratégica, pois as instituições enfrentam situações complexas, que exigem, cada vez mais, a adoção de medidas voltadas para a melhoria nas relações e nos processos de trabalho. E ainda persiste a necessidade de se proporcionar investimentos técnicos, financeiros e de qualificação da gestão para que os serviços possam dar respostas às transformações e desafios contemporâneos da gestão do trabalho no SUS e suas especificidades, pois a descentralização trouxe desafios que ainda não foram superados completamente.

REFERÊNCIAS:

_____. (a). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Gestão do Trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 3 ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. (b). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Glossário temático; gestão do trabalho e da educação em saúde/Ministério da Saúde. Secretaria executiva, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 56p. (Série A Normas e manuais técnicos).

CARVALHO, Brígida Gimenez et al. Equipes gestoras: perfil e gestão de trabalho. In: CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A.; CORDONI JÚNIOR, L. (Org.). Gestão da Saúde em pequenos municípios: o caso do Norte do Paraná. Londrina: Eduel. 2018.

CECILIO, L.C.O. O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 11, n. 22, p. 345-351, Ago. 2007.

_____. Gestão do Trabalho em Saúde no Sistema Único de Saúde. In: ANDRADE, Selma Maffei de et al. (Org.). Bases da Saúde Coletiva. 2ª Ed. Londrina: Eduel, 2017, p. 187-210.

GIRARDI, S.N. (Coord.) et al. Pesquisa nacional de Monitoramento da Qualidade do Emprego na Estratégia Saúde da Família – ESF. Relatório de Pesquisa - Universidade Federal de Minas

Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Belo Horizonte, 2009.

GIRARDI, S.N.; CARVALHO, C.L.; WAN DER MAAS, L.; FARAH, J.; FREIRE, J.A. O Trabalho Precário em Saúde: Tendências e Perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 45, p. 11-23, maio 2010.

JORGE, M. S. B.; GUIMARÃES, J. M. X.; NOGUEIRA, M. E. F.; MOREIRA, T. M. M.; MORAIS, A.P.P. Gestão de Recursos Humanos nos Centros de Atenção Psicossocial no contexto da política de desprecarização do trabalho no Sistema Único de Saúde. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 16(3): 417-25; jul./set. 2007.

JUNQUEIRA, T.S. et al. Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa Saúde da Família: desafios estratégicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 122-133, jan./mar. 2009.

JUNQUEIRA, T. S.; COTTA, R. M. M.; GOMES, R. C.; SILVEIRA, S. F. R.; BATISTA, R. S.; PINHEIRO, T. M. M.; SAMPAIO, R. F. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(5):918-929, mai. 2010.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S.; MOYSES, N. M. N.; Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: Célia Pierantoni, Mario Roberto Dal Poz, Tania França. (Org.). *O Trabalho em Saúde: Abordagens quantitativas e qualitativas*. 1ª Ed. Rio de Janeiro:CEPESC, UERJ, 2011, v.001. p. 103-116.

MARCONDES, P.C.B. Servidor Público: Teoria e Prática. Belo Horizonte: Fórum, 2016. 325 p.

MARTINS, M.I.C; DAL POZ, M.R.. A qualificação de trabalhadores de saúde e as mudanças tecnológicas. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 8,n. 2,p. 125-146, Dez. 1998.

MORICE, M.C.; BARBOSA, A.C.Q. A Gestão de Recursos Humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação ao modelo de assistência: um estudo em hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Rev. Adm. Pública – Rio de Janeiro* 47(1):205-225, jan/fev. 2013.

NUNES, E.F.P.A.; SANTINI, S.M.L.; CARVALHO, B.G.; CORDONI JR, L. Força de Trabalho em Saúde na Atenção Básica em municípios de pequeno porte do Paraná. *Revista Saúde em Debate*, v. 39, n 104, p. 29-41, 2015.

RAMOS, A.S.; PINTO, I. C. M.; CAPUTO, M. C.; CAMARÃO, M. J. Política de Gestão do Trabalho e educação permanente na Bahia: o SUS é uma escola. *Revista Bahiana de Saúde Pública*. Bahia, v.33, n.1, p. 40-50, jan-mar/2009.

SCALCO, S. V.; LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(3):603-614, mai, 2010.

VIANA, D.L. Gestão do Trabalho em Saúde: revisão da literatura por meio de scoping review. 2013. Tese (programa de pós-graduação em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

VIANA, D.L.; MARTINS, C.L.; FRAZÃO P. Gestão do Trabalho em Saúde: sentidos e usos da expressão no contexto histórico brasileiro. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 57-78, jan./abr. 2018.

4 SITUAÇÃO PROBLEMA - DIA ZERO DA GESTÃO EM UM MUNICÍPIO CHAMADO “LUGAR COMUM”¹

Miriam Suzana foi chamada para compor a equipe de gestão central na Secretaria de Saúde do município “Lugar Comum”. O convite foi para assumir a diretoria de um departamento. Pensou, pensou e pensou! Resolveu aceitar o convite porque este era um grupo de gestão que apostava na organização de um SUS local cuidador e resolutivo. Esta era uma aposta fundamental! No primeiro dia, foi apresentada a todos os trabalhadores do departamento e suas primeiras perguntas foram:

Como é a história deste município?
E a relação da secretaria com a população?
E com o conselho de saúde?
Como funciona este departamento?
Como nos relacionamos com os outros departamentos? Bem, blá, blá,
blá, blá e blá, blá ...

Debruçou-se sobre os documentos existentes para uma aproximação ao lugar em que estava se enfiando! Mas logo desistiu! Melhor conversar diretamente com as pessoas para entender que organização era aquela! Que tipos de relações estavam instituídas? Como se dava a relação entre chefes e equipes de cada quadradinho daquele?

Na manhã seguinte, todos estavam lá, visivelmente preocupados. Pelo “tom” das falas, deu para perceber uma organização já envelhecida e enrijecida produzida pelo modo de gestão tradicional. Cada um na sua caixinha, sem conhecer os trabalhos dos outros, distantes do cotidiano das unidades que operavam nos territórios.

A estrutura da SMS do Lugar Comum era como a da maioria das tradicionais instituições públicas de saúde: uma estrutura vertical, que prevê decisões tomadas no topo e relações hierárquicas. Esse tipo de organização, com poder centralizado, geralmente produz dificuldades. O organograma tradicional é arborescente, piramidal, etc., ou seja, como uma árvore que tem raiz, tronco, galhos e folhas, sugerindo hierarquia na tomada de decisão. Uns formulam as políticas a serem implementadas e têm o comando ao passo que outros efetivam as decisões (BERTUSSI, 2010).

Mas além dos departamentos do nível central, o município “Lugar Comum” estava dividido em quatro Distritos Sanitários. Para cada distrito, existia um diretor

¹Texto extraído: EPS EM MOVIMENTO. Dia zero da gestão em um município chamado “Lugar Comum”. 2014. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textos-em-cena/dia-zero-da-gestao-em-um-municipio-chamado-201clugar-comum201d>>. Acesso em: 13 nov 2019.

geral, um diretor técnico, um diretor administrativo. Cada distrito reunia todos os equipamentos de seu território. Hum...será que se desenhavam aí mais quatro secretarias? Quanto mais perguntas fazia, mais “enigmas” percebia!

5 TEXTO DE APOIO–EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

BREVE HISTÓRICO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é considerada uma estratégia de Gestão do Trabalho sendo sua discussão um processo que ocorre já há algumas décadas. Em 1985, grupos de trabalhadores latino-americanos abriram espaço em alguns países para a proposta de EPS, cujo objetivo central era promover a aprendizagem no processo de trabalho (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1990).

No Brasil, as primeiras articulações para a implantação da política de EPS ocorreram pelo Conselho Nacional de Saúde, na comissão intergestores tripartite, cuja legitimação se deu na 12ª Conferência Nacional de Saúde em 2003. Todas essas movimentações resultaram na publicação da portaria 198 GM/MS em 2004, que regulamentou a política nacional de EPS (CECCIM, 2005). A política de EPS surgiu na intenção de **promover mudanças na formação e no desenvolvimento dos profissionais** da área da saúde e para empreender um trabalho articulado entre as esferas de gestão, os serviços de saúde, as instituições de ensino e os órgãos de controle social (BRASIL, 2004; 2005).

Desde então, os documentos normativos que regulamentam a EPS já sofreram algumas revisões e alterações. A primeira se deu em 2007, com a publicação da nova portaria 1996 GM/MS, a qual ocorreu em função da implantação do Pacto pela Saúde, principalmente no que se refere às reformulações referentes ao financiamento das ações de EPS (BRASIL, 2007). A mais recente, foi o lançamento do Programa para o Fortalecimento das Práticas de EPS no SUS (PRO EPS-SUS). O Programa tem o propósito de intensificar o processo de implementação da EPS com objetivo de estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde (BRASIL, 2018).

A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO COTIDIANO DO TRABALHO

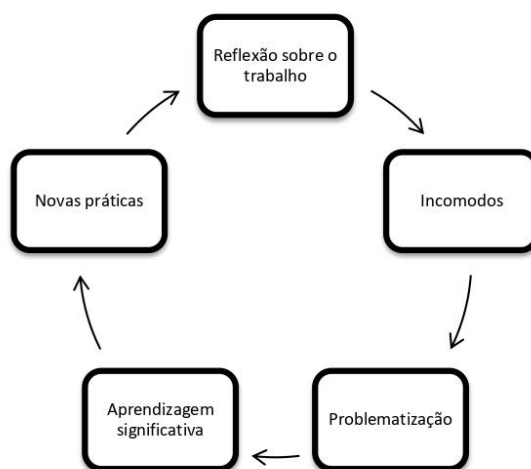
Tão importante quanto um arcabouço legal que institucionalize e financie essa política é também, e se não mais importante, que os trabalhadores compreendam o que significa EPS no cotidiano do trabalho. É muito comum os trabalhadores confundirem a prática de EPS com uma outra estratégia educativa: **a Educação Continuada**.

A educação continuada é qualquer processo de capacitação, atualização, treinamento, cujo objetivo principal é fazer com que o trabalhador aprenda sobre algo teórico ou técnico relativo ao trabalho que ele executa por exemplo: Capacitações em vacinas, Treinamento de manejo de tuberculose, entre outros. Esses processos, em

geral, não ocorrem com toda a equipe, mas com a categoria profissional envolvida na ação que se pretende qualificar. Outra característica desse processo é que ele, na maioria dos casos, não ocorre no local de trabalho e são ministrados por um *expert* sobre o assunto. As metodologias de ensino utilizadas são predominantemente as mais tradicionais com ênfase na transmissão de conhecimento (ex: palestras).

A EPS por outro lado implica em todo movimento realizado pelos trabalhadores para colocar o processo de trabalho em análise. Na EPS o foco é o **processo de trabalho e a reflexão sobre ele**.

Figura 1 – Ciclo da Educação Permanente em Saúde



Toda prática voltada para a reflexão sobre o processo de trabalho tende a gerar entre aqueles que refletem certos incômodos, ou seja, coisas que acontecem no dia a dia do trabalho que incomodam alguns profissionais, ou usuários, enfim todos que estão presente no ato do trabalho em saúde. Na medida em que esses incômodos são problematizados, de preferência de modo coletivo, tem-se a oportunidade de construir novas estratégias, por meio da aprendizagem significativa. A aprendizagem significativa é aquela aprendizagem que faz sentido, isto é, quando eu aprendo e discuto situações que fazem parte do meu cotidiano (figura 1). Nesse sentido, a EPS diferente da EC, trabalha na lógica do aprendizado em roda, cuja construção ocorre pela própria equipe e não por alguém que domine muito bem o assunto. Pois nesse caso, todos dominam suas práticas, portanto, todos são protagonistas na construção de novos arranjos e estratégias de trabalho. No momento em que as novas práticas são colocadas em prática, essas já estão sujeitas a serem analisadas novamente, portanto o caráter permanente da EPS.

No intuito de estabelecer as diferenças básicas entre EC e EPS tem-se o quadro abaixo (Quadro 1)

Quadro 1- Quadro de comparação entre EC e EPS

	Educação Continuada	Educação Permanente
Público Alvo	Profissionais de saúde (em geral por categorias profissional)	Equipe de saúde
Local	Fora do ambiente do trabalho	No ambiente de trabalho
Objetivo	Capacitar o trabalhador	Refletir sobre o processo de trabalho
Periodicidade	Quando necessário	Contínua
Metodologia	De Transmissão	De construção coletiva
Resultados	Trabalhador capacitado	Mudança no processo de trabalho

Importante destacar que não há uma relação de disputa entre estas estratégias, pois elas servem a objetivos diferentes, portanto são complementares. Cabe aos trabalhadores conhecerem seus objetivos para utilizá-las de maneira coerente. Por exemplo: se você atua em um serviço de pronto atendimento e percebe que sua equipe médica está tendo dificuldades para realizar o procedimento de intubação endotraqueal certamente não será a EPS que irá resolver essa situação, mas sim uma ação de EC. A seguir algumas cenas que para que você identifique qual processo educativo está sendo desenvolvido.

Cena 1

Na UBS Aurora é comum os usuários reclamarem da forma como o serviço organiza a marcação de consultas. Desde há muito tempo a UBS trabalha na lógica de distribuição de senhas, de modo que para conseguir ser consultado vários usuários precisam madrugar. Diante dessa realidade, a enfermeira Joana, recém-chegada ao município reúne sua equipe para rediscutir essa forma de organização das consultas, no intuito de evitar a formação de filas e diminuir a reclamação tão presente na fala dos usuários.

Cena 2

No município Sol Nascente foi implantando a poucos meses a estratégia saúde da família. Deste modo, houve toda uma mobilização para a contratação de funcionários, de modo especial de agentes comunitários de saúde que residissem na mesma área em que iriam atuar. Depois de 2 meses de implantação do programa a enfermeira chefe da equipe percebeu uma séria de limites na atuação dos ACS e decidiu utilizar pelo menos um período do dia na semana para realizar um treinamento sobre as competências do ACS.

Cena 3

A UBS Jardim das Flores fica localizada em um bairro caracterizado pelo elevado índice de violência e uso de drogas. É recorrente alguns usuários em crise de abstinência procurarem a UBS, contudo em virtude o despreparo da equipe perante casos desse tipo, verificaram uma baixa resolutividade de suas intervenções. Diante disso, a coordenadora da UBS percebeu a necessidade de contatar o centro de apoio psicossocial no intuito de estabelecerem uma rede para atender casos dessa característica. A coordenadora do centro, também se disponibilizou a realizar uma palestra para os funcionários da UBS no sentido de prepara-los para uma abordagem mais correta em futuros casos.

Com base no que foi dito até aqui, verifica-se que a EPS lida, em virtude de suas características, com as relações interpessoais no sentido de solucionar problemas no serviço, melhorar atendimento, modificar práticas profissionais e organizar o processo de trabalho. Contudo, não é uma tarefa fácil e simples, principalmente, no que se refere a ambientes com problemas de falta de recursos humanos, financeiros, e tecnológicos e interferências políticas. A realidade do cotidiano é complexa e inúmeras situações são apresentadas na rotina do trabalhador da saúde, que precisa se articular para buscar ações resolutivas (CECCIM, 2005). Portanto, é muito comum que ações de EPS sejam também permeadas por conflitos e como gerenciá-los?

GESTÃO DO CONFLITO

O conflito é um componente do cotidiano do trabalho e se manifesta nas relações estabelecidas entre os diversos atores - trabalhadores da mesma categoria ou de categorias profissionais distintas, gestores e usuários.

Os conflitos se relacionam às questões do trabalho, permeados pelas relações interpessoais, decorrentes da abordagem das necessidades de saúde de usuários ou da abordagem das situações de trabalho cotidianas por parte dos trabalhadores e gestores. Desta forma, não são as relações humanas genéricas abstratas que estão em conflito, mas as relações de trabalho. Ou seja, há conflitos quanto ao modo como e quanto os diferentes trabalhadores se envolvem com o trabalho coletivo.

Para Axel Honneth (2003) **são as experiências de desrespeito social** que podem motivar um sujeito a entrar numa luta ou num conflito prático,

Segundo Honneth (2003) **são as experiências de desrespeito social**, vivenciadas em situação de interação, a grande fonte motivacional dos conflitos e são decorrentes de ausência de reconhecimento na esfera das relações primárias (amor, amizade), do direito ou da estima social (solidariedade).

Se no ambiente de trabalho, na busca pela satisfação de seus interesses e projetos pessoais, algum trabalhador passa a descumprir **normas e acordos** validados juntamente aos seus parceiros de interação, e também assumidos como válidos pela organização; esse fato tem potencial para produzir sentimentos de desrespeito, de

injustiça naqueles que foram afetados pelo seu descumprimento. Isso tem potencial para despertar sentimentos de vergonha, ira ou de indignação moral, sentimentos estes capazes de mobilizar sujeitos e desencadear conflitos. Neste caso, o desrespeito se dá no nível do direito.

Também na esfera da **solidariedade** é possível que situações de desrespeito possam ser vivenciadas na relação entre a coordenação/gestão e os trabalhadores. Ressalta-se que todos os trabalhadores necessitam ser reconhecidos como pessoas de “valor” no interior dos serviços de saúde, tendo em vista que sua contribuição no trabalho tem natureza coletiva, com interdependência das ações executadas pelos distintos profissionais no desenvolvimento do processo de trabalho em saúde. A solidariedade nas relações de trabalho infere não a tolerância para com a singularidade do outro, mas o interesse afetivo por ele (Honneth, 2003).

Os conflitos se manifestam como obstáculos que dificultam o exercício da contratualidade prevista nas relações de trabalho no cotidiano dos serviços, no descompasso entre o que está acordado e o modo como se dão as interações entre trabalhadores e entre estes e gestores, e sua ocorrência provoca tensão ou até mesmo o rompimento da contratualidade no espaço institucional. Segundo Cecílio (2005) Os conflitos podem ser **observáveis** (aqueles que exigem tomadas de providências do gestor) ou **encobertos** (aqueles que circulam nos bastidores e que, nos sistemas de gestão mais tradicionais, não conseguem ocupar a agenda da direção).

Na vigência de um conflito, a tensão e o rompimento da contratualidade, se manifestam por meio do desrespeito, indiferença, desacordo, frequentemente envolvendo as dimensões emocionais e subjetivas. Isso indica o rompimento da relação de confiança estabelecida entre os atores, visto que não mais reconhecem que as opiniões, intenções, sentimentos e desejos, expressos pelos parceiros de interação, sejam sinceros e autênticos. Há também, nesse âmbito, manifestação de sentimentos negativos relacionados aos valores e crenças e há indícios que os envolvidos no conflito deixam de compartilhar as normas expressas do ponto de vista ético, moral e político.

Pesquisa realizada nos serviços de saúde da atenção básica no Paraná (Carvalho, 2015), mostra que o conflito esteve relacionado a diversos aspectos: a falta de colaboração entre os trabalhadores de uma mesma categoria funcional, o que leva ao não cumprimento dos pactos e contratos estabelecidos no cotidiano do trabalho - das escalas de trabalho e das normas pactuadas para a realização do trabalho (como exemplo: o horário de entrada e saída, a não realização de atividades previstas, etc.); o desrespeito pelo outro (principalmente em relação aos trabalhadores com vínculos de trabalho terceirizados e/ou com menor formação e que ocupam funções de menor valoração social); o não reconhecimento das necessidades do outro (principalmente na relação com usuários); problemas pessoais entre dois trabalhadores que tiveram potência para adentrar o ambiente de trabalho; a infraestrutura e organização deficitárias da Rede de Serviços do SUS (tanto da unidade básica de saúde como dos demais serviços do SUS); e ainda a relação assimétrica entre trabalhadores e gestores.

Outros estudos identificaram ainda: descompromisso de membros da equipe para com o trabalho, falta de compreensão quanto à prática dos outros profissionais e dificuldade de compartilhamento e colaboração interprofissional (Brown et al., 2011); diferentes modos de ver, pensar e realizar as atividades, bem como de se relacionar com seus pares; o nível de escolaridade diversificado; problemas pessoais ou familiares; disputa pelo poder e por interesses pessoais; hierarquia, e ainda a desmotivação pelos baixos salários (Corradi, Zgoda, Paul, 2008). Outro estudo apontou dois fatores relacionados aos conflitos: a dificuldade de comunicação e as diferentes personalidades e valores, ambos interferindo no relacionamento interpessoal (Long, 1996).

Na manifestação de conflitos, é o gestor do serviço a pessoa frequentemente acionada para fazer a mediação entre as partes envolvidas, especialmente naqueles que envolvem os usuários do serviço (Guerra et al., 2010, Prochnow et al., 2007, Spagnol e L'Abbate, 2010).

Desta forma, o trabalho do gerente não pode ser visto como uma **sequência de operações programadas, rotinizadas, repetitivas, mas** como uma **sequência de situações singulares** que se entrecruzam, que reagem umas às outras e que **necessitam ser gerenciadas**.

No ambiente de trabalho é **função do Gerente/gestor**:

- **Conferir direcionalidade às ações;**
- **Ter responsabilidade pela condução - acompanhar e orientar os processos de trabalho;**
- **Tomar decisões.**

No trabalho do gerente/gestor a **comunicação** é uma **ferramenta** essencial do trabalho e visa promover o entendimento recíproco nas situações de trabalho, visto que o desempenho do trabalho depende da qualidade das interações. A comunicação é necessária, mas não pode ser imposta, porque ela nem ocorre de forma automática, nem pela simples disponibilização de informações. Comunicar-se supõe o entendimento dos problemas; a compreensão da interdependência, complementariedade e solidariedade das ações; a compreensão de suas próprias ações/obrigações e a avaliação sobre as ações dos outros. **Enfim, envolve a possibilidade de um acordo em relação às implicações e aos objetivos do trabalho.**

Para garantir o adequado funcionamento de um serviço, deve haver comando, uso da autoridade na coordenação do trabalho com vistas a atingir a finalidade do serviço de saúde, mas deve haver também espaço de conversa, o uso da linguagem em seu sentido forte com vistas a um entendimento.

Tanto no cotidiano como nas situações de tensão e conflitos o gerente/gestor pode se utilizar dos seguintes recursos para fazer a gestão do trabalho: **Reconhecimento, Atitude dialógica, Sabedoria prática e Uso da Autoridade** (Carvalho, 2012).

O gestor deve expressar o **reconhecimento** da situação, com base no conhecimento das características e interesses dos envolvidos na situação. O conhecimento do perfil dos trabalhadores e a compreensão das relações que se

estabelecem entre eles, se mostram determinantes para um adequado enfrentamento de situações. O gestor deve manifestar o **reconhecimento** aos trabalhadores pelos seus feitos, fazendo com que os mesmos se sintam reconhecidos.

A **atitude dialógica** se expressa ao mediar situações de tensão e/ou conflito, ao exercer a autoridade sem ser autoritário, ao escutar os envolvidos, aconselhar e fazer a mediação de situações. Essa atitude é indicativa da **relação simétrica** da gerência para com os diferentes trabalhadores da unidade, da existência de espaços de conversa sobre os problemas, das medidas adotadas com vistas a ampliar a integração dos trabalhadores.

A **sabedoria prática** se refere ao conhecimento não advindo somente do conhecimento técnico ou de métodos propostos para o enfrentamento de uma situação, mas aquele que nasce da **práxis** (do resultado do conhecimento teórico e da experiência prática). Quanto à **sabedoria prática** como recurso, este deve ser utilizado quando, ao tomar conhecimento de uma situação de tensão e/ou conflito, a gerência demonstra discernimento e habilidade na condução dos processos. Utiliza-se de toda sua vivência, conhecimento dos envolvidos e da situação, bem como das possibilidades que tem para a mediação do caso.

O **uso da autoridade** como recurso de gestão, se torna necessário, pois, segundo Campos (2007) não é possível operar sistemas de saúde sem certo grau de controle institucional. Muitos trabalhadores reconhecem a necessidade do gerente, em certas situações, ter que assumir a responsabilidade pela tomada de decisão que julgar mais adequada. Neste sentido cabe ao gerente intervir, ou seja, tomar parte voluntariamente, interpor sua autoridade, estar presente, tendo em vista que o gerente, ainda que integrante da equipe de trabalho, não é mais um ou qualquer um, possui função diferenciada (Onocko Campos, 2003).

Para esta autora, a gerência tem duas funções essenciais: **Gerir e Gerar**. O **gerir** faz parte da **Gestão Clássica** e infere que o gestor deve **gerir** a ação sobre a ação dos outros (fortemente ligada ao poder – disciplina de controle) e pressupõe reprodução de status quo (produção, aumento de produção e de produtividade). O **gerar** implica em **Cogestão**, em criar e instituir espaços nos quais se possa experimentar a tomada de decisões coletivas; em formular projetos comuns, espaços que possam virar instâncias (arranjos e dispositivos) (Onocko Campos, 2003).

A atuação da gerência, articulando ações relacionadas ao gerir e ao gerar, torna o ambiente de trabalho menos tenso e menos propício à ocorrência de conflitos, visto que há abertura e diálogo para que a organização e os problemas no processo de trabalho, das diversas unidades de produção da UBS, sejam discutidos, planejados e enfrentados de forma participativa.

O uso dos recursos de gestão trabalho aqui descritos, ou seja, a articulação de ações técnico-científicas e comunicativas no cotidiano do trabalho gerencial indica a prática de uma **Gestão Comunicativa**. Para Rivera e Artmann (2003) essa prática não se reduz a um método de gerenciamento, envolve todo o processo gerencial e considera não só a finalidade do trabalho em saúde, mas o mundo da vida de seus

parceiros de interação, numa atitude dialógica com vistas à construção de projetos assumidos coletivamente e com compromisso.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e do desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1996/GM/MS de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Manual Técnico 2018 - Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS - PRO EPS-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

Campos GWS. Subjetividade e Administração de Pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em Saúde: um desafio para o público. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 229-66.

CARVALHO BG. Coordenação de Unidade da Atenção Básica no SUS: trabalho, interação e conflitos [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

CARVALHO, BG; PEDUZZI, M; AYRES, JRCM. Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2014; 30 (7):1453-1462.

CECÍLIO LCO. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? Cad Saúde Pública. 2005;21(2):508-16.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.975-986, 2005.

CORRADI EM, ZGODA LTRW, PAUL MFB. O gerenciamento de conflitos entre a equipe de enfermagem. *Cogitare enferm.* 2008;13(2):184-193.

Guerra ST, Prochnow AG, Trevizan MA, Guido LA. Conflict in nursing management in the hospital context. *Rev Lat Am Enferm.* 2011;19(2):362-9

HADDAD, J.; ROSCHKE, M.A.; DAVINI, M.C. Proceso de trabajo y educacion permanente de personal de salud: reorientacion y tendencias en america latina. *Educacion Médica y Salyud.* vol. 24, n. 2. 1990.

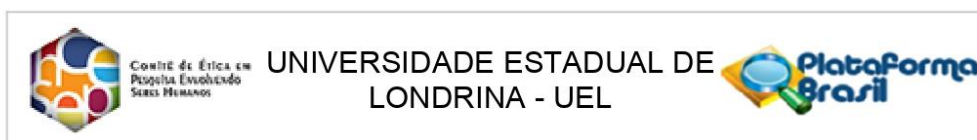
HONNETH A. Luta por Reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo: Editora 34; 2003.

LONG S. Primary health care team workshop: team members' perspectives. *J Adv Nurs.* 1996;23(935-41).

ONOCKO CAMPOS, RT. A gestão como espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: Campos GWS, organizador. *Saúde Paidéia.* São Paulo: Hucitec; 2003, p.122-49.

RIVERA FJU. Cultura e Liderança Comunicativa. In: Rivera FJU. *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta.* Rio de Janeiro: Fiocruz estratégica em saúde e gestão pela escuta. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 17-35.

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estratégias de cooperação para a regionalização em saúde: os casos do Paraná (Brasil) e Marche (Itália)

Pesquisador: Fernanda de Freitas Mendonça

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 04165518.2.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Departamento de Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.120.681

Apresentação do Projeto:

Trata-se da proposição de estudo de caso. Na problematização a pesquisadora afirma que "No Brasil e nos países da América Latina houve maior destaque para a descentralização do que para regionalização, o que contribuiu para a fragmentação dos sistemas de saúde, resultando no comprometimento ao acesso dos serviços de saúde e à continuidade da atenção. A regionalização deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. As regiões de saúde são consideradas lócus principal dos processos de regionalização, espaços privilegiados para a articulação intergovernamental e para condução do sistema de saúde"

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Fortalecer estratégias de cooperação para a regionalização em saúde na Macrorregião Norte de Saúde do Paraná (Brasil).

Objetivos Secundários:-Analisar o nível de saúde de regiões do Paraná por meio de indicadores sócio-demográficos e epidemiológicos;- Analisar a constituição das Redes de Atenção à Saúde e os mecanismos de integração entre os pontos de atenção. - Identificar os instrumentos de regionalização e as estratégias de planejamento desenvolvidas nas regiões.- Investigar as propostas de cooperação para a regionalização e os modelos de gestão público-privado para a

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

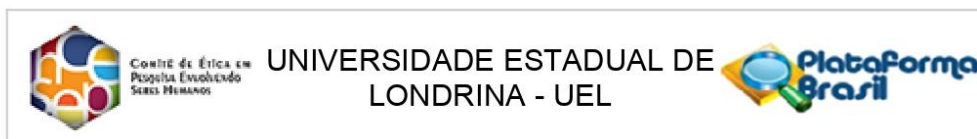
UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 3.120.681

assistência de saúde no Brasil e na Itália;- Analisar experiências exitosas de cooperação referentes ao processo de regionalização em saúde no Brasil (macrorregião norte do Paraná) e Itália (região de Marche);

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: a pesquisadora afirma que os riscos são mínimos considerando que os sujeitos passarão apenas pelo processo de entrevista e todos os cuidados éticos serão tomados

Benefícios: Todos os resultados estão diretamente relacionados aos objetivos de estudo. Verifica-se que a literatura atual, quando trata do processo de regionalização, apresenta em grande os limites e os desafios para que esse processo avance no contexto brasileiro. Portanto, uma das grandes contribuições desse estudo, será apresentar arranjos regionais e de formação de trabalhadores com caráter cooperativo e de cogestão que fortalecem o processo de regionalização.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está proposta em etapas:

1 Movimento - Levantar e analisar as propostas oficiais (leis, normas e portarias) sobre a cooperação para a regionalização em saúde no Brasil e na Itália. - Levantar e analisar experiências publicadas sobre a cooperação para a regionalização no Brasil e na Itália.

2 Movimento - Analisar o nível de saúde das 22 regiões de saúde do Paraná por meio de indicadores sócio-demográficos e epidemiológicos; Mapear a organização das Redes de Atenção à Saúde.

3 Movimento No Paraná - Entrevistar atores estratégicos no processo de tomada de decisão: a) os gestores do executivo municipal, representados pelos prefeitos; b) gestores de saúde dos municípios, representados pelos secretários de saúde; c) atores envolvidos nas demais instâncias de apoio técnico. Marche - Itália - Entrevistar os trabalhadores envolvidos com o planejamento regional; - Conhecer o processo de planejamento regional.

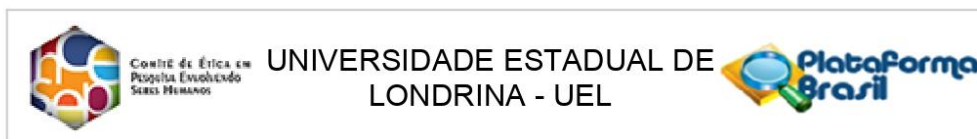
4 Movimento - Realizar oficinas de trabalho em cada uma das cinco regionais, no intuito de promover a discussão no âmbito regional sobre as estratégias de cooperação; - Divulgar os resultados da pesquisa e intervenção sobre cooperação para a regionalização.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto assinada pela chefe do departamento de saúde coletiva que é a instituição proponente.

Apresenta TCLE em forma de convite, claro e objetivo, com informações ao possível participante

Endereço: LABESC - Sala 14	
Bairro: Campus Universitário	CEP: 86.057-970
UF: PR	Município: LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455	E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 3.120.681

sobre os temas a serem abordados, apenas que será entrevistado.
 Apresenta autorização de todas as instituições co-participantes do estudo, nacionais e da Itália.
 Apresenta cronograma adequado à proposta do estudo.
 Apresenta orçamento detalhado e informa que a origem do financiamento de R\$ 22.608,32 reais poderá ser vinculada a edital da Fundação Araucária. Caso não haja aprovação no edital, o financiamento será próprio.
 Apresenta termo de sigilo de confidencialidade devidamente assinado.
 Apresenta instrumento de coleta de dados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador (a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade imprimi-lo para apresentação aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Coordenação CEP/UUEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1267100.pdf	09/01/2019 14:54:59		Aceito
Outros	termosigilo.pdf	09/01/2019 14:54:02	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	09/01/2019 14:53:30	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Outros	Roteiro.docx	09/01/2019 14:53:14	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	09/01/2019 14:43:15	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	30/11/2018 09:50:04	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

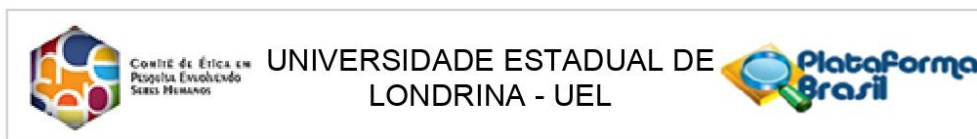
CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 3.120.681

Declaração de Instituição e Infraestrutura	regional16.pdf	30/11/2018 08:17:23	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	regional22.pdf	30/11/2018 08:15:57	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	regional20.pdf	30/11/2018 08:15:33	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	regional18.pdf	30/11/2018 08:15:14	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	regional17.pdf	30/11/2018 08:14:59	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	asur.pdf	30/11/2018 08:14:47	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 24 de Janeiro de 2019

Assinado por:

Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

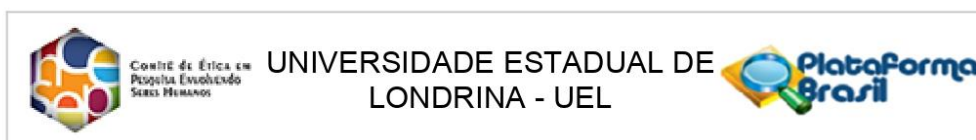
UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br

ANEXO C – EMENDA DO PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Estratégias de cooperação para a regionalização em saúde: os casos do Paraná (Brasil)

Pesquisador: Fernanda de Freitas Mendonça

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 04165518.2.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Departamento de Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.074.080

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda para solicitação de retirada da parte referente a Itália, pois envolvia a ida de pesquisadores do Brasil para aquela localidade e também para realização das entrevistas, via remota, online, considerando o contexto de distanciamento social.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo da emenda solicitação de exclusão de parte da realização do projeto na Itália, decorrente da necessidade de deslocamento de pesquisadores e solicitação de realização das entrevistas via remota.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não houveram alterações de riscos e benefícios, avaliados no parecer anterior.

De acordo com o documento PB_Informações Básicas

"Riscos:

Os riscos são mínimos considerando que os sujeitos passarão apenas pelo processo de entrevista e todos os cuidados éticos serão tomados

Benefícios:

Todos os resultados estão diretamente relacionados aos objetivos de estudo. Verifica-se que a literatura atual, quando trata do processo de regionalização, apresenta em grande os limites e os desafios para que esse processo avance no contexto brasileiro. Portanto, uma das grandes

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

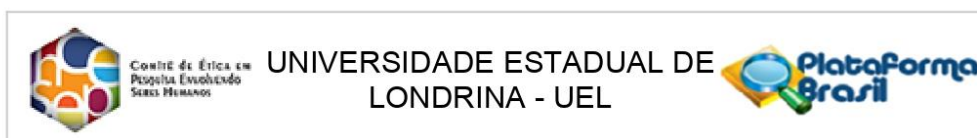
UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 4.074.080

contribuições desse estudo, será apresentar arranjos regionais e de formação de trabalhadores com caráter cooperativo e de co-gestão que fortalecem o processo de regionalização."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou justificativa da emenda, no entanto, apresentou novo TCLE. O projeto está vigente até 31/08/2021.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

recomenda-se aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-UEL, de acordo com as atribuições definidas nas Resoluções CNS nº 466 de 2012, CNS nº 510 de 2016 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação da emenda do projeto de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1549726_E1.pdf	02/06/2020 11:10:54		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEnovo.doc	02/06/2020 11:10:31	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Outros	termosigilo.pdf	09/01/2019 14:54:02	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Outros	Roteiro.docx	09/01/2019 14:53:14	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	09/01/2019 14:43:15	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	30/11/2018 09:50:04	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	regional16.pdf	30/11/2018 08:17:23	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e	regional22.pdf	30/11/2018 08:15:57	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

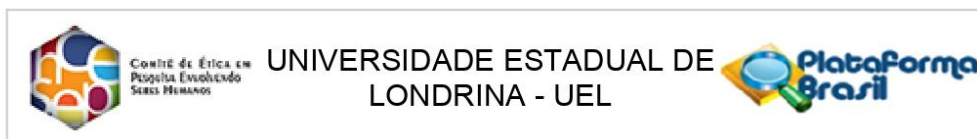
CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 4.074.080

Infraestrutura	regional22.pdf	30/11/2018 08:15:57	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	regional20.pdf	30/11/2018 08:15:33	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	regional18.pdf	30/11/2018 08:15:14	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	regional17.pdf	30/11/2018 08:14:59	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	asur.pdf	30/11/2018 08:14:47	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 07 de Junho de 2020

Assinado por:
Adriana Lourenço Soares Russo
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br