

Projeto de Intervenção – Acre*

Karoline Lameira
Ráicri Barros de Oliveira
Rodrigo Galgani Lopes de Castro
Thatiana Cristina Rodrigues Lima
Thiago Mendes Fontenele

Introdução

A área de saúde exige a integração entre ensino e serviço, formação e gestão, e desenvolvimento institucional e controle social, por meio da chamada educação permanente.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) tem como princípios os recursos humanos como a base do sistema; a saúde como um serviço público, revestida de uma responsabilidade social, e os trabalhadores de saúde como protagonistas do desenvolvimento e aperfeiçoamento do SUS.

A EPS parte das necessidades e dos trabalhos internos, visando identificar o ponto que precisa de qualificação, seja para docentes ou discentes. Em outras palavras, com a problematização do processo e da qualidade do trabalho, surge a demanda para educação com identificação das necessidades de organização do trabalho mediante qualificação, que deve ser provida de forma adequada pelas instituições, sendo, pois, uma tarefa socialmente necessária.

Nessa senda, os projetos de EPS devem ser descentralizados, regionalizados, hierarquizados (ascendentes), multiprofissionais e interdisciplinares, com cooperação técnica, financeira e/ou operacional para as instituições formadoras apoiarem processos de mudança.

Diversos níveis de gestão do SUS são exigidos pela EPS com o objetivo de formar e aperfeiçoar esse sistema por meio da ampliação do conhecimento e da capacidade dos diversos atores (governamentais e não governamentais) que promovem interlocução permanente nos diálogos necessários com vistas à realização de ajustes para seguir agregando nessa gestão colegiada.

Nesse caminho, assume protagonismo. Apresenta-se como um dos elementos necessários para garantir a integralidade da atenção em saúde, cabendo-lhe promover, apoiar e melhor estabelecer a articulação intersetorial entre as redes de serviços do SUS, criando ambiente de planejamento, gestão e mediação, a fim de que cada instância cumpra seu papel.

Ceccim e Feuerwerker,¹ por meio do artigo o Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social, destacam:

* Tutor: Talita Gomes e Examinadores: Armando Martinho Bardou Raggio e Miguel Ângelo Montagner

[...] a formação dos profissionais de saúde se situa como um projeto educativo que extrapola a educação para domínio técnico-científico da profissão e se estende a aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social que contribuam à elevação da qualidade de saúde da população, tanto no enfrentamento dos aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença, quanto nos aspectos de organização da gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde.

Isso motiva o avanço na interação entre as redes para construção de consensos que busquem a oferta de atenção à saúde integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde.

As instituições devem existir em função da regulação pública e da política do SUS, que se encontra comprometida com a formação e sob supervisão do controle social; formação que não é estática, mas que acompanha a própria transformação social, com compromisso de inovar com gestão democrática e horizontal na realidade correspondente. Ultrapassa, portanto, a educação técnica para adentrar questões de gestão e estruturação para qualificar a saúde oferecida à população.

Entretanto, ainda é comum verificar apenas uma formação conservadora e dissociada da organização da gestão e da estruturação do cuidado – decisivas para a evolução do modelo de saúde em nosso país –, sem uma reflexão crítica para seu aperfeiçoamento e qualificação da oferta, com resolução parcial do problema.

Essa “qualificação tradicional” continua necessária, mas não deve ser única, locupletando-se com aquela que pense a gestão e as estruturas de saúde.

Assim, a formação tem de ser ampla e agora formar o profissional para o SUS, segundo as necessidades de saúde da população e do próprio sistema. Deixar de ser simples técnica e ser elevada à questão técnico-política.

A determinação de alguns atores para formação, mudança, desenvolvimento e aperfeiçoamento se apresenta nesse desafio de (re)construção da saúde no plano individual e coletivo, estando o domínio de tecnologias em ambos os planos, de acordo com a Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS), relacionado à qualidade da atenção à saúde. É preciso compreender a prática para reinventá-la.

A EPS de hoje ainda é uma formação de impacto limitado e pouco determinante como uma política do SUS, mas vem se distinguindo pela reflexão crítica própria das correntes de pensamento em planejamento de saúde no Brasil para transformação das práticas cotidianas, visando cumprir papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS.

Concluem os autores acima citados, que a educação permanente em saúde, incorporada ao cotidiano da gestão setorial e da condução gerencial dos serviços de saúde, colocaria o SUS como um interlocutor nato das instituições formadoras, na formulação e implementação dos projetos

político-pedagógicos de formação profissional, e não mero campo de estágio ou aprendizagem prática.

Com essas considerações iniciais, esse projeto pretende realizar uma abordagem sobre a política de EPS no Estado do Acre, a fim de propor reformulação.

O Estado do Acre e os programas voltados à saúde

O Estado do Acre teve sua administração unificada em 1920 e, assim, se deu por nomeação de Governador pelo Presidente da República até sua elevação à categoria de Estado em 15 de junho de 1962.

É o 15º em área de extensão territorial com superfície que corresponde a 4,26% da região Norte e 1,92% do Brasil.

Trata-se de Estado formado por fronteiras internacionais com Bolívia e Peru, bem como internas com os Estados do Amazonas e de Rondônia.

A população está distribuída em 22 municípios. O Estado possui população em torno de 776.463 habitantes, com proporção equivalente de homens e mulheres, sendo predominantemente urbana (532.279).

As cidades mais populosas são Feijó (32.311), Tarauacá (35.526), Sena Madureira (37.993), Cruzeiro do Sul (78.444) e Rio Branco, está concentrando quase metade da população (335.796).²

A taxa de desemprego é superior à média do país. Em 2013, o Acre registrou 9,6% de pessoas com 10 anos ou mais que procuraram, mas não encontraram, ocupação remunerada em face de 7,1% da média do Brasil.

Ao longo do período de 1999 a 2013, esse número apresentou variações, tendo registrado uma máxima de 12,2% em 1999, ao passo que a taxa de desemprego no Brasil vem diminuindo ao longo do mesmo período.

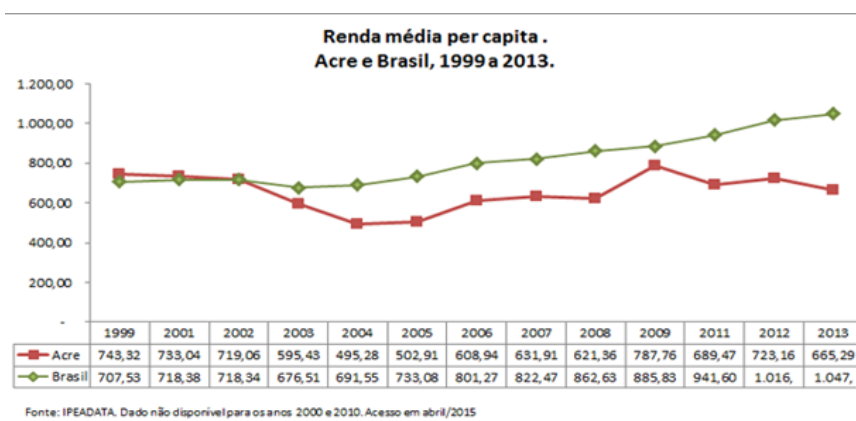
A taxa de analfabetismo por municípios no período de 1991 a 2010 indica redução a mais da metade, de 34,3% para 16,6%.

Em 2009, a população masculina respondia por 17,9% e a feminina por 13,1%, ambas acima da média da Região Norte (11,4% e 9,7%, respectivamente) e da Nacional (9,8% e 9,6%).

O IDH-E (Educação) é composto por dois indicadores: taxa de alfabetização e índice de frequência à escola. Em 2005, esse índice era de 0,844.

O gráfico abaixo apresenta a renda média *per capita* da população do Acre em comparação com a média do Brasil nos anos de 1999 a 2013. Nota-se que a renda per capita do Acre se encontra abaixo da média nacional, apesar de, nos três primeiros anos do período indicado, ter sido superior. Em 2013, a renda *per capita* do Acre correspondeu a 63,54% do total referente à média do país.

Gráfico 1. Renda média *per capita*. Acre e Brasil, 1999 a 2013



A rede de saúde secundária e terciária (média e alta complexidade) de responsabilidade do Estado possui 26 unidades vinculadas à Secretaria de Estado de Saúde (Sesacre), além da Fundação Hospital Estadual do Acre (FUNDHACRE).

Subordinados à Sesacre estão: 12 hospitais, sendo dois em Rio Branco: Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco (HGCRB); e Hospital de Saúde Mental do Acre e os demais distribuídos pelo interior do estado; 10 Unidades de Saúde, localizadas no interior; 3 Centros de Saúde: Centro de Controle Oncológico do Acre; Centro de Atenção Psicossocial CAPS AD 24 horas – Rio Branco e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador CEREST que integra a Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS), além de 3 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): UPA II Distrito, UPA Cidade do Povo e UPA da Sobral; e uma Policlínica (Antiga UPA do Tucumã). A rede assistencial do Estado está organizada em três regionais de saúde: Regional do Juruá/Tarauacá e Envira (Cruzeiro do Sul), Baixo Acre (Rio Branco) e Alto Acre (Brasiléia), que serão focos dos investimentos às unidades que oferecem suporte à rede assistencial da regional e estadual, totalizando 775 estabelecimentos de saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES.

No Plano Plurianual – PPA 2012-2015,³ as ações governamentais são organizadas em eixos estratégicos com programas temáticos e programas de gestão, manutenção e serviços do Estado, tendo, especificamente, como diretriz: garantir acesso universal e qualidade nos serviços públicos de saúde.

Educação, Saúde e Segurança estão no mesmo eixo estratégico e possuem a segunda maior participação no orçamento (26,2%).

Um dos resultados mais significativos no seguimento foi a ampliação da cobertura e melhoria do atendimento de saúde.

No aspecto econômico, o PPA afirma que houve redução da participação da maior atividade econômica do Estado (Administração, Saúde e Educação Públicas e Seguridade Social) de 36,0% para 33,4%.

Diferentemente, no que se refere ao desenvolvimento social, houve importante avanço. A estrutura de serviços secundários e terciários (alta e média complexidade) teve substancial

ampliação e melhoria da resolutividade. Redução da mortalidade infantil, resultado relacionado à política de fortalecimento da prevenção em saúde com a ampliação a mais que o dobro da cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) de 26,9% para 63,3% no mesmo período. E esse fortalecimento se acentua com a criação do Programa Mais Médicos: o Acre recebeu 158 profissionais nos últimos dois anos.

Em relação ao Desenvolvimento Social dois programas se destacam no PPA: o Programa de Atenção aos Povos Indígenas e o Programa de Proteção e Valorização da Mulher.

O atendimento à saúde indígena ocorre por meio de repasse de recursos a 13 hospitais para apoiar os atendimentos secundários e terciários de pacientes indígenas, focados na assistência ambulatorial e hospitalar e no apoio ao diagnóstico e ao tratamento. As prioridades são discutidas e pactuadas nos conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e no Conselho Estadual de Saúde e sua gestão é executada por meio de convênios com os conselhos gestores das unidades de saúde.

No que se refere à Proteção e Valorização da Mulher, a violência contra a mulher é um dos principais indicadores da discriminação de gênero e um grave problema de saúde pública.

Dentro do Programa Desenvolvimento da Educação para o Trabalho, verificam-se 7 cursos técnicos na área de saúde ofertados em Rio Branco, sob responsabilidade do Instituto Dom Moacir (IDM), havendo notícia de ampliação.

No PPA da Promoção à Saúde, destaca-se a ação de fortalecimento do SUS e a estruturação das Redes de Atenção à Saúde nos três níveis de assistência (básica ou primária, secundária e terciária).

A reorganização, reestruturação e ampliação desta rede para atendimento resolutivo e que considere as necessidades da população são foco do trabalho em saúde.

O governo dá ênfase à regionalização e descentralização dos serviços, bem como à implementação de mecanismos efetivos de regulação, controle e avaliação, com qualificação da atenção à saúde, ampliação da capacidade de gestão das unidades e principalmente humanização do atendimento, como meios para fortalecimento do sistema.

Além disso, firma parcerias com municípios em relação à importância da atenção básica que a eles compete, especialmente na implantação da Estratégia de Saúde da Família, nela incluído a atenção por equipes do Programa Saúde da Família.

Políticas integradas como informação e educação em saúde, atenção básica e qualificação de profissionais, a implantação de duas UTIs neonatais, uma em Cruzeiro do Sul (Maternidade/Hospital da Criança do Juruá) e outra em Rio Branco (Maternidade Barbara Heliodora) e atendimento às gestantes, têm impactado positivamente os indicadores, com redução da mortalidade infantil em torno de 40% em quase dez anos de esforço do governo (2000-2009) .

O foco é, sem dúvida, a melhoria da assistência e continuidade na redução desse índice/coeficiente.

Vale notar que o Programa de Desenvolvimento Sustentável do Acre (Proacre) permitiu o acesso à saúde para as comunidades isoladas.

É certo que as questões epidemiológicas oriundas de vetores naturais como a Dengue necessitam de atenção especial em decorrência da região.

O Acre registrou sete epidemias da doença nos últimos 20 anos. No verão, a transmissão é maior. Segundo dados da Vigilância Epidemiológica da Sesacre, as epidemias foram nos anos de 2000, 2004, 2005, 2009, 2010, 2011 e 2014, havendo inclusive óbitos.

No Acre existe o agravante das chuvas. Com as chuvas a atenção deve ser redobrada, pois a falta de cuidados com quintais e depósitos que acumulem água pode significar aumento nos focos da doença.

Devido a esse quadro, os órgãos do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária devem estar preparados para combater a doença e educar a população: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e, a nível estadual, a Gerência de Vigilância Sanitária no Acre.

No início deste exercício, o secretário de Estado de Saúde, em um encontro realizado em 19/1/2016, no Centro Estadual de Educação Permanente (CEDUP), de Brasília, destacou ser fundamental o envolvimento dos gestores e da comunidade daquela região, por se tratar de uma área de fronteira, no sentido de se evitar um possível surto e óbitos na região.

A Educação Permanente como ferramenta para a solução de problemas no campo da saúde

Com a finalidade de garantir ao cidadão serviços de prevenção à saúde, atuantes, eficientes e permanentes, e, tendo em vista que a vigilância em saúde abrange a vigilância sanitária e a vigilância epidemiológica, prevenindo doenças e promovendo a saúde, é necessário que o Estado promova, primeiramente, ações de educação permanente voltadas aos profissionais que atuam nessa área (agentes sanitários, agentes de controle de endemias), fazendo visitas domiciliares, a fim de orientar a população sobre os cuidados que devem ser tomados para evitar a proliferação do vetor transmissor das doenças epidemiológicas e erradicar a doença.

A EPS parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços, a qual consiste na realização do encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, em que o apreender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, enquanto prestam serviço, ultrapassando os conceitos e objetivos da educação tradicional ou continuada.

O Ministério da Saúde diferencia a educação continuada da educação permanente nos seguintes termos:⁴

No campo dos sistemas de saúde, os debates acerca da educação e desenvolvimento dos recursos humanos levaram a contrastar os paradigmas das denominadas “Educação Continuada” e “Educação Permanente”. A

Educação Continuada, tradicional recurso no setor de Saúde, se caracteriza por:

- representar uma continuidade do modelo escolar ou acadêmico, centralizado na atualização de conhecimentos, geralmente com enfoque disciplinar, em ambiente didático e baseado em técnicas de transmissão, com fins de atualização;
- conceituar tecnicamente a prática enquanto campo de aplicação de conhecimentos especializados, como continuidade da lógica dos currículos universitários, que se situa no final ou após o processo de aquisição de conhecimentos. Por este fato se produz uma distância entre a prática e o saber (compreendido como o saber acadêmico) e uma desconexão do saber como solução dos problemas da prática;
- ser uma estratégia descontínua de capacitação com rupturas no tempo: são cursos periódicos sem sequência constante;
- ter sido, em seu desenvolvimento concreto, dirigida predominantemente ao pessoal médico e alcançado, com menos ênfase, o grupo de enfermagem. Centrada em cada categoria profissional, praticamente desconsiderou a perspectiva das equipes e diversos grupos de trabalhadores.

O enfoque da Educação Permanente, ao contrário, representa importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços. Supõe inverter a lógica do processo:

- incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem;
- modificando substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer;
- colocando as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores;
- abordando a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar;
- ampliando os espaços educativos fora da aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes e associações, em ações comunitárias.

Na proposta da educação permanente, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção terá de ser construída na prática concreta das equipes. As necessidades de qualificação profissional não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualizações dos níveis centrais, mas em primeiro lugar dos problemas que acontecem no dia a dia do trabalho, considerando a necessidade de ações e serviços relevantes e de qualidade, aliados aos princípios do SUS (universalidade, integralidade, equidade, regionalização e hierarquização).

A educação permanente deve trabalhar com os elementos que conferem integralidade da atenção à saúde, unindo os gestores e seus colaboradores, observando o acolhimento, o vínculo entre usuários e equipes, a responsabilização, o desenvolvimento da autonomia dos usuários, a resolutividade da atenção à saúde. Envolve também a compreensão da clínica ampliada, o conhecimento sobre a realidade, o trabalho em equipe multiprofissional, transdisciplinar e ação intersetorial.

Considera-se, portanto, a EPS como uma proposta apropriada para trabalhar a construção desse modo de operar o Sistema, pois permite articular a gestão, a atenção e a formação, para o

enfrentamento dos problemas concretos da população sob os cuidados de cada equipe de saúde em seu território geopolítico de atuação.

No Brasil a institucionalização da Educação Permanente em Saúde está disposta na Portaria 1996/2007,⁵ do Ministério da Saúde, a qual estabelece as diretrizes para a implementação da Política Nacional da EPS. Em seu artigo 1º fica determinado, *in verbis*:

Art. 1ª. Definir novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde.

Parágrafo único. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

E, ainda:

Art. 13. A formação dos trabalhadores de nível médio no âmbito do SUS deve seguir as diretrizes e orientações constantes desta Portaria.

[...]

Art. 16. As Secretarias de Saúde dos Estados, do DF e dos municípios manterão à disposição da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde e dos órgãos de fiscalização e controle todas as informações relativas à execução das atividades de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde.

[...]

Art. 21. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde serão responsáveis por:

I – planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço;
II – estimular, acompanhar e regular a utilização dos serviços de saúde em seu âmbito de gestão para atividades curriculares e extracurriculares dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação na saúde;

Considerando a referida Portaria e a Portaria GM/MS 2200/11,⁶ que define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de EPS, a Sesacre instituiu, no ano de 2011, o Plano de Trabalho da EPS (nível técnico e superior), visando desenvolver ações de educação permanente no Estado, objetivando a reestruturação e reorganização das redes de atenção à saúde.

O Plano de Trabalho da EPS do Estado do Acre é composto pelos projetos da Educação Permanente e da Educação Profissional de Nível Técnico ambos financiados pelo Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com fundamento na Portaria GM/MS 1.996, de 20 de agosto de 2007, sendo alocados, respectivamente, R\$ 1.333.518,94 e R\$ 1.905.027,05, aprovado em reunião ordinária da Comissão Intergestores Bipartite do dia 27 de outubro de 2011 e homologado pela Resolução CIB n. 76/2011, de 28/11/2011, a ser repassado para o Fundo Estadual de Saúde do Acre.

Esse Plano representa a continuidade das ações da Política de Educação Permanente e possibilitará ao Estado e aos Municípios investir no desenvolvimento dos trabalhadores para a realização de ações de saúde que compreendam e considerem o perfil epidemiológico local, intervindo e buscando sua modificação.

Desta forma, o plano continua servindo para aperfeiçoar profissionais na área da saúde, vez que o Estado recentemente realizou concurso público, devendo realizar nomeação de profissionais, que necessitarão de cursos e aperfeiçoamentos, para melhorar o desempenho da rede pública de saúde.

Nesse sentido, a Secretaria tem buscado investir um volume significativo de recursos visando à melhoria da qualidade do atendimento prestado aos usuários, a valorização dos trabalhadores da saúde e a qualidade nos espaços de trabalho.

A parceria estabelecida com o Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, Governo do Estado e Prefeituras Municipais tem permitido que a Sesacre avance nos projetos referente à educação permanente dos profissionais de saúde.

Após análise de todas as necessidades em educação permanente, é importante focar na qualificação dos profissionais que trabalham diretamente e indiretamente para o SUS.

Isso posto, para satisfazer as necessidades de qualificação, formação profissional e tratamento das doenças no âmbito do Estado do Acre, são necessárias as seguintes ações, relacionadas na tabela 1:

Tabela 1. Necessidade e ações

NECESSIDADES	AÇÕES
Qualificação de Profissionais	Cursos, Palestras, Pós-Graduação
Profissionais médicos recém-formados	Residência Multiprofissional
Doenças descobertas no âmbito do Estado	Política de Humanização no SUS com profissionais e população

No que tange à receptividade dos profissionais no planejamento e realização das atividades promovidas pela Sesacre, os servidores do setor de ensino e pesquisa relatam que aqueles profissionais são bem receptivos e buscam de todas as formas mais conhecimentos em todas as atividades desenvolvidas de qualificação.

A partir de cada necessidade, é criada a metodologia participativa, tendo como objetivo o aperfeiçoamento do profissional na área da saúde. Assim, as metodologias participativas estão relacionadas com cada área e necessidade do profissional no âmbito do sistema SUS, pois os profissionais de saúde que laboram no setor neonatal possuem uma metodologia de trabalho intimamente ligada à criança, tais como: nascimento, doenças, medicamentos, por exemplo.

O Público-Alvo das Ações Permanentes da Sesacre engloba todos os profissionais da saúde, sendo eles da esfera estadual, municipal ou federal de acordo com a necessidade do curso oferecido.

As equipes de saúde, por sua vez, são formadas pelos profissionais que atuam na área de atenção básica, urgência e emergência, internação domiciliar, reabilitação psicossocial, atenção humanizada ao pré-natal, parto e puerpério; seja hospitais universitários e de ensino ou no desenvolvimento da gestão do sistema, das ações e dos serviços de saúde.

No que tange a necessidades/problemas do público-alvo das ações de educação permanente junto à Secretaria, estão englobadas as necessidades de qualificar, ainda, profissionais lotados nas Unidades de Urgência e Emergência, Oncologia e Pediatria.

Os atores sociais envolvidos no processo de educação permanente são dirigentes, profissionais em formação, trabalhadores, estudantes, usuários das ações e serviços de saúde.

Tabela 2. Atividades, atores e estratégia

Atividade Prevista	Atores Envolvidos	Estratégia usada
Cursos Técnicos, Palestras, Pós-Graduação	Médicos, Enfermeiros, Técnicos em Enfermagem, Gerentes de Unidades	Qualificação de Profissionais

A partir do levantamento das necessidades de aprendizagem do público escolhido, para implementação da educação permanente, fora realizado a seguinte tabela de necessidades e propostas:

Tabela 3. Necessidades e propostas

NECESSIDADE	PROPOSTA
Treinamento e Aperfeiçoamento	Alinhar o conhecimento entre os profissionais recém-contratados, sobre o serviço de atendimento ao usuário do SUS, integrá-los na sua atribuição e no contexto institucional, favorecendo o cumprimento das melhorias e assistência hospitalar.
Central de Regulação e TFD	Inserir os profissionais no contexto das portarias ministeriais no que tange a regulação médica, assim como atribuições de cada profissional junto ao serviço.
Aquisição de Novos Equipamentos	Capacitar para atualização e aprendizagem de manuseio e uso dos equipamentos hospitalares.
Médicos da Regulação	Instruir os profissionais das centrais de regulação qualificando-os para a suas respectivas funções e competências, apresentando os procedimentos operacionais padrão de cada profissional da Central de Regulação.
Treinamento para médicos especialistas	Inserir os profissionais no contexto das portarias ministeriais, no que tange os medicamentos fora de protocolo clínico, realizando a ressalva dos medicamentos padrões disponíveis no SUS, para o tratamento do paciente.

Fonte: dados coletados pela equipe do projeto

Por fim, e para pôr em prática as ações de EPS, no Estado do Acre, é preciso aprimoramento do Plano de Educação de Permanente da Sesacre, assim como a contratação de uma empresa especializada em consultoria para dar suporte ao desenvolvimento das atividades decorrentes do presente projeto, especialmente na construção de indicadores de avaliação para monitoramento das ações e suporte à comissão formada por servidores de unidades competentes envolvidas no processo de intervenção, em conformidade com o Projeto de Intervenção em Educação Permanente que integra o presente instrumento.

A importância do investimento em educação permanente

O investimento na educação permanente dos servidores públicos é de suma importância para a própria instituição investidora, haja vista que esse tipo de aperfeiçoamento profissional possui envolvimento direto com as ações do órgão ao qual esses servidores são vinculados, descentralizando a Gestão do centro de atribuições do gestor de pasta de determinado órgão, compartilhando-a com os servidores envolvidos com os trabalhos corriqueiros executórios da administração, permitindo-lhe a atuação em gestão de forma participativa.

Essa ação é importantíssima para a elaboração e aplicação de políticas públicas nas áreas de atuação do estado, especialmente em saúde, considerando que essa área de atuação envolve não apenas o esforço interno do gestor e das equipes vinculadas, mas de todo um envolvimento das demais áreas de atuação do Estado, como Assistência Social, Segurança Pública, dentre outras.

Nesse aspecto, os servidores públicos envolvidos diretamente no processo de atividades funcionais do órgão precisam entender a importância de estudar, avaliar, buscar e aplicar medidas inovadoras, eficientes e eficazes de resolução de problemas e conflitos que se relacionam com o SUS.

Unir o conhecimento com as práticas de trabalho para o perfeito funcionamento do SUS é essencial para o Sistema, e isso requer atuação externa dos autores envolvidos no processo, especialmente com estudos de casos e participação da própria população usuária dos serviços públicos, em busca de melhoria no atendimento público. Para isso, o gestor deve possuir recursos orçamentários suficientes para execução dessas ações, inclusive para educação permanente.

A falta de recursos orçamentários para execuções das ações da Administração é um problema que deve ser contornado com aplicação efetiva do princípio da eficiência, além da busca de outros meios legais de transferências e investimentos.

No caso de aplicação em educação permanente, são destinados recursos específicos para realização desta despesa, conforme o PPA e a LOA.

Nesses termos, a utilização de recursos para esta finalidade encontra-se respaldada nas respectivas legislações, havendo disponibilidade orçamentária suficiente para que o Administrador se utilize desses recursos para qualificar os servidores do órgão estadual.

O tipo de gestão como meio de implementação de políticas públicas de saúde e a proposta de educação permanente

A gestão é o pilar fundamental de uma perfeita administração, seja ela privada ou pública.

No âmbito da saúde pública não é diferente, elaborar políticas públicas eficientes e eficazes requer planejamento das ações e serviços considerando um contexto fático, por meio de análises de resultados de demandas anteriores, estudos de casos, e, hipotético, com base na probabilidade, na proporcionalidade, no resultado esperado de futuras demandas, conforme estimativa fundamentada em estudos técnicos e econômicos.

Para alcançar o fim público, é necessária a aplicação do tipo, ou tipos de gestão mais céleres, eficientes e eficazes, que desburocratizem a Administração, mas que sejam praticados de acordo com a lei e com os demais princípios constitucionais que regulam a Administração Pública. Princípios estes já tratados em módulos anteriores.

Por ser instrumento essencial de atuação não só dos gestores públicos, mas de todos os agentes públicos envolvidos, o tipo de gestão adotado influencia na implementação de políticas públicas.

A Gestão Participativa e a Gestão Estratégica precisam andar em conjunto, pois uma complementa a outra, e importam o envolvimento de todos, possuindo ligação direta com a Educação Permanente.

Nesse contexto, a gestão estratégica e participativa constitui-se em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da equidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde.⁷

A sociedade tem o papel fundamental na criação e instituição de políticas públicas de saúde, e, um grande avanço nessas construções é a participação da sociedade nos conselhos de saúde nacional, estadual e municipal, por meio de representantes, assim como nas conferências de saúde visando o aprimoramento do SUS.

Objetivos

Objetivos Gerais

Constituem objetivos gerais do presente projeto de intervenção em Educação Permanente:

- I – Fortalecer as atividades da Sesacre por meio da inclusão dos agentes públicos nos programas de educação permanente;
- II – Reestruturar e reorganizar as redes de atenção à saúde;
- III – Executar de forma plena os recursos com base em uma programação anualmente estabelecida;
- IV – Manter atualização permanente do Plano de Trabalho da Educação Permanente em Saúde do Estado do Acre;
- V – Utilizar o Programa Telessaúde como ferramenta para treinamentos;
- VI – Incluir no escopo da educação permanente as atividades-meio que contribuem para a prestação dos serviços de assistência à saúde.

Objetivos específicos

Em atenção aos objetivos gerais acima traçados, constituem objetivos específicos do presente Projeto:

- I – Adotar a metodologia participativa na instituição de trabalho;
- II – Promover a gestão dos trabalhos de forma compartilhada;
- III – Estimular o trabalho em equipe;
- IV – Fazer levantamento da situação de saúde da localidade;
- V – Planejar e implementar programas de aprendizagem pratico-profissional;
- VI – Promover o aprimoramento e a atualização dos profissionais da área de saúde;
- VII – Estimular a participação dos profissionais nas ações, programas e projetos na área da educação permanente;
- VIII – Capitar e aplicar os recursos destinados à educação permanente;
- IX – Criar Comissão Técnica para atualização do Plano de Trabalho da Educação Permanente Estadual;

X – Estimular *workshops* pelas áreas finalísticas para difusão do conhecimento àqueles que realizam atividades-meio.

Metodologia

Levantamento das necessidades de aprendizagem e público-alvo.

O relatório das atividades de levantamento de necessidades de aprendizagem do público escolhido para a ação de educação permanente foi realizado da maneira descrita a seguir.

Na primeira semana do módulo Recursos Humanos e Gestão do Trabalho, foi proposta a análise do tema gestão de pessoas, em que foi absorvido que o servidor é o protagonista da gestão de trabalho no SUS, sendo o agente transformador do ambiente do trabalho, não um mero “recurso humano”. Desse modo, identificou-se a necessidade de maior aproximação e oferecimento de ferramentas de aperfeiçoamento ao público-alvo.

Durante a segunda semana, foi discorrido que, para identificação das deficiências e implemento de melhorias, é necessário realizar o diagnóstico da situação de saúde e levantamento de problemas e necessidades de aprendizagem. Com relação ao tema, a maior dificuldade verificada foi a dificuldade na obtenção de dados completos e sistêmicos, assim como do diálogo com os profissionais abordados neste estudo.

Já na terceira semana, houve abordagem sobre os processos de trabalho e problemas a serem superados pela educação permanente, quando foram abordados os obstáculos a serem transpostos no que pertine ao tema. No caso concreto sob análise, a maior dificuldade apresentada reside na identificação dos processos exteriores, internos e intersetoriais que impedem a plena efetividade da educação permanente.

Na quarta semana, foram disponibilizados esclarecimentos quanto às metodologias participativas como estratégia para enfrentamento dos problemas identificados nas fases anteriores. Assim, a dificuldade do caso concreto é justamente no estabelecimento das metodologias participativas, uma vez que a individualidade é traço marcante do grupo de médicos.

A metodologia participativa está ligada à gestão participativa que é um processo estratégico transversal que possibilita a formulação e a deliberação pelos atores envolvidos no processo de controle social, mediante a adoção de ações e procedimentos que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade no SUS.

Nesse aspecto, é necessário que os servidores, inclusive os médicos, da rede pública de saúde conheçam as normas e as regras do sistema público de saúde, a fim de que as apliquem em suas atividades laborais. O profissional de saúde deve entender o funcionamento do sistema e participar na construção ou no aprimoramento das Políticas Públicas de Saúde.

Metodologias para aperfeiçoamento, treinamento e consultoria

O projeto de intervenção contempla duas grandes frentes: a educação permanente e a mediação no âmbito da Sesacre.

Para a efetiva execução do projeto, a equipe deverá contar com um instrutor para ministrar aulas de formação de mediadores sanitários, objetivando reduzir as demandas judiciais a longo prazo.

Deverão integrar a equipe de planejamento e implementação: um coordenador, um avaliador, um supervisor e quatro apoiadores, sendo todos esses servidores de carreira da Secretaria de Saúde, no intuito de diminuir custos e garantir que o conhecimento absorvido seja aplicado na Sesacre.

Assim, baseando-se na concepção e nas estratégias para levantamento dos problemas, propostas e ações coletivas, a execução da presente proposta de intervenção, levará em conta as seguintes metodologias:

Oficinas na área de vigilância sanitária

A execução do projeto de Educação Permanente em Vigilância Sanitária pode ser em forma de oficinas, por exemplo, visando aprender e exercitar: a) Saber se expressar por meio do diálogo, sendo mais comunicativo, ganhando a confiança, o respeito e a amizade das famílias visitadas; b) Desenvolver um trabalho comunitário com simplicidade e humildade, formando grupos que falem a vontade do povo; e c) Solicitar aos gestores o cumprimento das ações relacionadas aos serviços de saúde, dentre outros.

Serviços de consultoria

Os serviços de consultoria deverão ser realizados em quatro etapas, conforme segue: 1ª Etapa: Implementação da Política de Educação Permanente (PEP) 2007, 2008, 2009, 2010 e 2011, com prazo de 18 meses; 2ª Etapa: Estruturação e fortalecimento dos processos gerenciais da educação permanente, com prazo de 18 meses; 3ª Etapa: Desenvolvimento e Qualificação dos trabalhadores do SUS, com prazo de 18 meses; e 4ª Etapa: Cursos técnicos para formação de profissionais de nível médio para a saúde, com prazo de 18 meses; com algumas se efetivando em períodos simultâneos totalizando 25 meses.

A metodologia será baseada em dois níveis: a) conceitual, incluindo a mensuração do desempenho e de monitoramento e avaliação; e b) condução dos trabalhos.

Na condução dos trabalhos, serão formados grupos compostos por dirigentes e técnicos conforme a conveniência e a oportunidade e observando o público-alvo, permitindo que as atividades possam ser desenvolvidas de forma participativa, a partir de um processo de apropriação e construção coletiva com instâncias de deliberação, consulta e validação, considerando as seguintes premissas: a) Os trabalhos deverão observar o necessário envolvimento dos líderes; b) Os trabalhos

serão desenvolvidos em conjunto com equipe a ser indicada pela Sesacre, explicitando a metodologia utilizada e transferindo conhecimento; c) Objetivando otimizar a condução do Projeto, a proposta é realizar oficinas de trabalho com a participação de representantes das unidades organizacionais em grupos. A definição dos grupos e respectivos participantes será realizada quando da elaboração do Plano de Trabalho; e d) As oficinas necessárias aos trabalhos serão precedidas, conforme a pertinência e a oportunidade, por reuniões de preparação (metodologia e logística). Os produtos decorrentes das oficinas serão objeto de consolidação e formatação pela equipe de consultores e serão submetidos à avaliação em reuniões específicas.

Os servidores designados pela Sesacre terão as seguintes atribuições: a) Validar o plano de trabalho; b) Participar de todas as atividades de consultoria; c) Participar dos treinamentos; d) Validar conjuntamente com os consultores todos os produtos; e e) Atestar a entrega de cada produto, podendo recusá-lo, desde que fundamentado e acatado pelo ordenador de despesa.

Todos os relatórios e documentos serão disponibilizados em meio magnético (CD) e impresso.

Cursos de Treinamento e aperfeiçoamento

Para realização de cursos de treinamento e aperfeiçoamento, a metodologia proposta é a seguinte:

I – O curso terá uma semana de duração, cada dia-aula em turno único de 6h25min, sendo ministrado por profissional que atenda requisitos curriculares a serem estabelecidos posteriormente em termo de referência.

II – Serão quatro turmas de 30 pessoas, divididas em quatro semanas em datas a serem estabelecidas, utilizando como espaço físico pequeno auditório nas dependências da Sesacre. O curso contará com apostila como material de apoio.

III – O planejamento irá considerar 1 turma por mês, de acordo com o Cronograma de Execução.

Instituições provedoras das ações de educação permanente

O Departamento de Ensino e Pesquisa (DEP) integra a estrutura da Sesacre, estabelecida na forma do Decreto 1.333, de 4 de setembro de 2007, desenvolvendo ações estratégicas nas seguintes áreas: EPS; Política de Humanização; Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família e Comunidade; Residência em Enfermagem Hospitalar Formação Inicial; e Continuada (Cursos de Pós-Graduação, Aperfeiçoamento e Atualização).

Assim, possui como objetivo a qualificação dos trabalhadores e a implementação da Política Nacional de EPS, bem como tem sob sua responsabilidade a formulação e execução das políticas de formação e qualificação de recursos humanos da saúde e de humanização, em parceria com o Instituto Dom Moacir (IDM), o qual é contratado para execução dos cursos técnicos aos profissionais em saúde.

O IDM é a autarquia responsável por coordenar a política pública de educação profissional do Estado, possuindo autonomia administrativa, financeira e pedagógica, para acompanhar e avaliar também as ações de educação profissional de caráter privado. Para atender as constantes demandas, o instituto dispõe de Centros de Educação Profissional, com atuação em diversas áreas. Com os centros, a instituição tem promovido ensino, pesquisa e extensão para garantir a inclusão social por meio de formação, aperfeiçoamento e atualização profissional.

Constituem ações do Departamento de Ensino e Pesquisa encontradas em seu Plano de Trabalho (PTA):

I – RESTRUTURAR A COMISSÃO DE INTEGRAÇÃO DE ENSINO-SERVIÇO (CIES):

- a) Compor nova CIES;
- b) Realizar reuniões Ordinárias mensais da CIES;
- c) Estabelecer data para realização das reuniões mensais; e
- d) Estabelecer parcerias com instituições formadoras para oferta de novos cursos.

II – COORDENAR O CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MICROPOLÍTICA E GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE, OFERECIDO PELA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE (UFF):

- a) Elaborar Relatórios mensais e enviar para UFF;
- b) Acompanhar e apoiar as atividades do Tutor;
- c) Orientar o tutor e os alunos sobre informações do curso;
- d) Acompanhar os Fóruns das Unidades de Aprendizagem na plataforma CEAD;
- e) Colaborar junto à coordenação nacional, quando solicitado;
- f) Definir datas e organizar II e III encontro presencial do Curso;
- g) Monitorar os prazos estipulados no cronograma para envio dos TCCs, para revisão pelo tutor;
- h) Preencher planilhas de organização das apresentações dos TCCs; e
- i) Enviar à UFF toda documentação exigida (ata, folha de assinatura, declaração de participação na banca e outros).

III – MONITORAR A FREQUENCIA DE SERVIDORES QUE ESTÃO FAZENDO PÓS-GRADUAÇÃO FORA DO ESTADO:

- a) Solicitar declaração dos alunos que cursam pós-graduação fora do estado.

IV – MONITORAR OS CONVENIOS DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO COM AS IES:

- a) Analisar e escrever parecer sobre os Termos de Convênio com as Instituições de Ensino;
- b) Planejar e acompanhar os estágios realizados no âmbito da Sesacre;
- c) Realizar reuniões com coordenadores dos Cursos das Instituições de ensino conveniadas para pactuação dos Estágios na Rede; e
- d) Realizar reuniões nas Unidades de Saúde para avaliação dos processos de estágio.

V – REORGANIZAR E NORMATIZAR A REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO SUPERVISIONADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE:

- a) Elaborar parecer sobre as ações de monitoramento e coibição de alunos de medicina de universidades estrangeiras em unidades públicas de saúde;
- b) Reunir-se com a Coordenação do Curso de medicina Uninorte;
- c) Solicitar Plano de Estágio (proposta) das coordenações de cursos;
- d) Elaborar instrução normativa para normatizar os estágios na Rede; e
- e) Elaborar do Manual do Estágio.

VI – EXECUTAR CONVÊNIO EM PARCERIA COM A UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE (UFAC) PARA PAGAR PRECEPTORES DAS RESIDENCIAS:

- a) Solicitar e acompanhar o pagamento dos incentivos de preceptoria.

VII – ACOMPANHAR E COORDENAR OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DE SAÚDE:

- a) Acompanhar a implementação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade;
- b) Acompanhar a implementação do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica;
- c) Acompanhar a implementação do Programa de Residência Hospitalar com ênfase em terapia intensiva;
- d) Estruturar o quadro de preceptores para os programas de residência;
- e) Compor a comissão da Coremu/UFAC;
- f) Participar de reuniões periódicas junto à Coordenação dos Programas de Residência da UFAC, às equipes de preceptoria e residentes de cada programa;
- g) Participar dos seminários dos programas de residência e/ou eventos relacionados à Educação e Saúde;
- h) Analisar a necessidade de implantação de novos programas de residência multiprofissional;
- i) Articular junto à UFAC a qualificação da equipe de profissionais/preceptores na rede de Atenção à Saúde;
- j) Mapear junto à UFAC os concludentes dos programas de Residência; e
- k) Acompanhar o processo de certificação das turmas da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família e Comunidade de 2008, 2009 e 2010.

VIII – REALIZAR MONITORAMENTO DOS INDICADORES:

- a) Elaborar e enviar a Divisão de Monitoramento e avaliação, relatórios quadrimestrais dos indicadores.

IX – EXECUTAR OS PLANOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE:

- a) Elaborar planilhas situacionais por convênios/Contratos e Portarias;

- b) Realizar levantamento dos relatórios de prestação de contas dos convênios existentes entre Sesacre e IDM;
- c) Cursos a iniciar (contatar áreas técnicas para definição dos cursos que permanecem e dos que serão alterados, se houver mudança fazer a revisão dentro dos convênios);
- d) Realizar solicitação financeira (ficha financeira) para pagamento de Parcela dos Convênios entre Sesacre e Instituições de Ensino (IDM, Universidade de São Paulo (USP) e Universidade do ABC), contratados com recursos da Educação Permanente e Profaps;
- e) Realizar solicitação financeira (ficha financeira) para as demais ações contidas nos Planos de Educação Permanente (passagens, diárias, serviços de terceiros e mobiliários), previstos com recursos da Educação Permanente e Profaps; e
- f) Realizar Seminário Estadual de Educação Permanente.

X – COORDENAR A CERTIFICAÇÃO DOS CURSOS REALIZADOS PELAS ÁREAS TÉCNICAS DA SESACRE, QUE ATENDEM AS REGRAS PARA EXPEDIÇÃO DOS DOCUMENTOS:

- a) Emitir certificados de todos os cursos desenvolvidos pela SESACRE, de acordo com orientações do GERINES.

Nesta senda, verifica-se que tanto o DEP, ligado à Secretaria Adjunta de Planejamento e Gestão da Sesacre, quanto o IDM promovem a educação permanente aos profissionais da saúde pública.

No ano de 2015 a ação mais relevante foi o oferecimento da Especialização em Gestão de Trabalho e Educação na Saúde, em parceria com a Fundação Oswald Cruz (Fiocruz).

Quanto ao planejamento de 2016, o setor aguarda recursos, pois as ações são oferecidas de acordo com as necessidades de aperfeiçoamento relatadas pelas unidades de saúde do Estado, onde após relato é desenvolvida ação estratégica para cada necessidade.

Monitoramento e avaliação

O monitoramento é ferramenta fundamental para o acompanhamento rotineiro de informações prioritárias do sistema e serviços de Saúde, tanto para o processo de implementação de determinado programa, como para seu desempenho.

Para Vaitsman e Sousa:⁸

Monitoramento consiste no acompanhamento contínuo, cotidiano, por parte de gestores e gerentes, do desenvolvimento dos programas e políticas em relação a seus objetivos e metas. É uma função inerente à gestão dos programas, devendo ser capaz de prover informações sobre o programa para seus gestores, permitindo a adoção de medidas corretivas para melhorar sua operacionalização. É realizado por meio de indicadores, produzidos regularmente com base em diferentes fontes de dados, que dão aos gestores informações sobre o desempenho de programas, permitindo medir se objetivos e metas estão sendo alcançados (VAITSMAN, RODRIGUES e PAES-SOUSA, 2006, p. 21).

Para que o monitoramento das ações seja eficaz, é necessário conhecer o processo e as situações que necessitam de intervenção.

Santos,⁹ citando Poister, afirma que o monitoramento e a avaliação são ferramentas críticas para a gestão. O monitoramento é fundamental para o acompanhamento rotineiro de informações prioritárias, tanto para o processo de implementação de um programa, isto é, para o acompanhamento de seu desempenho operacional, como para seu desempenho finalístico. Sendo assim, é patente que o monitoramento no âmbito da gestão pública não poderá ser eficaz se a equipe gestora não conhecer de maneira contínua e objetiva os sinais vitais dos processos que conduzem, como também da(s) situação(ões) na(s) qual(is) intervém.

A avaliação, por sua vez, se apresenta como importante ferramenta de gestão, sendo definida de acordo com seus objetivos, como a avaliação estratégica que analisa a partir de dados situacionais a coerência entre objetivos, metas e resultados alcançados que determinarão ou não a eficiência, efetividade, impacto e sustentabilidade do desenvolvimento, enfim, análise da adequada estratégica entre a intervenção e a situação problemática que deu origem à intervenção. Nesse sentido Contandriopoulos:¹⁰

A avaliação é a atividade que consiste em fazer julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços e os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2009)

Em publicação da Coordenação de Métodos de Planejamento e Avaliação da Fundação Nacional de Saúde intitulada “Planejamento com enfoque estratégico: uma contribuição para o SUS”,¹¹ assim foi consignado sobre os Principais Indicadores Utilizados em Saúde: “Geralmente, as avaliações realizadas no setor saúde baseiam-se em indicadores negativos, como a Mortalidade e a Morbidade, assim como Incidência e Prevalência de agravos, em lugar dos positivos, do tipo Qualidade de Vida e Normalidade.”.

E ao tratar de Indicadores Socioeconômicos, ponderou que “A avaliação de projetos sociais tem um papel importante no processo de racionalização de recursos e das opções adotadas, sendo por isso um elemento básico e intrínseco no processo de planejamento”.

Para Minayo,¹² a avaliação apresenta-se como sendo uma técnica e uma estratégia investigativa, é um processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto, proposta ou programa.

Uma boa avaliação depende da adoção mais bem ajustada de indicadores, e isso se faz inclusive com a própria revisão/reavaliação daqueles indicadores usualmente utilizados de forma a conferir maior abrangência, bem como mediante consideração de outros que se tratando de serviços destinados à comunidade possuem papel extremamente importante para o processo de planejamento.

A avaliação permite então um acompanhamento permanente, contínuo, dinâmico, que possibilita ajustes ao planejado inicialmente, promovendo-lhe atualização sempre que se afigurar necessária e no intuito de assegurar qualificação do serviço, mediante controle de seu desenvolvimento.

A avaliação deve ser utilizada, sobretudo, de forma mais frequente e não apenas, eventualmente, para consolidar resultados obtidos ao final da empreitada.

Esse processo deve se dar na mesma medida da construção da política pública de saúde, com mediação de interesses para estabelecer consensos que atendam às necessidades sociais antes de qualquer alteração da trajetória.

Uma avaliação representa o papel de auxiliar na tomada de decisões e, ao mesmo tempo, propor de forma incessante novas reflexões para melhoria dos serviços, renovando esse processo que passa por expansão e diversificação conceitual e metodológica com vistas ao melhor atendimento da evolução dos sistemas e serviços de saúde. Não basta implantar serviços e programas: é preciso acompanhar seu desenvolvimento.

Resultados esperados

O resultado esperado com a implementação e a execução do presente projeto será a qualificação dos profissionais com vista à aplicação no ambiente de trabalho dos ensinamentos transmitidos e assimilados por meio do processo de aprendizagem, visando à elaboração de políticas públicas eficientes e eficazes para atender as necessidades da população, melhorando o atendimento público e evitando, assim, o ajuizamento desnecessário de ações, como, por exemplo, nos casos dos medicamentos oncológicos.

Em relação aos processos de ressarcimento de medicamentos oncológicos no Estado do Acre, integrantes do padrão SUS, espera-se atingir os seguintes resultados e indicadores:

Tabela 4. Resultados esperados e indicadores

Resultados Esperados	Indicadores
a) Evitar ajuizamento das demandas para esse objeto;	a) 100% de solução do conflito pela via administrativa;
b) Eventual ressarcimento por meio de composição na via administrativa, adotando-se como valor da indenização aquele definido na tabela CMED para as compras governamentais de medicamentos;	b) Redução de 20% do montante cobrado a título de ressarcimento; e
c) Assegurar o direito à saúde dentro das políticas públicas estabelecidas pelo SUS;	c) Continuidade do atendimento dos mais de 50 pacientes na rede pública de saúde até final do tratamento.
d) Garantir a continuidade do tratamento do usuário do SUS;	
e) Reduzir valores de multas ou condenações acessórias	

(honorários, danos morais e materiais, custas etc.), e; f) Evitar ajuizamento de Ação Civil Pública pelo Ministério Público Estadual.	
--	--

Para o alcance desses resultados, serão adotados métodos qualitativos e quantitativos de avaliação, utilizando-os de maneira combinada, e os indicadores de avaliação definidos por empresa de consultoria em conjunto com às áreas competentes da Sesacre, para monitoramento das ações por meio de comissão formada por servidores de unidades competentes envolvidas no processo de intervenção.

Das vastas técnicas de investigação qualitativas, poderão ser utilizada uma das seguintes alternativas: I – Entrevista; II – Grupo focal; III – Observação participante; e IV – Pesquisa documental.

As coletas de dados podem ser padronizadas na forma de questionário, a fim de se realizar uma análise qualitativa sobre o trabalho a ser desenvolvido.

Por fim, constituem instrumentos de planejamento a serem observados nas intervenções, o Plano de Saúde e as respectivas Programações Anuais de Saúde; e os Relatórios Anuais de Gestão.

Recursos

Será necessária a disponibilização pela Administração de recursos humanos e materiais suficientes para execução do presente Projeto de Intervenção.

Recursos humanos

A destinação de pessoal integrante dos quadros permanentes ou de comissão do Estado, preferencialmente, e, especialmente, aqueles vinculados à Sesacre, ou, ainda, não sendo possível, aqueles selecionados por meio de processo seletivo simplificado ou serviços técnicos contratados com fulcro e nos moldes da Lei n. 8.666/1993, é de suma importância para se atingir o objetivo aqui proposto:

Tabela 5. Recursos Humanos

RECURSOS HUMANOS			
Função	Remuneração (R\$)	Período	Subtotal (R\$)
Instrutor (1)	20,00	250h	5.000,00
Coordenador (1)	Servidor de Carreira	Permanente	Sem custos
Avaliador (1)	Servidor de Carreira	Permanente	Sem custos

Supervisor (1)	Servidor de Carreira	Permanente	Sem custos
Apoio (4)	Servidor de Carreira	Permanente	Sem custos
Total Geral			5.000,00

Os servidores públicos envolvidos diretamente no processo de atividades funcionais do órgão precisam entender a importância de estudar, avaliar, buscar e aplicar medidas inovadoras, eficientes e eficazes de resolução de problemas e conflitos que se relacionam com o SUS.

Recursos materiais

As atividades relacionadas à Educação Permanente envolverão a utilização de recursos materiais, que estão divididos nas seguintes modalidades:

- a) Material de consumo: Apostilas e canetas.
- b) Material permanente: Cadeiras com apoio.
- c) Passagens, diárias e alimentação do instrutor.
- d) Outros: *Coffee Break* e Certificados.

Tabela 6. Recursos materiais

RECURSOS MATERIAIS			
Item	Quantidade	Valor Unitário	Subtotal (R\$)
Apostilas	120	20,00	2.400,00
Caneta	120	2,00	240,00
Passagem aérea (SAO – RBR-SAO) ²	8	903,61	7.228,88
Hospedagem do Instrutor	20	130,00	2.600,00
Alimentação do Instrutor	40	300,00	1.200,00
<i>Coffee Break</i>	4	500,00	2.000,00
Emissão de Certificado	120	10,00	1.200,00
Total Geral			16.868,88

Os preços acima relacionados tiveram por parâmetro os praticados no mercado local como referência.

² Pesquisa do valor da passagem nos dias 5 e 9 de setembro de 2016 pela empresa TAM Linhas Aéreas. [Pesquisa de preço na Internet]. [Acesso em abr 2016]. Disponível em: www.tam.com.br

Cronograma físico-financeiro

O cronograma físico-financeiro será operacionalizado a partir do seguinte planejamento:

Tabela 7. Cronograma Físico-Financeiro 2017

CRONOGRAMA FÍSICO-FINANCEIRO – 2017				
ITEM	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
RECURSOS HUMANOS	R\$ 1.250,00	R\$ 1.250,00	R\$ 1.250,00	R\$ 1.250,00
RECURSOS MATERIAIS	R\$ 4.217,22	R\$ 4.217,22	R\$ 4.217,22	R\$ 4.217,22
TOTAL	R\$ 5.467,22	R\$ 5.467,22	R\$ 5.467,22	R\$ 5.467,22

Planejamento orçamentário

O planejamento orçamentário envolve o levantamento das origens dos recursos orçamentários para execução da despesa. Já o orçamento público está ligado com a gestão dos recursos públicos, e, isso requer a observância dos princípios fundamentais da administração pública: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

As receitas e créditos que integram o orçamento público, por constituírem verbas de natureza pública deve ter sua aplicação realizada com zelo, haja vista que o Gestor tem a função de gerir esses recursos de forma eficiente, prestando contas do seu uso.

E para gerir esses recursos, o administrador deve se atentar aos regramentos legais existentes sobre a matéria, a saber: Lei n. 4.320/1964 (Lei do Orçamento); Lei Complementar n. 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

Por meio do PPA são estabelecidas, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas para as despesas relativas aos programas de duração continuada, por exemplo.

Em assim sendo os gastos e aplicações públicas deverão observar os limites orçamentários previstos para cada programa e projeto a ser executado, conforme a classificação da despesa, e de acordo com o fim a que se destina.

Para as ações propostas no projeto em apreço, além de recursos próprios existe previsão orçamentária e financeira decorrentes de diversas Portarias do Ministério da Saúde.

No âmbito da Sesacre há a importância de R\$ 5.297.344,34 de recursos disponíveis, ainda não executados, para ações de educação permanente, conforme Plano a seguir:

Tabela 8. Plano de Aplicação dos Recursos da Educação Permanente em Saúde – 2016

PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – 2016		
FONTE DE RECURSO	DESCRIÇÃO	SALDO EM CONTA R\$
100 – Portaria n. 1996/07	Estruturação e fortalecimento dos processos gerenciais da educação permanente no Estado (eixo I e II). PEP 2007	R\$ 397.954,14
	Desenvolvimento e Qualificação dos trabalhadores do SUS (eixo III)	
	Contrato 117/2012 – Contratação de Serviços Educacionais para oferta de formação técnica de nível médio para até 722 alunos na área de Saúde do Estado do Acre – PEP/2009. (2953)	
	Implementação da Política de Educação Permanente (PEP) 2007	R\$ 394,62
SUBTOTAL PORTARIA 1996/2007		R\$ 398.348,76
400 – Portaria 2813/2008	Execução do Plano de Trabalho da Educação Permanente (oficina de sensibilização dos gestores e técnicos de saúde dos municípios e Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEP) 2008).	R\$ 288.373,50
SUBTOTAL PORTARIA 2813/2008		R\$ 288.373,50
2662/08	Formação Profissional – Nível Técnico	R\$ 822,68
SUBTOTAL PORTARIA 2662/2008		
100 – Portaria n. 2953/09	Curso de Pós-Graduação <i>stricto sensu</i> , na modalidade Dinter (Doutorado Interinstitucional na área de Saúde Pública)	R\$ 877.499,58
	Contrato n. 241/13 – Contratação de serviços educacionais e formação técnica de nível médio – PEP 2011	
SUBTOTAL PORTARIA		R\$ 877.499,58
400 – Portaria 10/2010	Contrato n. 118/2012 – Contratação de Serviços Educacionais para oferta de formação técnica de nível médio para até 255 trabalhadores da área de Saúde do Estado do Acre – Custeio – Profaps/2010	R\$ 874.779,03
400 – Portaria 10/2010	Contratação de Serviços Educacionais para oferta de formação técnica de nível médio para até 255 trabalhadores da área de Saúde do Estado do Acre – Custeio – Profaps/2010	-

400 – Portaria 1626/2010	Contrato n. 118/2012 – Contratação de Serviços Educacionais para oferta de formação técnica de nível médio para até 255 trabalhadores da área de Saúde do Estado do Acre – Investimento – Profaps/2010	R\$ 148.318,67
SUBTOTAL PORTARIA		R\$ 1.023.097,70
100 – Portaria n. 4033/10	Contrato n. 240/12 – Contratação de serviços educacionais e formação técnica de nível médio – PEP 2010	R\$ 152.198,26
	Formação de Profissionais de nível médio para a saúde – PEP 2010	R\$ 144,15
SUBTOTAL PORTARIA		R\$ 152.342,41
400 – Portaria n. 1307/11	Contrato n. 242/13 – contratação de serviços educacionais e formação técnica de nível médio – Profaps 2011. CUSTEIO	R\$ 2.127.528,56
	Contrato n. 242/13 – contratação de serviços educacionais e formação técnica de nível médio – Profaps 2011. Investimento	R\$ 153.426,95
SUBTOTAL PORTARIA		R\$ 2.280.955,51
400 – Portaria n. 2010/12	Contrato n. 69/2015 – Contratação de Serviços Educacionais de Ensino para execução do curso técnico de prótese dentária. Profaps 2012 Custeio.	R\$ 241.057,56
	Contrato n. 69/2015 – Contratação de Serviços Educacionais de Ensino para execução do curso técnico de prótese dentária. Profaps 2012 Investimento.	R\$ 31.895,27
SUBTOTAL PORTARIA		R\$ 272.952,83
2200/11 ou 10/11	Formação de Profissionais de nível técnico para a saúde – PEP 2011	R\$ 2.867,74
2200/11 ou 10/11	Estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS (Progesus)	R\$ 83,63
SUBTOTAL PORTARIA		R\$ 2.951,37
TOTAL		R\$ 5.297.344,34

Fonte: DEP

A integralidade dos recursos financeiros disponíveis para execução dessas ações é composta por Recursos Próprios – RP (Fonte 100) e recursos de Portarias (Fonte 400), com predominância deste último:

Tabela 9. Fonte, valores e percentuais

FONTE	VALOR (R\$)	FINANCIAMENTO (%)³
100 (RP)	R\$ 1.428.190,75	26,96%
400 (SUS)	R\$ 3.869.153,59	73,04%
TOTAL (R\$)	R\$ 5.297.344,34	100%

A utilização de recursos para esta finalidade encontra respaldo nas respectivas legislações (PPA, LDO, LOA), verificando-se, pois, a existência de recursos suficientes para o pleno desenvolvimento das ações.

Dotação orçamentária

De acordo com a disposição contida no art. 16, § 1º, inciso I, da Lei Complementar n. 101/2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências, a despesa objeto de dotação específica e suficiente, ou que esteja abrangida por crédito genérico, de forma que somadas todas as despesas da mesma espécie, realizadas e a realizar, previstas no programa de trabalho, não sejam ultrapassados os limites estabelecidos para o exercício, considera-se adequada com a LOA.

E, ainda, compatível com o PPPA e a LDO, a despesa que se conforme com as diretrizes, objetivos, prioridades e metas previstos nesses instrumentos e não infrinja qualquer de suas disposições, nos termos do inciso II do mesmo Diploma.

A dotação orçamentária nada mais é que valores monetários autorizados, consignados na LOA para atender determinada programação orçamentária.¹³

Nesse sentido, Augustinho Vicente Paludo:¹⁴ “Despesa orçamentária – são as despesas que se encontram previstas no orçamento anual e as provenientes dos créditos adicionais abertos durante o exercício financeiro”.

Nota-se, que é por meio da programação financeira que é definido o que se pretender adquirir e quais recursos custearão a despesa a ser realizada, de acordo com as metas traçadas.

Do ponto de vista operacional, a programação financeira é composta pelas seguintes classificações: Natureza da Despesa (Categoria Econômica da Despesa, Grupo de Natureza de Despesa, Modalidade de Aplicação e Elemento de Despesa), Identificador de Uso, Fonte de Recursos, Identificador de Operação de Crédito e Identificador de Resultado Primário.

³ Nota: Percentuais aproximados.

Conforme pondera o autor, é por meio da classificação financeira que são inseridos na programação o montante dos recursos correspondentes aos créditos orçamentários pretendidos, com a especificação da fonte de recursos que os garantirá.

Nessa senda, os recursos necessários para execução do projeto conforme já indicado inicialmente decorrerão à conta da seguinte dotação orçamentária:

Tabela 10. Dotação Orçamentária

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	
Unidade Gestora	Secretaria de Estado de Saúde (Sesacre)
Programa de Trabalho	721.607.103021118.4119.0000
Ação	Educação Permanente em Saúde
Plano de Trabalho	A educação permanente como ferramenta para a solução de problemas no campo da saúde.
Fontes de recursos	100 e 400.
Elementos de despesa	33.90.30.00, 33.90.36.00 e 33.90.39.00

Cronograma de execução

Propõe-se prazo de execução de 25 meses com quatro etapas, boa parte ocorrendo de forma concomitante. Algumas se estendem junto com a EPS em si, para garantir melhor ajuste, por via direta, resultado.

Não há parte diagnóstica, porque isso se entendeu que o presente projeto cumpriu ao trazer abordagem panorâmica sobre a situação para propor soluções.

Do início da estruturação e fortalecimento no quinto mês até o décimo oitavo mês, portanto, mais de um ano, os trabalhos serão mais intensos com todas as atividades se realizando ao mesmo tempo. Esse período representará o divisor de águas entre a EPS de hoje e a que será implementada.

O objetivo é promover a transformação ainda nessa gestão governamental, garantido o conhecimento e o avanço até então não verificado.

Vale ressaltar que os recursos disponíveis passaram a ser recebidos a partir de 2007 e foram se somando até 2012, portanto, cinco anos de repasses.

O cronograma estabelece atividades crescentes iniciando com implementação, estruturação e fortalecimento, passando então para desenvolvimento e qualificação, para seguir com treinamento e aperfeiçoamento.

Em assim sendo, o processo de sistematização das tarefas e indicação dos prazos necessários para sua execução, com atividades e prazos, serão assim dimensionados:

Cronograma de execução

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO																										
Item	Atividade	Mês																								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1	Implementação da Política de Educação Permanente (PEP) 2007, 2008, 2009, 2010 e 2011																									
2	Estruturação e fortalecimento dos processos gerenciais da educação permanente																									
3	Desenvolvimento e Qualificação dos trabalhadores do SUS																									
4	Cursos técnicos para formação de profissionais de nível médio para a saúde																									

Orçamento

O detalhamento dos recursos necessários à concretização do projeto, incluindo despesas com material de consumo (caneta, papel, serviços gráficos), equipamentos e materiais permanentes e outros serviços de terceiros – pessoa jurídica (aluguéis de salas, consultores), correspondem aos seguintes quantitativos e valores:

Tabela 11. Orçamento e custos

ORÇAMENTO			CUSTO		
Item	Especificação	Subelemento	Quantidade	Unitário	Total
339030 – Material de Consumo					
1	Combustíveis automotivos	Gasolina	7.000 litros	4,00	28.000,00
2	Material médico e odontológico	-	-	-	100.000,00
3	Material educativo	Materiais pedagógicos	-	-	60.000,00
4	Material de expediente	Caneta, clipe, envelope, estilete, extrator de grampos, fita adesiva, grampeador, grampos, lacre, lápis, livros de ata, de ponto e de protocolo, papéis, pastas em geral, percevejo, perfurador, régua, tesoura, transparências e afins	-	-	30.000,00
5	Material de processamento de dados	CD-ROM virgem, etiqueta em formulário contínuo	-	-	3.000,00
6	Material de limpeza e produção de higienização	Álcool etílico, balde plástico, cesto para lixo, desinfetante, desodorizante, detergente, esponja, estopa, flanela, panos para limpeza, papel higiênico, sabonete, saco para lixo, toalha de papel, vassoura e afins	-	-	40.000,00
7	Material para áudio, vídeo e foto	Papel para revelação de fotografias	-	-	3.000,00
8	Material técnico para seleção e treinamento	Apostilas e similares, folhetos de orientação e afins	-	-	200.000,00
9	Material de consumo – pagamento antecipado	Suprimento de fundos	5	500,00	2.500,00
Subtotal (R\$)					466.500,00
339036 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Física					
11	Diárias a colaboradores eventuais no país	Prestadores de serviços, de caráter eventual, sem vínculo	200	500,00	100.000,00

		com a administração pública			
12	Conferências e exposições	Pagamento direto aos conferencistas e/ou expositores pelos serviços prestados	-	-	300.000,00
13	Locação de imóveis	Aluguel de salas	-	-	50.000,00
14	Serviço de apoio administrativo, técnico e operacional	Assistência técnica, serviços auxiliares e afins	-	-	185.681,32
Subtotal					635.681,32
339039 – Outros Serviços de Terceiros					
	Locação de imóveis	Aluguel de salas	-	-	200.000,00
	Exposições, congressos e conferências	Conferências, congressos, exposições	-	-	1.000.000,00
	Fornecimento de alimentação	Refeições preparadas	-	-	300.000,00
	Serviços de comunicação em geral	Publicação de editais, extratos, convocações e assemelhados	-	-	30.000,00
	Serviço de seleção e treinamento	Instrução e orientação profissional, recrutamento e seleção de pessoal (concurso público) e treinamento	-	-	700.000,00
	Serviços de reabilitação profissional	Próteses	-	-	100.000,00
	Serviços gráficos	Confecção de impressos em geral, revistas, boletins, encartes, fôlder e assemelhados e afins	-	-	300.000,00
	Fretes e transportes de encomendas	Fretes e carretos, remessa de encomendas e afins	-	-	30.000,00
	Limpeza e conservação	Limpeza, higienização, conservação e asseio dos órgãos públicos	-	-	120.000,00
	Serviço de apoio administrativo, técnico e operacional	Assistência técnica, motoristas, recepcionistas e afins	-	-	300.000,00
	Hospedagens	Hospedagens e alimentação de servidores e convidados do governo em viagens oficiais pagos diretamente a estabelecimentos hoteleiros	2.500	200,00	500.000,00
	Serviços de cópias e reprodução de documentos	Cópias xerográficas e reprodução de documentos	3.000.000	0,10	300.000,00
	Serviços de publicidade e propaganda	Publicidade e propaganda	-	-	20.000,00
	Outros serviços de terceiros, pessoa jurídica	Serviços de natureza eventual	-	-	295.163,02
Subtotal					4.195.163,02

TOTAL	5.297.344,34
--------------	---------------------

Adequação jurídica

Para perfeita execução do presente projeto será necessária a realização de atividades voltadas à qualificação dos profissionais envolvidos nas ações realizadas pela Sesacre, a saber, médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e gerentes de unidades, mediante Cursos Técnicos, Palestras e Pós-Graduação.

A partir do levantamento e das necessidades de aprendizagem do público escolhido, para implementação da educação permanente, fora levantada a necessidade e proposta, consignadas no Subcapítulo 1.3. do Capítulo I e reproduzidas na Cláusula Segunda da Minuta Contratual. Será imprescindível a disponibilização de recursos humanos e materiais a fim de aplicar a educação permanente como ferramenta para a solução de problemas no campo da saúde.

Dessa feita, não havendo pessoal ou materiais disponíveis para o desenvolvimento das ações, haverá a necessidade de se firmarem contratos administrativos visando aquisições ou prestações de serviços almejados para o alcance da finalidade pública, devendo ser observada a legislação vigente, a saber, Lei n. 8.666/1993 – Lei de Licitações e Contratos Administrativos¹⁵ e Lei n. 10.520/2002 – Pregão.¹⁶

Essas despesas deverão ser realizadas de acordo com o cronograma físico-financeiro em consonância com o Planejamento Orçamentário e a Dotação Orçamentária indicada.

É importante destacar que a regra geral para qualquer contratação implica exigências de procedimento licitatório, para os fins de garantir a observância do princípio constitucional da isonomia e a selecionar a proposta mais vantajosa para a administração, devendo ser processada e julgada em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação do instrumento convocatório, do julgamento objeto e dos que lhe são correlatos, conforme esposado no art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal.

Para a execução das ações previstas no presente projeto, observada a necessária instrução processual, elegem-se de acordo com os objetivos definidos:

- a) a compra ou contratação de serviços (art. 24, II, V e VII, da Lei n. 8.666/1993);
- b) a contratação de instituição brasileira de ensino (art. 24, XIII, Lei n. 8.666/1993);
- c) a contratação de serviços técnicos de treinamento e aperfeiçoamento de pessoal (art. 25, I, Lei n. 8.666/1993);
- d) a realização de pregão, inclusive pelo Sistema de Registro de Preços, para bens e serviços comuns (Lei n. 10.520/02); e
- e) adesão a preços registrados por outros órgãos/entidades (art. 15, Lei n. 8.666/1993 e Decreto n. 5.967/2010).

Não obstante, formalizar termo de contrato quando a lei assim o exigir (art. 62, § 4º, Lei n. 8.666/1993).

Para subsidiar as ações propostas no presente Projeto de Intervenção, segue em anexo:

I – Minuta contratual para contratação de serviços – Anexo I, e;

II – Minuta contratual para aquisições (compras) – Anexo II.

Conclusão

Atendendo requisito em Pós-Graduação em Direito Sanitário da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília, financiada pelo CONASS e oferecida às 27 SES (2015/2016), houve a elaboração do presente Projeto de Intervenção em Educação Permanente no âmbito da Sesacre, com base na necessidade de aprimorar o conhecimento dos responsáveis das áreas de educação permanente, identificada a partir da realização de pesquisa sobre recursos humanos nessas Secretarias.

É possível observar a participação de todos os agentes envolvidos direta ou indiretamente nas ações voltadas à saúde no âmbito do Estado do Acre, mediante a compreensão da clínica ampliada, o conhecimento sobre a realidade, o trabalho em equipe multiprofissional, transdisciplinar, e ação intersetorial, é essencial para o alcance da finalidade pública, garantindo à população acreana o acesso a um serviço público célere, eficaz e eficiente.

A partir dessa visão, cujo foco é a integração participativa dos agentes, surge a necessidade de fortalecimento das ações de educação permanente da Sesacre, de forma a incorporar a aprendizagem e os ensinamentos ao cotidiano da organização, mediante a conjugação de esforços dos gestores para garantir ao público alvo aperfeiçoamento e treinamento voltados à aplicação da educação permanente como meio de trabalho para elaboração, execução, avaliação e monitoramento de políticas públicas, bem como disponibilizar os recursos humanos e materiais necessários para realização dos processos de trabalho, objetivando o acolhimento, o vínculo entre usuários e equipes, responsabilização, desenvolvimento da autonomia dos usuários e a resolutividade da atenção à saúde.

A aplicação efetiva da EPS, o aperfeiçoamento do conhecimento profissional, atrelados à prática administrativa e a cooperação dos demais agentes, almejando alcançar um objetivo comum e um resultado positivo, são necessários para o desenvolvimento de métodos e técnicas capazes de amenizar e regularizar o serviço público.

Importante salientar, que o próprio projeto foi se transformando ao longo do desenvolvimento dos trabalhos, em face do conhecimento da realidade e da compreensão da EPS.

No âmbito da Sesacre, percebem-se ações nas áreas de EPS, com proposta que se consubstancia no treinamento e aperfeiçoamento (Cursos Técnicos, Palestras e Pós-Graduação) para Servidores da Central de Regulação e Tratamento Fora de Domicílio (TFD), Médicos da Regulação, Médicos Especialistas, Enfermeiros e Técnicos em Enfermagem, Gestores, Técnicos de

Nível Médio, bem como qualificação de Profissionais das Unidades de Urgência e Emergência, Oncologia e Pediatria.

O modelo de EPS atualmente verificado no Estado do Acre configura formação conservadora no campo de estágio ou aprendizagem prática, que não atua no eixo estratégico da gestão do SUS, de forma a organizar o sistema e estruturar o cuidado.

Não há uma reflexão crítica para aperfeiçoamento da oferta, limitando-se então a uma qualificação tradicional e mesmo assim pouco eficiente.

A política de educação permanente possui recursos não utilizados desde 2007 e que foram se acumulando até 2011, quando então houve suspensão dos repasses. Portanto, quase uma década sem a efetivação necessária e com alguns recursos sob a rubrica implementação da PEP, como a PEP 2007.

Aliás, a quase integralidade dos recursos se destina a formação técnica de nível médio, evidenciando não ser a gestão do SUS o foco elegido.

O Estado não só deixou de aplicar recursos em educação permanente, mas, também, de receber transferências anuais que somadas corresponderiam a esse mesmo valor ou até mais (2012-2016).

Em um momento econômico de crise que enfrenta o país (2015/2016), esse contexto se agrava, sem alocação de recursos do orçamento próprio do Estado.

A rede assistencial do Estado do Acre está organizada em três regionais de saúde: Regional do Juruá/Tarauacá e Envira (Cruzeiro do Sul), Baixo Acre (Rio Branco) e Alto Acre (Brasileia).

Apesar de seguir a diretriz de regionalização e descentralização do SUS, que, por sinal, constitui ênfase governamental, a gestão colegiada é frágil, não se verificando diálogo entre os diversos atores envolvidos (governamentais e não governamentais – dirigentes, profissionais em formação, trabalhadores, estudantes, usuários das ações e serviços de saúde), tampouco solidariedade entre os níveis de gestão do SUS; somente pontuais iniciativas do Estado para com os Municípios, com interação que tem por foco a qualificação dos servidores para as atividades profissionais, sem assegurar uma integral atenção à saúde.

Em nível estadual, a ação de educação permanente fica, essencialmente, adstrita à Sesacre.

O impacto da EPS no Acre é diminuto e pouco determinante como uma política pública do SUS.

É preciso que seja entendida a educação tecnopolítica como a própria capacidade de governo, de forma que ultrapasse a educação técnica para adentrar questões de gestão e estruturação para qualificar a saúde oferecida à população.

Não obstante, como as demandas surgem de problemas que se verificam na realidade, não só internos, mas externos, como ocorre com a judicialização, que sofre a área de saúde em todo o país, é preciso atenção imediata para atuação em defesa do sistema de saúde, garantido formação, fomento ao debate por comitês temáticos, espaços para mediação sanitária, entre outros, que

diminuem o descumprimento da política pública de saúde estabelecida e a desorganização do planejamento de saúde nos diversos níveis de gestão do SUS que vêm representando as demandas judiciais.

Assim, em um primeiro momento, a Sesacre deve, principalmente, reavaliar a alocação dos recursos para romper essa educação tradicional e avançar na educação permanente estribada na reflexão crítica própria das correntes de pensamento em planejamento de saúde no Brasil para transformação das práticas cotidianas, visando cumprir papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS.

O “diagnóstico” da EPS estadual representado por partes desse projeto mostra que ela se encontra em nível de planejamento e que precisa ser priorizada, a fim de que avance para a execução e de forma efetiva se desenvolva e consolide.

O Acre foi elevado à categoria de Estado há pouco mais de 50 anos, sendo um dos mais novos integrantes da federação brasileira. Assim, um problema percebido em nível nacional pelo CONASS, certamente, restou verificado em um Estado que como o próprio SUS tem uma história recente, fruto de lutas e conquistas.

O protagonismo do servidor na gestão e transformação de trabalho do SUS, identificando deficiências e implementando melhorias por meio da educação permanente, em que se reafirme uma metodologia participativa é a estratégia adequada a esse enfrentamento.

É preciso que a educação permanente seja compreendida como investimento prioritário e necessário e não como ação de segunda categoria que se efetiva após todas as outras e, por vezes, apenas se houver saldo de recursos.

Em face da falta de resultados por meios próprios e no intuito de reordenar anos sem uma atenção dedicada ao projeto de educação permanente, vislumbra-se necessidade de contratação de serviço de consultoria técnica na área de EPS Pública, incluindo a construção de indicadores de avaliação para monitoramento das ações e suporte à comissão formada por servidores de unidades competentes envolvidas, em conformidade com o presente Projeto de Intervenção em Educação Permanente, especialmente com os objetivos gerais e específicos, e, sob a gestão e fiscalização do DEP da Sesacre, além de utilização dos instrumentos propostos para formalização do ajuste.

Salienta-se que o estudo, acompanhamento e avaliação dos diversos fatores que influenciam na execução do SUS devem ocorrer de forma contínua e permanente, a fim de solucionar os problemas existentes, e atender os anseios da sociedade, mediante políticas participativas, com o envolvimento da população, alicerçadas em métodos, técnicas e práticas que evitem o congestionamento da rede pública de saúde e a conseqüente ineficiência na prestação dos serviços.

Referências

- 1 Ceccim RB, Feuerwerker LCM [Internet]. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. [Acesso em 6 ago 2016] PHYSIS: Revista Saúde Coletiva. 2004;14(1):41-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>
- 2 Estado do Acre. Acre em números [Internet]. Acre, 2013. [Acesso em 3 ago 2016]. Disponível em: http://www.ac.gov.br/wps/wcm/connect/e0c7fd0042426ebe9196b371c3a11451/Acre%2BEm%2BNu%CC%81meros%2B2013+web+editado.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=url&CACHEID=e0c7fd0042426ebe9196b371c3a11451
- 3 Estado do Acre. Lei n. 2.524, de 20 de dezembro de 2011. Dispõe sobre o Plano Plurianual para o quadriênio 2012-2015 e dá outras providências. [Internet]. 30 dez 2011. [Acesso em 3 ago 2016]. Disponível em: <http://www.al.ac.leg.br/leis/?p=8835>
- 4 Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde [Internet]. Brasília, 2009. [Acesso em 14 set 2016]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. [Internet]. 22 ago 2007. [Acesso em 3 ago 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 2200, de 14 de setembro de 2011. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. [Internet]. 15 set 2011. [Acesso em 3 ago 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2200_14_09_2011.html
- 7 Ministério da Saúde. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS [Internet]. Brasília, 2009. [Acesso em 3 ago 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf
- 8 Escola Nacional de Administração Pública. Conceitos básicos em Monitoramento e Avaliação [Internet]. Brasília, 2013. [Acesso em 3 ago 2016]. Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/handle/1/992/SOUSA%2c%20Marconi%20Fernandes%20-%20Conceitos%20B%C3%A1sicos%20de%20Monitoramento%20e%20Avalia%C3%A7%C3%A3o.pdf?sequence=1>
- 9 Santos EM, Cruz MM, Decotelli PV, Chispin PPM, Abreu DMF. Avaliadores in Situ(ação): reflexões e desafios sobre a institucionalização da prática avaliativa no PN DST/Aids. In: Onocko RC, Furtado JF, organizadores. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde. Campinas: Editora Unicamp; 2011. p. 205-222.
- 10 Contandriopoulos A-P, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos. In La Forgia GM, Couttolenc BF. Avaliação em saúde: dos modelos. Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência. São Paulo: Singular; 2009.
- 11 Ministério da Saúde. Planejamento com enfoque estratégico: uma contribuição para o SUS [Internet]. Brasília, 1999. [Acesso em 3 ago 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_04.pdf

12 Minayo MCS. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In MINAYO MCS, ASSIS SG, SOUZA ER (Eds.). Avaliação por triangulação de métodos. Abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p.19-51.

13 Ministério do Planejamento. [Sítio do Governo Federal na Internet]. [Acesso em 3 ago 2016]. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/servicos/faq/orcamento-da-uniao/conceitos-sobre-orcamento/o-que-e-dotacao-orcamentaria>

14 Paludo V. Orçamento público e administração financeira e orçamentária e LRF. 4.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.

15 Brasil. Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. [Internet]. 26 jun 1993. [Acesso em 3 ago 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666cons.htm

16 Brasil. Lei n. 10.520, de 17 de julho de 2002. Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências.[Internet]. 18 jul 2002. [Acesso em 3 ago 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10520.htm