

O Direito Sanitário  
como instrumento  
de fortalecimento  
do SUS: a ênfase  
na Educação  
Permanente  
em Saúde e os  
Resultados do Curso  
de Especialização

### Projeto de intervenção

RIO DE JANEIRO

Érica Costa Gall  
Everton de Oliveira Bastida  
José Ribamar Costa  
Júlia Solano de Castro  
Nádia Amaral  
Tatiana Rosa Soares  
Thamiris Aló Maia



# Projeto de Intervenção – Rio de Janeiro\*

Érica Costa Gall  
Éverton de Oliveira Bastida  
José Ribamar Costa  
Júlia Solano de Castro  
Nádia Amaral  
Tatiana Rosa Soares  
Thamiris Aló Maia

## Introdução

Este Projeto de Intervenção é fruto do curso de Especialização em Direito Sanitário que apresenta a educação permanente como importante ferramenta para a solução de problemas no campo da saúde.

## O Estado do Rio de Janeiro

O Estado do Rio de Janeiro é uma das 27 unidades federativas da República Federativa do Brasil. Situa-se na região sudeste do país e ocupa uma área de 43.780,172 km<sup>2</sup>. Inobstante tratar-se do quarto menor estado brasileiro, concentra 8,4% da população do brasileira, sendo o estado com maior densidade demográfica. O litoral fluminense é o terceiro mais extenso do país.

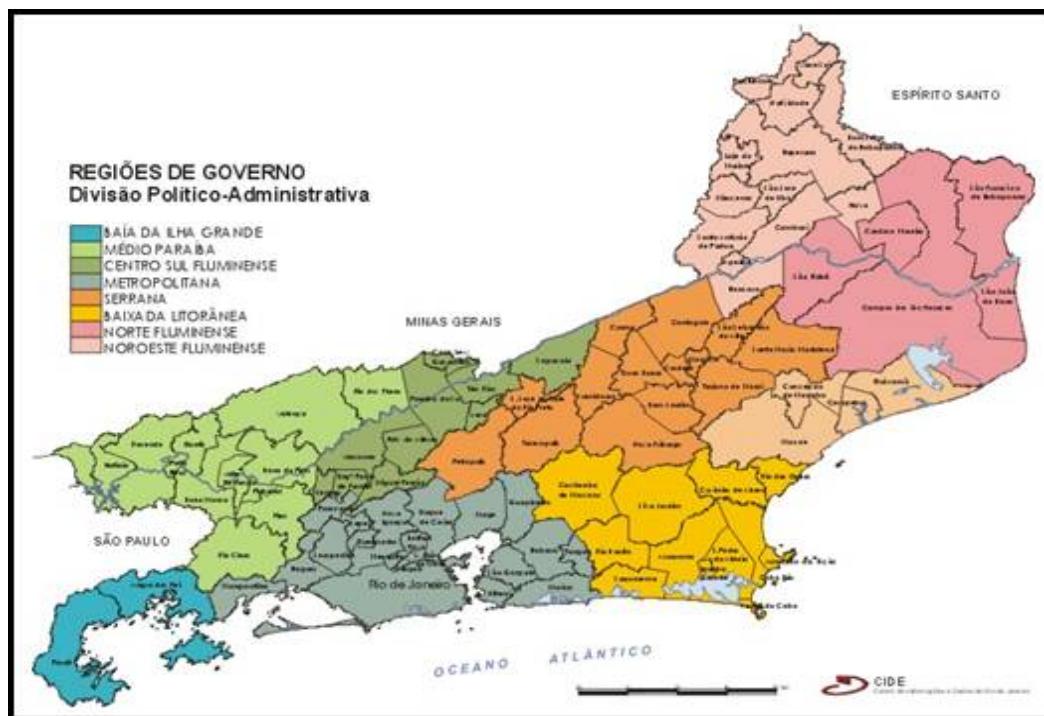
A cidade mais populosa é a sua capital homônima, que também é a segunda maior metrópole do Brasil. Os naturais do estado do Rio de Janeiro são chamados de fluminenses (do latim *flumen*). Segundo dados do Censo 2010 (IBGE), o estado é o terceiro mais populoso do Brasil, atrás de São Paulo e Minas Gerais. Entre seus principais polos urbanos estão, além da sua capital, cidades como São Gonçalo, Niterói, Campos dos Goytacazes, Belford Roxo, Petrópolis, Volta Redonda e Macaé.

As áreas urbanas concentram a maior parte dos habitantes, visto que, em 2010, 96,7% da população residia nessas áreas.<sup>2</sup> Como forma tornar a administração mais eficiente, dividiu-se o estado em oito regiões de governo (divisão político-administrativa), a saber: Baía da Ilha Grande, Médio Paraíba, Centro-Sul Fluminense, Metropolitana, Serrana, Baixada Litorânea, Norte Fluminense e Noroeste Fluminense, como pode ser contemplado no quadro a seguir.

---

\* Tutor: Cássia Pereira das Chagas e Examinadores: Fernanda Vargas Terrazas e Lourdes Lemos de Almeida

<sup>2</sup> Em consonância com as informações apresentadas pelo Plano Estadual de Saúde 2012-2015, disponível em: <http://www.informacaoemsauderj.gov.br/estado/105-plano-estadual-de-sauderj/13070-2012-2015.html>



Nesta divisão, a Região Metropolitana foi a que apresentou a maior taxa de urbanização (99,5%) e a Região Noroeste Fluminense foi a que apresentou a menor taxa (82,6%).

O estado também é formado por duas regiões morfológicamente distintas: a baixada e o planalto, que se estendem, como faixas paralelas, do litoral para o interior. Paraíba do Sul, Macaé, Guandu, Piraí, Muriaé e Carangola são os principais rios e o clima varia de tropical a subtropical. Há ocorrência de geadas, nos meses de inverno, em regiões acima dos 1.000 metros de altitude e inclusive queda de neve esporádica no Parque Nacional de Itatiaia. É representado na bandeira da Federação brasileira pela estrela Beta do Cruzeiro do Sul ( $\beta$  = Mimosa).

O produto interno bruto (PIB) do estado é o segundo maior do país, enquanto o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) fluminense é o quarto mais elevado do Brasil. Além disso, o Rio de Janeiro apresenta a terceira maior taxa de alfabetização do país, atrás de Santa Catarina e Distrito Federal.

Importante destacar que o estado fluminense vive um momento ímpar em sua trajetória de desenvolvimento. O cenário atual de crise econômica eleva a responsabilidade da gestão governamental na formulação de políticas públicas que potencializem o crescimento econômico e as conquistas sociais necessárias. Associam-se a este quadro os grandes eventos que ocorreram em 2016, o que tornou ainda mais

desafiadora a tarefa de consolidar os avanços e as conquistas dos primeiros quatro anos do atual Governo.

No que diz respeito à saúde, o desafio de garantir a atenção aos cidadãos, por meio de um sistema público universal e de qualidade é ainda maior, diante dos impactos da atual conjuntura econômica sobre o território e sua população, em todas as regiões do Estado.

### **Da análise do Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro 2012-2015**

No âmbito da Secretaria de Saúde, o Plano Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro para o quadriênio 2012-2015<sup>3</sup> é o documento balizador dos projetos, dos programas e das ações para o equacionamento das necessidades de saúde da população, no período de sua vigência. Ele contém as estratégias e metas relacionadas às prioridades setoriais, definidas a partir da identificação dos problemas de saúde pública no Rio de Janeiro, levando em conta sua magnitude, transcendência e vulnerabilidade, conceitos clássicos da epidemiologia.

Efetuada a análise do panorama demográfico apresentado no Plano Estadual de Saúde 2012-2015 (“PES”), percebe-se que houve um estreitamento na base da pirâmide etária de 2000 a 2010, bem como a redução da população jovem no total da população. É possível notar ainda um alargamento do topo, refletindo o aumento da população idosa.

Nesse sentido, conforme informações encontradas no PES, a proporção de idoso na população estadual passou de 11% para 13%, o que traz impactos sobre o setor da saúde, principalmente nos gastos e tipos de assistência envolvidos. O Município que apresentou maior taxa de envelhecimento foi o de Niterói.

Quanto à taxa de mortalidade entre 2000 e 2010, o número absoluto de óbitos no Estado aumentou 14,5%. Dado importante é que, em 2010, houve maior número de óbitos masculinos e, segundo a variável idade, o número de homens que morreram com idade menor ou igual a 60 anos foi de 40,5%, contra 25,7% das mulheres na mesma faixa etária.

---

<sup>3</sup> Nota: o grupo optou por manter o presente trabalho com base no Plano Estadual de 2012-2015, haja vista que o trabalho foi iniciado no ano letivo de 2015.

**Evolução do Número total de óbitos e da Taxa bruta de mortalidade, RJ, 2000-2010.**



Fonte: Fundação Centro Estadual de Estatísticas, Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro – CEPERJ, 2011.

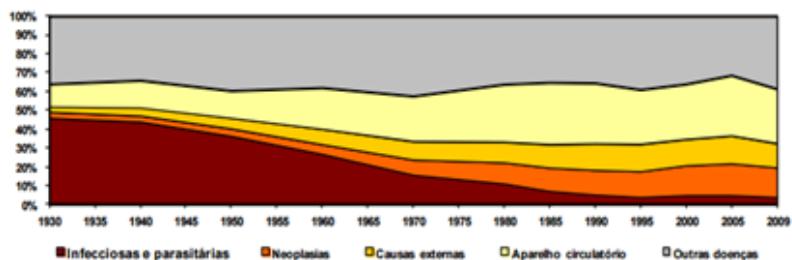
**Figura 1**

Importante destacar que, entre as principais causas de morte entre os homens, têm-se as doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas causas externas de mortalidade e pelas neoplasias. Entre as mulheres, as doenças que se destacaram foram igualmente as do aparelho circulatório, entretanto, seguidas pelas neoplasias e doenças do aparelho respiratório. A ocorrência de mortes devido a causas externas indica que os homens estão mais expostos aos óbitos por acidentes e violência do que as mulheres. A ocorrência dessas mortes ocorre majoritariamente entre a população de 20 a 29 anos.

A proporção de doenças e agravos não transmissíveis no Estado tem se elevado e hoje as doenças cardiovasculares, as neoplasias, as doenças ligadas à nutrição e ao metabolismo e as causas externas respondem por mais de 70% de todos os óbitos do Estado. Os dados de morbimortalidade traduzem a magnitude e gravidade das doenças não transmissíveis no Estado, mas os dados relativos aos fatores de risco e de proteção reforçam que a transcendência desse conjunto de doenças e agravos é alta e, assim sendo, é possível modificar o perfil atual dos fatores de risco na população.

Entre as seis primeiras causas de óbitos relativas a 2010 e, em todas as faixas etárias, verifica-se o predomínio das doenças crônicas não transmissíveis, das causas externas e das causas mal definidas de óbitos, como pode ser observado na figura a seguir.

**Evolução da Mortalidade Proporcional no Brasil, 1930-2009.**



Fonte: Barbosa da Silva e cols. In: Rouquairol & Almeida Filho: Epidemiologia & Saúde, 2003 p. 293. Atualizado por CGIAE/DASIS/SVS/MS.

**Figura 2**

Diante desse quadro apresentado, compreendemos que as ações de educação permanente devem ser voltadas primordialmente para promoção à saúde e prevenção das doenças circulatórias, pois essa atinge homens e mulheres igualmente.

Partindo dessa premissa, é necessário entender que não há apenas uma causa específica para esse problema de saúde, haja vista que as doenças circulatórias, que são doenças crônicas não transmissíveis, merecem, portanto, abordagem multifocal.

Vários fatores contribuem para a ocorrência desse problema, como, por exemplo, o aumento da população nos centros urbanos oriunda de cidades do interior, ocorrendo incremento do sedentarismo, consumo de bebidas e comidas industrializadas, tabagismo e alcoolismo, além de elevado nível de estresse. Associado a esses apontamentos, ressalte-se o acesso das pessoas aos serviços de saúde e medicamentos, com destaque para o antibiótico, que leva ao paulatino envelhecimento da população.

Ante os motivos expostos, o grupo optou por desenvolver um trabalho de capacitação em educação permanente que ajude no combate das doenças no aparelho circulatório.

### **A educação permanente como ferramenta de prevenção das doenças do aparelho circulatório**

As doenças do aparelho circulatório decorrem, especialmente, do estilo de vida de cada pessoa, em que pese também existir a possibilidade de as doenças se manifestarem em razão da genética familiar.

Entende-se, assim, que a melhor forma de combater esta enfermidade está na prevenção, utilizando-se dos instrumentos da atenção básica de saúde. Portanto, definiu-se como público-alvo das ações de educação permanente os profissionais de saúde que atuam nas unidades de atenção básica.

Importante observar que a atuação voltada para a Atenção Básica se encaixa ao contexto até aqui demonstrado, pois essa representa ações de saúde coordenadas, no plano individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Assim, o indivíduo, em sua consulta de rotina, ou mesmo após sofrer dano em razão do mau sistema circulatório, deve ser encaminhado ao projeto. Isso ocorre porque as doenças do aparelho circulatório não são originadas por uma causa isolada, razão pela qual não devem ser tratadas apenas por um profissional da saúde isolado, mas por plano de ação coordenada voltada para atender as necessidades daquele indivíduo e, por conseguinte, de sua família.

A ação conjunta é um dos pilares da Atenção Básica, que atua por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

A Atenção Básica de Saúde (ABS)<sup>4</sup> é, portanto, o meio de contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Ela é a porta de entrada dos usuários, momento em que se pode intervir sem lhes haver ocorrido maiores mazelas.

Este modelo orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

O Ministério da Saúde editou a Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011, aprovando a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

No anexo desse diploma, as responsabilidades de cada esfera de governo foram repartidas da seguinte forma:

---

<sup>4</sup> Nos termos do Anexo da Portaria Ministério da Saúde n. 2.488/2011, “a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos”.

a) São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo: I – contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos fundamentos e diretrizes assinalados; II – apoiar e estimular a adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da atenção básica à saúde; III – garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com suas responsabilidades; IV – contribuir com o financiamento tripartite da Atenção Básica; V – estabelecer, nos respectivos Planos de Saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da Atenção Básica; VI – desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes, a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, a qualificação dos vínculos de trabalho e a implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários; VII – desenvolver, disponibilizar e implantar os sistemas de informações da Atenção Básica de acordo com suas responsabilidades; VIII – planejar, apoiar, monitorar e avaliar a Atenção Básica; IX – estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de planejamento e programação; X – divulgar as informações e os resultados alcançados pela atenção básica; XI – promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica; XII – viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado, para fortalecimento da Atenção Básica e da estratégia de saúde da família no País; e XIII – estimular a participação popular e o controle social.

b) Compete ao Ministério da Saúde: I – definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica; II – garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica; III – prestar apoio institucional aos gestores dos estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica; IV – definir, de forma tripartite, estratégias de articulação com as gestões estaduais e municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação e qualificação da Atenção Básica; V – estabelecer, de forma tripartite, diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, de formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica; VI – articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças

curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde visando à formação de profissionais e gestores com perfil adequado à Atenção Básica; e VII – apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente para os profissionais de saúde da Atenção Básica.

c) Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal: I – pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado, de forma complementar às estratégias, diretrizes e normas existentes, desde que não haja restrições destas e que sejam respeitados as diretrizes e os princípios gerais regulamentados nesta Portaria; II – destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica prevendo, entre outras, formas de repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços; III – ser corresponsável, pelo monitoramento da utilização dos recursos federais da Atenção Básica transferidos aos municípios; IV – submeter à CIB, para resolução acerca das irregularidades constatadas na execução dos recursos do Bloco de Atenção Básica, conforme regulamentação nacional, visando: a) aprazamento para que o gestor municipal corrija as irregularidades; b) comunicação ao Ministério da Saúde; c) bloqueio do repasse de recursos ou demais providências, conforme regulamentação nacional, consideradas necessárias e devidamente oficializadas pela CIB; V – analisar os dados de interesse estadual, gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos; VI – verificar a qualidade e a consistência dos dados enviados pelos municípios por meio dos sistemas informatizados, retornando informações aos gestores municipais; VII – consolidar, analisar e transferir para o Ministério da Saúde os arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios de acordo com os fluxos e prazos estabelecidos para cada sistema; VIII – prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família; IX – definir estratégias de articulação com as gestões municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica; X – disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção à saúde; XI – articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família; e XII – promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da Atenção Básica.

d) Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal: I – pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, por meio do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado, mantidos as diretrizes e os princípios gerais regulamentados nesta Portaria; II – destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica; III – ser corresponsável, junto ao Ministério da Saúde, e Secretaria Estadual de Saúde (SES) pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos municípios; IV – inserir a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como estratégia prioritária de organização da atenção básica; V – organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União; VI – prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família; VII – Definir estratégias de institucionalização da avaliação da Atenção Básica; VIII – Desenvolver ações e articular instituições para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família; IX – selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente; X – garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas, podendo contar com apoio técnico e/ou financeiro das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde; XI – garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas; XII – programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial e de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local; XIII – Alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos; XIV – Organizar o fluxo de usuários, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica e de acordo com as necessidades de saúde dos usuários; XV – manter atualizado o cadastro no sistema de Cadastro Nacional vigente, dos profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão; e XVI – assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõem as equipes de atenção básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no SCNES e a modalidade de atenção.

Portanto, a educação permanente dos profissionais da Atenção Básica é de responsabilidade conjunta das SMS e das SES.

Ante as considerações tecidas até o momento, nosso grupo detectou que a atividade a ser implementada voltada à educação permanente na Atenção Básica e com foco ao combate das doenças circulatórias deve ser no sentido de combate ao sedentarismo.

Vislumbra-se, assim, a celebração de uma parceria entre a Secretaria de Saúde e a Secretaria de Educação, por meio de convênio administrativo ou de outro instrumento congênero, com vistas à cessão de profissionais de educação física.

Uma vez cedidos temporariamente, por óbvio, estes profissionais de Educação Física iriam participar da capacitação dos profissionais que atuam na Atenção Básica, de forma que seja promovida a prática de atividades físicas à população.

De certo que os profissionais da Atenção Básica, após a conclusão do curso de capacitação, não poderiam se imiscuir nas atividades exclusivas do Educador Físico, sob pena de exercício ilegal da profissão. Todavia, uma vez compreendida a importância do combate ao sedentarismo, esses profissionais que atuam ao lado da população no dia a dia desempenhariam importante papel no campo da conscientização.

Por isso, entende-se que seria necessário um segundo Convênio, dessa vez com a Secretaria Municipal de Saúde de cada município abrangido pelo programa, tendo como objeto o curso de educação permanente ministrado pelos profissionais de Educação Física (agora cedidos pela SEEDUC) para os profissionais da Atenção Básica de Saúde.

Dessa forma, os atores envolvidos no projeto seriam: a Secretaria de Estado de Saúde, atuando em dois lados: o primeiro com o objetivo da cessão dos Educadores Físicos e o segundo, para a implementação da capacitação dos profissionais da Atenção Básica dos Municípios.

Na parte da educação, há dificuldade para realizar programas de conscientização da população acerca da importância de atividades físicas, da diminuição do consumo de sal e alimentação saudável dentro das unidades de saúde.

No âmbito jurídico, quando da concretização de convênio com outra Secretaria, certamente surgirão entraves que precisarão ser dialogados e acordados, de forma a gerar satisfação mútua para os convenentes.

### **Delimitação da região contemplada pela ação de capacitação**

É imprescindível, por fim, delimitar a região que será abrangida em um primeiro momento pela capacitação.

Após mais uma análise do Plano Estadual de Saúde, o grupo elegeu a Região Noroeste Fluminense como a mais indicada para receber a ação de capacitação.

Atentou-se para o fato que é a região com o menor percentual de população coberta por planos de saúde, apenas 13,23% em face dos 36,45% encontrados na média estadual.<sup>5</sup> Dessa forma, é lógico concluir que haverá grande demanda pelo Sistema Único de Saúde nos municípios, razão pela qual se mostra correta a opção pela prevenção.

Soma-se ao fato de que é região político-administrativa com o maior percentual de distribuição populacional da cobertura de Estratégia de Saúde da Família, em torno de 91,28%.<sup>6</sup> Logo, são municípios nos quais a Atenção Básica consegue atingir quase que a totalidade da população, o que leva a crer que o objetivo da capacitação conseguiria atingir de fato um público significativo.

Importante também observar que a Região Noroeste Fluminense é formada pela união de 13 municípios agrupados em duas microrregiões e é a região que concentra os maiores índices de pobreza do estado.

As duas microrregiões são: a) Itaperuna – composta pelos municípios de Bom Jesus do Itabapoana, Italva, Itaperuna, Laje do Muriaé, Natividade, Porciúncula e Varre-Sai; e b) Santo Antônio de Pádua – composta pelos municípios de Aperibé, Cambuci, Itaocara, Miracema, Santo Antônio de Pádua e São José de Ubá.

Após análise geográfica da Região Noroeste Fluminense e contato com as Secretarias de Saúde dos Municípios nela inseridos, nosso grupo optou por limitar a realização da capacitação dos profissionais da Atenção Básica que atuam no município de Santo Antônio de Pádua.

Essa opção ocorreu após informações de que aquele município é o mais centralizado e com mais estrutura da localidade, razão pela qual muitas pessoas residentes nos demais municípios se utilizam da rede pública de Santo Antônio de Pádua. Portanto, o projeto no município elegido alcança maior número de pessoas do que em qualquer outro local na Região.

Ademais, em que pese existir essa delimitação inicial, nada impede que, tendo êxito, o presente projeto seja implementado nos demais municípios.

---

<sup>5</sup> Informação encontrada na Tabela n. 10 do PES/RJ – 2012-2015.

<sup>6</sup> Informação constante na Figura 44 do PES/RJ 2012-2015.

## **Objetivos**

### **Objetivo Geral**

Capacitar os médicos que atuam na ABS no município de Santo Antônio de Pádua, localizado na Região Noroeste Fluminense, sobre a importância da prática de exercícios físicos para a prevenção de doenças circulatórias, em parceria com os profissionais de Educação Física, que estariam cedidos temporariamente à SES.

Considerando que a Atenção Básica é a porta de entrada do sistema de saúde e para que o presente projeto consiga alcançar os usuários e contribuir para uma transformação em suas vidas, nosso grupo entendeu que a capacitação deve contemplar os médicos que atuam nos 10 Postos de Saúde de Família do município escolhido, que segundo informações extraoficiais obtidas junto à Secretaria Municipal perfazem um total de 20 médicos.

Dessa forma, o objetivo seria capacitar o médico atuante naquele Posto de Saúde de Família para que ajude na conscientização do combate ao sedentarismo.

### **Objetivos Específicos:**

Como objetivos específicos visando alcançar uma melhora no objetivo geral se tem a necessidade de:

- Capacitar os médicos profissionais da ABS, que atuam nos Postos de Saúde da Família, no município de Santo Antônio de Pádua, na Região Noroeste Fluminense;
- Fomentar a campanha de conscientização voltada ao combate do sedentarismo, como forma de prevenir a ocorrência de doenças circulatórias; e
- Promover a diminuição dos dados de morbimortalidade por doenças circulatórias na Região Noroeste Fluminense.

## **Metodologia**

Uma vez delimitado o local (Santo Antônio de Pádua) e profissionais alvos do projeto (médicos que atuam nos Postos de Saúde da Família), cabe ao gestor se organizar para exercer a política pública.

Assim, entendeu-se não só pelas inscrições on-line (por meio do Portal da Saúde RJ – [www.saude.rj.gov.br](http://www.saude.rj.gov.br)), como também pelas inscrições presenciais a serem efetuadas por meio de formulários entregues para a Secretaria de Saúde Municipal de Santo Antônio de Pádua, que os enviará por fax para o setor de Educação Permanente da SES.

Considerando que se trata de uma região de características rurais, poderia ser infrutífera a divulgação apenas por meio eletrônico (ex.: Facebook, Twitter, YouTube), razão pela qual caberá a um gestor estadual se dirigir à localidade e conversar pessoalmente com os médicos dos Posto de Saúde da Família acerca dos benefícios em aderir ao projeto.

Encerrada as inscrições, está prevista a realização de dois eventos mensais ao longo de seis meses no município, sempre no primeiro sábado e domingo de cada mês. No sábado ocorrerá uma palestra com o profissional de Educação Física e domingo terá lugar uma oficina, de forma a praticar aquilo que foi ensinado no dia anterior.

O local escolhido para a realização das ações foi o Teatro Municipal Geraldo Tavares André, em Santo Antônio de Pádua.

Concluída a capacitação, a SES emitirá um certificado de participação para os médicos.

Por fim, seis meses após o término do projeto será realizada uma avaliação, visando identificar a melhorias dos índices de Doenças do Aparelho Circulatório na região. Essa avaliação consistirá na análise dos prontuários dos Hospitais da Região e será encaminhada junto com um relatório aos Secretários Estadual e Municipal de Saúde.

### **Instituições provedoras das ações de educação permanente**

A Educação Permanente em Saúde (EPS) precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma “prática de ensino-aprendizagem” e como uma “política de educação na saúde”. Ela se parece com muitas vertentes brasileiras da educação popular em saúde e compartilha muitos de seus conceitos, mas, enquanto a educação popular tem em vista a cidadania, a educação permanente tem em vista o trabalho.

Como “prática de ensino-aprendizagem” significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia a dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança. A EPS se apoia no conceito de ensino problematizador (inserido de maneira crítica na realidade e sem superioridade do educador em relação ao educando) e de “aprendizagem significativa” (interessada nas experiências anteriores e nas vivências pessoais dos alunos, desafiante do desejar aprender mais), ou seja, ensino-aprendizagem embasado na produção de conhecimentos que respondam a perguntas que pertencem ao universo de experiências e vivências de quem aprende e que gerem novas perguntas sobre o ser e o atuar no mundo. É contrária ao ensino-aprendizagem mecânico, quando os conhecimentos são considerados em si, sem a necessária conexão com o cotidiano, e os alunos se tornam

meros escutadores e absorvedores do conhecimento do outro. Portanto, apesar de parecer, em uma compreensão mais apressada, apenas um nome diferente ou uma designação da moda para justificar a formação contínua e o desenvolvimento continuado dos trabalhadores, é um conceito forte e desafiante para pensar as ligações entre a educação e o trabalho em saúde, para colocar em questão a relevância social do ensino e as articulações da formação com a mudança no conhecimento e no exercício profissional, trazendo, junto dos saberes técnicos e científicos, as dimensões éticas da vida, do trabalho, do homem, da saúde, da educação e das relações.

Como política de educação na saúde, a educação permanente em saúde envolve a contribuição do ensino à construção do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS e a saúde coletiva têm características profundamente brasileiras, são invenções do Brasil, assim como a integralidade na condição de diretriz do cuidado à saúde e a participação popular com papel de controle social sobre o sistema de saúde são marcadamente brasileiros. Por decorrência dessas particularidades, as políticas de saúde e as diretrizes curriculares nacionais para a formação dos profissionais da área buscam inovar na proposição de articulações entre o ensino, o trabalho e a cidadania.

A EPS não expressa, portanto, uma opção didático-pedagógica, expressa uma opção político-pedagógica. A partir desse desafio político-pedagógico, a EPS foi amplamente debatida pela sociedade brasileira organizada em torno da temática da saúde, tendo sido aprovada na XII Conferência Nacional de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde (CNS) como política específica no interesse do sistema de saúde nacional, o que se pode constatar por meio da Resolução CNS n. 353/2003 e da Portaria MS/GM n. 198/2004. A EPS tornou-se, dessa forma, a estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde.

Essa política afirma: 1) a articulação entre ensino, trabalho e cidadania; 2) a vinculação entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social; 3) a construção da rede do SUS como espaço de educação profissional; 4) o reconhecimento de bases locorregionais como unidades políticos-territoriais em que estruturas de ensino e de serviços devem se encontrar em cooperação para a formulação de estratégias para o ensino, assim como para o crescimento da gestão setorial, a qualificação da organização da atenção em linhas de cuidado, o fortalecimento do controle social e o investimento na intersetorialidade. O eixo para formular, implementar e avaliar a EPS deve ser o da integralidade e o da implicação com os usuários.

Para a EPS, não existe a educação de um ser que sabe para um ser que não sabe, o que existe, como em qualquer educação crítica e transformadora, é a troca e o intercâmbio, que deve ocorrer também o estranhamento de saberes e a

desacomodação com os saberes e as práticas que estejam vigentes em cada lugar. Isso não quer dizer que aquilo que já sabemos ou já fazemos está errado, quer dizer que, para haver ensino aprendizagem, temos de entrar em um estado ativo de perguntação, constituindo uma espécie de tensão entre o que já se sabe e o que há por saber.

Condição indispensável para um aluno, trabalhador de saúde, gestor ou usuário do sistema de saúde mudar ou incorporar novos elementos à sua prática e aos seus conceitos é o desconforto com a realidade naquilo que ela deixa a desejar de integralidade e de implicação com os usuários. A necessidade de mudança, transformação ou crescimento vem da percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar alguma coisa está insatisfatória ou insuficiente em dar conta dos desafios do trabalho em saúde. Esse desconforto funciona como um estranhamento da realidade, sentindo que algo está em desacordo com as necessidades vividas ou percebidas pessoalmente, coletivamente ou institucionalmente.

Uma instituição se faz de pessoas, pessoas se fazem em coletivos e ambos fazem a instituição. Todos e cada um dos profissionais de saúde trabalhando no SUS, na atenção e na gestão do sistema têm ideias, conceitos e concepções acerca da saúde e da sua produção; do sistema de saúde, de sua operação e do papel que cada profissional e cada unidade deve cumprir na organização das práticas de saúde. É a partir dessas concepções que cada profissional se integra às equipes ou aos agrupamentos de profissionais em cada ponto do sistema. É a partir dessas concepções, mediadas pela organização dos serviços e do sistema, que cada profissional opera.

Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental dialogar com as práticas e concepções vigentes, problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem o SUS da atenção integral à saúde. Não bastam novas informações, mesmo que preciosamente bem comunicadas, senão para a mudança, transformação ou crescimento.

Por que queremos tanto que novas informações cheguem aos serviços, aos trabalhadores, aos usuários e aos gestores? Para esclarecê-los? Para torná-los mais cultos? Para torná-los mais letRADOS em ciéncia e tecnologias? Se for assim, podemos apenas transmitir conhecimento, mandar ler manuais e exercitar jogos de perguntas e respostas. A EPS, entretanto, configura uma pedagogia em ato, que deseja e opera pelo desenvolvimento de si e dos entornos de trabalho e atuação, estabelecendo tanto o contato emocionado com as informações como movimentos de transformação da realidade. Enfatizamos novamente: será EPS o ato de colocar o trabalho em análise, as práticas cotidianas em análise, as articulações formação-atenção-gestão-participação

em análise. Não é um processo didático-pedagógico, é um processo político-pedagógico; não se trata de conhecer mais e de maneira mais crítica e consciente, trata-se de mudar o cotidiano do trabalho na saúde e de colocar o cotidiano profissional em invenção viva (em equipe e com os usuários).

A escolha pela EPS é a escolha por novas maneiras de realizar atividades, com maior resolutividade, maior aceitação e maior compartilhamento entre os coletivos de trabalho, querendo a implicação profunda com os usuários dos sistemas de saúde, com os coletivos de formulação e implemento do trabalho, e um processo de desenvolvimento setorial por encontro com a população.

É nesse sentido que, no Brasil, constituiu-se o conceito de “quadrilátero da formação”: educação que associa o ensino como suas repercussões sobre o trabalho, o sistema de saúde e a participação social. É o debate e a problematização que transformam a informação em aprendizagem, e é a EPS que torna grupos de trabalho em coletivos organizados de desenvolvimento de si e de seus entornos de trabalho e atuação na saúde.

Para a EPS, a informação necessária é aquela que se propõe como ocasião para aprendizagem, mas que também busca ocasião de maior sensibilidade diante de si, do trabalho, das pessoas, do mundo e das realidades. Então, a melhor informação não está no seu conteúdo formal, mas naquilo de que é portadora em potencial. Por exemplo: a nova informação gera inquietação, interroga a forma como estamos trabalhando, coloca em dúvida a capacidade de resposta coletiva da nossa unidade de serviço? Se uma informação nos impede de continuarmos a ser o mesmo que éramos, nos impede de deixar tudo apenas como está e tensiona nossas implicações com os usuários de nossas ações, ela desencadeou EPS.

A EPS pode ser um processo cada vez mais coletivo e desafiador das realidades. O primeiro passo é aceitar que as realidades não são dadas. Assim como as informações, as realidades são produzidas por nós mesmos, por nossa sensibilidade diante dos dados e por nossa operação com os dados de que dispomos ou de que vamos em busca. O segundo passo é organizar espaços inclusivos de debate e problematização das realidades, isto é, cotejar informações, cruzá-las, usá-las em interrogação umas às outras e não segregar e excluir *a priori* ou ensimesmar-se em territórios estreitos e inertes. O terceiro passo é organizar redes de intercâmbio para que informações nos cheguem e sejam transferidas, ou seja, estabelecer interface, intercessão e democracia forte. O quarto passo é produzir as informações de valor local em um valor inventivo que não se furte às exigências do trabalho em que estamos inseridos e à máxima interação afetiva com nossos usuários de ações de saúde.

O quadrilátero da EPS é simples: análise e ação relativa simultaneamente à formação, à atenção, à gestão e à participação para que o trabalho em saúde seja lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Diferentemente das noções programáticas de implementação de práticas previamente selecionadas em que as informações são empacotadas e despachadas por entrega rápida às mentes racionalistas dos alunos, trabalhadores e usuários, as ações de EPS desejam os corações pulsáteis dos alunos, dos trabalhadores e dos usuários para construir um sistema produtor de saúde (uma abrangência), e não um sistema prestador de assistência (um estreitamento). Uma política de EPS congrega, articula e coloca em roda diferentes atores, destinando a todos um lugar de protagonismo na condução de sistemas locais de saúde. No Brasil, essa é a política atual do SUS para a educação em saúde e, portanto, a diretriz para os atores que atuam na área.

Ao colocar o trabalho na saúde sob as lentes da EPS, a informação científica e tecnológica, a informação administrativa setorial e a informação social e cultural, entre outras, podem contribuir para pôr em evidência os encontros rizomáticos que ocorrem entre ensino, trabalho, gestão e controle social em saúde, carreando consigo o contato e a permeabilidade às redes sociais que tornam os atos de saúde mais humanos e de promoção da cidadania.<sup>7</sup>

Diante da explanação do que venha a ser EPS, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) possui, em seu cronograma, a Superintendência de Educação em Saúde.

A fim de atender a necessidade de um programa de capacitação, ou seja, um projeto de Educação Permanente em que, devido ao que já foi constatado em números, há grande mortalidade de homens e mulheres pelo mesmo problema, a SES/RJ será a promotora e provedora de um curso de capacitação, localizada primeiramente em: Local. Auditório da SES – Rua México, 128, 11º andar, Rio de Janeiro/RJ.

Profissionais Palestrantes: profissionais em educação física (cedidos em parceria com a SES/RJ) e fisioterapeutas (da própria Secretaria e/ou cedidos pelas faculdades as quais têm parceria de colaboração com a SES/RJ, conhecedores de técnicas e exercícios básicos e avançados no que diz respeito a um trabalho cardiorrespiratório.

Profissionais-alvo: profissionais das unidades estaduais e municipais de saúde em atenção básica.

---

<sup>7</sup> Fonte: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>>. De: Ricardo Burg Ceccim, Alcindo Antônio Ferla

Assunto: desenvolvimento e aprendizagem de técnicas e exercícios para melhor condicionamento cardiorrespiratório da população usuária da rede pública da atenção básica na região Noroeste do Estado fluminense (SUS)

• Praticar exercícios físicos é fundamental para o desenvolvimento do nosso corpo e, além do mais, eles nos proporcionam diversos benefícios que nos ajudam a viver uma vida mais saudável e contribui para nos prevenir de doenças graves como as doenças cardiorrespiratórias.

• Os exercícios cardiorrespiratórios recomendados, além de serem eficientes, também ajudam o indivíduo a melhorar sua resistência física, queimar calorias e também a ter mais saúde, porém a pessoa não deve depender apenas dos exercícios. A disciplina alimentar é fundamental para que ele tenha uma vida saudável.

• Os exercícios cardiorrespiratórios podem ser feitos tanto em academias, em casa ou até mesmo na rua ou em alguns parques da cidade.

• Confira alguns desses exercícios.

- Andar de bicicleta;
- Fazer caminhada;
- Correr;
- Praticar remada;
- Pular corda;
- Andar na esteira;
- Exercícios aeróbicos.

• Benefícios dos exercícios cardiorrespiratórios:

- Evita doenças cardiorrespiratórias;
- Melhora a disposição física;
- Regula o sono;
- Queima calorias;
- Reduz o colesterol ruim;
- Melhora a função imunológica;
- Ajuda a controlar o apetite;
- Aumenta a resistência e flexibilidade física;
- Aumenta na produtividade do trabalho.

## **Monitoramento e avaliação**

O monitoramento deve ser um processo contínuo a ser realizado periodicamente, a fim de apontar desvios, necessidade de atualizações e ajustes ao projeto, identificar experiências exitosas e lições aprendidas que permitam aprimorar o processo.

A avaliação deve ser entendida como um processo permanente destinado, principalmente, a manter sob controle a execução do projeto em direção aos objetivos propostos. Nesse sentido, não se esgota apenas na avaliação dos resultados alcançados em determinado momento. Trata-se de uma atividade contínua, inerente e necessária ao exercício da função gerencial e para a qual podem ser usados distintos mecanismos e procedimentos.

Requisito fundamental para a avaliação é a disponibilidade e a utilização adequada de informações, de maneira que seja criado no âmbito da gestão um método ou sistema de informação para sua utilização específica.

Importante também comparar os dados coletados, instrumentos estudados previamente, tais como Plano Estadual de Saúde, Planos Diretores, Programação Anual de Saúde, Relatório Anual de Gestão, bem como os relatórios de Conferências, Termo de Compromisso de Gestão, entre outros, como forma de contribuir no desenvolvimento de processos e métodos de avaliação de resultado e controle das ações e serviços de saúde.

Como etapas do monitoramento e avaliação do projeto, destacamos: a) monitorar os desvios do programado; b) tomar ações corretivas para harmonizar o executado com o programado; c) avaliar as solicitações de alteração do projeto que envolva escopo, prazo e custo, d) quando necessário, reprogramar o projeto; e) quando necessário, ajustar o nível de recursos; e f) proceder aos ajustes necessários e obter a aprovação dos apoiadores do projeto.

## **Recursos**

Conforme indicado no projeto, o agente executor da ação de educação permanente será a própria SES/RJ que contratará dois profissionais de Educação Física, previamente cedidos pela SES, que desempenharão a função de palestrante e coordenador do projeto.

## Recursos Humanos

RECURSOS HUMANOS			
Função	Remuneração Mensal	Período (R\$)	Subtotal (R\$)
Profissional de Educação Física Palestrante	R\$ 2.500,00	6 meses	R\$ 15.000,00
Profissional de Educação Física Coordenador do projeto	R\$ 3.000,00	6 meses	R\$ 18.000,00

O projeto será realizado nas dependências do Teatro Municipal Geraldo Tavares André, nas seguintes condições:

## Recursos Estruturais

RECURSOS ESTRUTURAIS			
Item	Quantidade de dias	Valor por dia	Subtotal (R\$)
Aluguel de sala (por dia)	12	R\$ 600,000	R\$ 7.200,00
Locação de <i>data show</i> (por dia)	12	R\$ 120,00	R\$ 1.440,00
Locação de carteiras, mesas, quadro e outros (valor variável – a depender do número de médicos que irão aderir ao Projeto)	12	R\$ 400,00 (média)	R\$ 4.800,00
		TOTAL	R\$ 13.440,00

Serão adquiridos como recursos materiais:

Recursos Materiais (média – considerando que pode variar em decorrência do número de médicos inscritos)

RECURSOS MATERIAIS			CUSTO	
ITEM	Especificação	Quant.	Unitário	Total
1	Caneta esferográfica azul	20	R\$ 1,50	R\$ 30,00
2	Bloco para anotações	20	R\$ 2,50	R\$ 50,00
3	Pasta com elástico	20	R\$ 3,00	R\$ 60,00
4	Certificados	20	R\$ 10,00	R\$ 200,00
			TOTAL	R\$ 340,00

Obs.: os recursos materiais dos itens 1, 2 e 3 serão entregues uma única vez, no primeiro encontro; já o item 4 será entregue na última oficina.

Considerando o tempo previsto para realização das atividades do curso, o projeto executará o seguinte cronograma:

## Cronograma Físico-Financeiro

CRONOGRAMA FÍSICO-FINANCEIRO			
Item	Mês 1	Mês 2	Mês 3
Recursos Humanos	R\$ 5.500,00	R\$ 5.500,00	R\$ 5.500,00
Recursos Estruturais	R\$ 13.440,00	R\$ 13.440,00	R\$ 13.440,00
Recursos Materiais	R\$ 140,00	-	-
Total (mensal)	R\$ 19.080,00	R\$ 18.940,00	R\$ 18.940,00

CRONOGRAMA FÍSICO-FINANCEIRO			
Item	Mês 4	Mês 5	Mês 6
Recursos Humanos	R\$ 5.500,00	R\$ 5.500,00	R\$ 5.500,00
Recursos Estruturais	R\$ 13.440,00	R\$ 13.440,00	R\$ 13.440,00
Recursos Materiais	-	-	R\$ 200,00
Total (mensal)	R\$ 18.940,00	R\$ 18.940,00	R\$ 19.140,00

## Planejamento orçamentário

Para execução da proposta de EPS, serão utilizados recursos da Fonte 100 – Recursos Ordinários do Tesouro Estadual, enquadrando a ação no Programa de Gestão de Educação em Saúde, na PT de Educação Permanente para Profissionais de Saúde.

### Dotação Orçamentária

A identificação do recurso financeiro disponibilizado para execução das ações de Educação Permanente em Saúde.

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	
Unidade Gestora	Fundo Estadual de Saúde – UO 2961
Programa a ser utilizado	Gestão de educação em saúde – 0317
Ação	Capacitar profissionais na área de saúde
Plano de Trabalho	PT 2738 – Educação Permanente para Profissionais de Saúde
Plano de Trabalho Resumido	Eventos de Regionais de Capacitação
Fonte de recursos	100 – Recursos Ordinários do Tesouro Estadual
Elemento de despesa	223

## Cronograma de Execução

O cronograma de execução está previsto com atividades a serem iniciadas no exercício de 2017.

Consiste em um processo de sistematização das tarefas e indicação dos prazos necessários para sua execução.

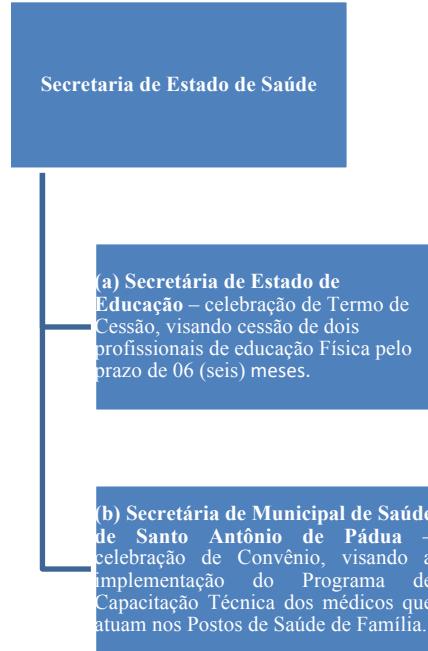
CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO													
ITEM	ATIVIDADE	2017											
		Mês											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Celebração de Termo de Cessão com a Secretaria Estadual de Educação Física												
2	Celebração de Convênio com a Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Pádua												
2	Divulgação do Evento												
3	Inscrição para Evento												
4	Período dos Eventos												
5	Emissão do Certificado												

### Orçamento

O orçamento do projeto será baseado por quantidade de eventos e quantidade de participantes. Inicialmente a expectativa é 20 pessoas por evento, dois eventos/mês por região; totalizando 20 capacitações no período de 6 meses. Considerando todos os recursos necessários, o orçamento total para realização da capacitação será de R\$ 113.980,00.

### Adequação jurídica

Para a implementação do projeto será necessário que a SES/RJ atue em duas frentes, sendo que a segunda é dependente da primeira, a saber:



**(a) Cessão de Profissionais de Educação Física, provenientes da Secretaria de Estado de Educação:**

Considerando que a SES não possui profissionais de Educação Física em seus quadros de servidores, será necessária a cessão de dois educadores físicos, provenientes da Secretaria Estadual de Educação, por meio da celebração de Termo de Cessão.

O referido instrumento deverá seguir os termos do Decreto n. 32.532/2002, que dispõe sobre o procedimento quanto ao ressarcimento relativo à cessão de servidores e empregados públicos na Administração Estadual Direta e Indireta. Dessa forma, o ônus do pagamento dos salários ficará a cargo da SES, pelo período de seis meses da cessão.

**(b) Celebração de Convênio com a Secretaria Municipal de Santo Antônio de Pádua:**

O segundo passo consiste na celebração de Convênio de Cooperação Técnica com a Secretaria Municipal de Santo Antônio de Pádua, de forma que esses dois profissionais de Educação Física, previamente cedidos pela SEEDUC, ministrem o curso de capacitação aos médicos que atuam nos Postos de Saúde de Família daquele município, de forma que estes possuam atuar na conscientização do combate ao sedentarismo, nos termos da metodologia e cronograma já expostos no corpo do presente.

Quanto ao instrumento jurídico escolhido, é necessário que sejam tecidas algumas observações. O convênio se difere do contrato, pois esse engloba duas ou mais partes em sentidos opostos, enquanto o convênio possui partes que compartilham um mesmo objetivo. Nada impede que seja firmada entre os próprios entes públicos ou destes com particulares. Todavia, não é possível existir o intuito de lucro das partes.

Existem os mais variados tipos de convênio, como, por exemplo, sem e com repasse financeiro, compartilhamento de informações técnicas (cooperação técnica), mas todos devem seguir a disciplina geral do art. 116 da Lei n. 8.666/1993.<sup>8</sup>

Para o caso concreto o instrumento mais indicado é o termo de cooperação técnica. Os Convênios de Cooperação, como ato ou negócio jurídico ajustado pela Administração Pública, devem obrigatoriamente observar os princípios básicos que a regem: legalidade, moralidade, impessoalidade, publicidade, eficiência, economicidade,

---

<sup>8</sup> “Art. 116. Aplicam-se as disposições desta Lei, no que couber, aos convênios, acordos, ajustes e outros instrumentos congêneres celebrados por órgãos e entidades da Administração.

§ 1º A celebração de convênio, acordo ou ajuste pelos órgãos ou entidades da Administração Pública depende de prévia aprovação de competente plano de trabalho proposto pela organização interessada, o qual deverá conter, no mínimo, as seguintes informações:

I – identificação do objeto a ser executado;  
II – metas a serem atingidas;  
III – etapas ou fases de execução;

IV – plano de aplicação dos recursos financeiros;

V – cronograma de desembolso;

VI – previsão de início e fim da execução do objeto, bem assim da conclusão das etapas ou fases programadas;

VII – se o ajuste compreender obra ou serviço de engenharia, comprovação de que os recursos próprios para complementar a execução do objeto estão devidamente assegurados, salvo se o custo total do empreendimento recair sobre a entidade ou órgão descentralizador.

§ 2º Assinado o convênio, a entidade ou órgão repassador dará ciência do mesmo à Assembleia Legislativa ou à Câmara Municipal respectiva.

§ 3º As parcelas do convênio serão liberadas em estrita conformidade com o plano de aplicação aprovado, exceto nos casos a seguir, em que as mesmas ficarão retidas até o saneamento das impropriedades ocorrentes:

I – quando não tiver havido comprovação da boa e regular aplicação da parcela anteriormente recebida, na forma da legislação aplicável, inclusive mediante procedimentos de fiscalização local, realizados periodicamente pela entidade ou órgão descentralizador dos recursos ou pelo órgão competente do sistema de controle interno da Administração Pública;

II – quando verificado desvio de finalidade na aplicação dos recursos, atrasos não justificados no cumprimento das etapas ou fases programadas, práticas atentatórias aos princípios fundamentais de Administração Pública nas contratações e demais atos praticados na execução do convênio, ou o inadimplemento do executor com relação a outras cláusulas convenenciais básicas;

III – quando o executor deixar de adotar as medidas saneadoras apontadas pelo participante repassador dos recursos ou por integrantes do respectivo sistema de controle interno.

§ 4º Os saldos de convênio, enquanto não utilizados, serão obrigatoriamente aplicados em cadernetas de poupança de instituição financeira oficial se a previsão de seu uso for igual ou superior a um mês, ou em fundo de aplicação financeira de curto prazo ou operação de mercado aberto lastreada em títulos da dívida pública, quando a utilização dos mesmos verificar-se em prazos menores que um mês.

§ 5º As receitas financeiras auferidas na forma do parágrafo anterior serão obrigatoriamente computadas a crédito do convênio e aplicadas, exclusivamente, no objeto de sua finalidade, devendo constar de demonstrativo específico que integrará as prestações de contas do ajuste.

§ 6º Quando da conclusão, denúncia, rescisão ou extinção do convênio, acordo ou ajuste, os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, serão devolvidos à entidade ou órgão repassador dos recursos, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias do evento, sob pena da imediata instauração de tomada de contas especial do responsável, providenciada pela autoridade competente do órgão ou entidade titular dos recursos”.

razoabilidade, proporcionalidade, segurança jurídica, motivação e supremacia do interesse público.

Sabe-se, que a interpretação do art. 116 não pode ser excessivamente restritiva, sob pena de inviabilizar o próprio objeto do convênio, razão pela qual, entendemos que, no caso em tela, devem ser observados os incisos I, II, III, VI do dispositivo legal, considerando que não se trata de convênio que implique repasse financeiro entre partícipes, tampouco que compreenda custos com obras ou serviços de engenharia.

No que tange ao Plano de Trabalho, este possui como escopo traçar as medidas plausíveis para a conquista do objeto avençado e minimizar a possibilidade de seu insucesso.

É o que leciona o professor Pedro Durão, em sua obra *Convênios e Consórcios Públicos*, p. 135: “Podemos afirmar que o plano de trabalho, nos ajustes administrativos, é a representação escrita de um projeto da avença descrevendo sua organização, objetivos, métodos e medidas para a execução do empreendimento comum.”

No caso sob análise, o próprio projeto de educação permanente representa detalhado plano de trabalho do convênio a ser firmado.

O planejamento é uma das bases da Administração Pública, devendo esta organizar-se para bem gerir os seus acordos. Assim, a execução de qualquer convênio ou cooperação técnica firmados com a Administração não pode prescindir planejamento e controle.

Conforme disposto no art. 116 da Lei n. 8.666/1993, as disposições da Lei de Licitações são aplicáveis, no que couber, aos convênios, acordos, ajustes e outros instrumentos congêneres celebrados por órgãos e entidades da Administração Pública. Assim, deve ser observado o art. 57 do diploma em comento, que estabelece a duração dos contratos regidos pela referida lei.<sup>9</sup> Resta a indagação se a regra é aplicável aos

---

<sup>9</sup> Art. 57. A duração dos contratos regidos por esta Lei ficará adstrita à vigência dos respectivos créditos orçamentários, exceto quanto aos relativos:

I – aos projetos cujos produtos estejam contemplados nas metas estabelecidas no Plano Plurianual, os quais poderão ser prorrogados se houver interesse da Administração e desde que isso tenha sido previsto no ato convocatório;

II – à prestação de serviços a serem executados de forma contínua, que poderão ter a sua duração prorrogada por iguais e sucessivos períodos com vistas à obtenção de preços e condições mais vantajosas para a administração, limitada a sessenta meses; (Redação dada pela Lei n. 9.648, de 1998)

III – (Vetado). (Redação dada pela Lei n. 8.883, de 1994)

IV – ao aluguel de equipamentos e à utilização de programas de informática, podendo a duração estender-se pelo prazo de até 48 (quarenta e oito) meses após o início da vigência do contrato.

V – às hipóteses previstas nos incisos IX, XIX, XXVIII e XXXI do art. 24, cujos contratos poderão ter vigência por até 120 (cento e vinte) meses, caso haja interesse da administração. (Incluído pela Lei n. 12.349, de 2010).

acordos da Administração Pública sem natureza contratual e sem repasse de verbas públicas.

Preliminarmente, importa determinar a *ratio* da delimitação temporal estabelecida pela lei, sendo que sobre o tema trazemos à colação os ensinamentos do Professor Marçal Justen Filho:

O art. 167 da CF/1988 consagrou diversas vedações à criação de despesas para os cofres públicos. Exige-se a previsão orçamentária dos recursos suficientes para a satisfação das obrigações (inc. I), vedando-se que o montante das despesas previstas supere o valor dos créditos orçamentários (inc. II). Mas o referido art. 167 também se preocupou com a realização de empreendimentos cuja execução supere o prazo de vigência da lei orçamentária. O §1º. do mesmo art. 167 determinou que “Nenhum investimento cuja execução ultrapasse um exercício financeiro poderá ser iniciado sem prévia inclusão no plano plurianual, ou sem lei que autorize a inclusão, sob pena de responsabilidade.”

Essas regras destinam-se a submeter o desenvolvimento da atividade administrativa à observância das autorizações orçamentárias. O tema foi objeto de análise por ocasião dos comentários ao art. 7º, §2º, III.

De todo o modo, seria inútil submeter a instauração da licitação e a formalização da contratação à existência de previsão de recursos orçamentários se fosse facultado à Administração promover avença com prazo de vigência mais delongado. Logo, o disposto no caput do art. 57 apenas complementa uma disciplina que apresenta importância nuclear para a atividade administrativa. (*Comentários à Lei de Licitações e Contratos Administrativos*, 16. ed., Revista dos Tribunais, 2014, p. 947)

Observa-se que o sentido da norma é estabelecer uma programação para o dispêndio de verbas públicas, prestigiando o planejamento público de forma a determinar que haja previsão orçamentária que comporte a obrigação assumida pela Administração Pública.

Assim, resta claro que tal limitação é imposta apenas para os casos em que há repasse de recursos públicos, quando o planejamento orçamentário é fundamental, não sendo aplicável para os ajustes sem repasse, quando o planejamento orçamentário não será afetado, uma vez que não há razão para estabelecer as mesmas limitações para casos diferentes.

Assim, em relação aos convênios sem repasse de verbas públicas, não há obrigatoriedade de seguir a regra do art. 57 em comento, não sendo abarcado pelo termo “no que couber” do art. 116, *caput*, da Lei n. 8.666/1993.

Apesar do acima exposto, cabe destacar que nada impede que as partes determinem a utilização dos limites do art. 57 da Lei de Licitações e Contratos Administrativos como parâmetro, mas mesmo que não seja utilizado tal parâmetro, importa frisar que não se recomenda que sejam firmados ajustes administrativos com prazos indeterminados. Neste sentido, transcrevemos as palavras de Pedro Durão no livro *Convênios e Consórcios Públicos* (3.ed. Juruá Editora, 2012, p. 141):

Como se vê, é importante o registro do prazo nos ajustes, inclusive para patrocinar a satisfação do objeto colimado. Ademais, se os contratos administrativos estabelecem esses limites, por que os convênios não o teriam? Assim, entendemos ser prudente estabelecer o prazo máximo de cinco anos utilizado para os contratos administrativos, aplicando-se, no que couber, aos convênios administrativos.

A jurisprudência brasileira tem firmado entendimento similar para impedir ajustes administrativos com prazos indeterminados: qualquer violação do processo legislativo, pois a prorrogação do convênio por prazo de 5 anos observa legislação superveniente, vedando ajustes por prazo indeterminado [...]. De outro lado, o Poder Executivo para firmar convênios com entes jurídicos de direito público não mais está sujeito a autorização legislativa.

Assim sobre o tópico de vigência do Termo de Cooperação, que é recomendável que o prazo seja estipulado de acordo com o objeto do Termo de Cooperação Técnica, estando em conformidade com o plano de trabalho a ser realizado, de forma a garantir a satisfação do objeto colimado.

### **Minuta do Termo de Cooperação Técnica**

**Secretaria de Estado de Saúde**

**TERMO DE COOPERAÇÃO N. ....../20.....**

**TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA QUE  
ENTRE SI CELEBRAM A SECRETARIA DE  
ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO E  
A SECRETARIA DE ESTÁDIO DE  
EDUCAÇÃO DO RIO DE JANEIRO,  
VISANDO A IMPLANTAÇÃO DO PROJETO  
DE EDUCAÇÃO PERMANENTE**

**A SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**, com sede administrativa na ..... inscrita no CNPJ sob o n. ...., representada nesse ato pelo secretário de Estado de Saúde, portador da Carteira de Identidade n. .... SSP/....., CPF n. ...., residente e domiciliado em ....., e a **SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO**, com sede administrativa na ..... inscrita no CNPJ sob o n. ...., neste ato representada pelo Secretário da Educação, ...., brasileiro(a), portador(a) do CPF n. ...., resolvem celebrar o presente Termo de Cooperação Técnica, mediante as condições expressas nas cláusulas seguintes:

#### **CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

Constitui objeto do presente Termo o estabelecimento de princípios básicos de cooperação técnica que venham a ser desenvolvidos pelas partes, na área de avaliação,

para a capacitação dos servidores da área de saúde na prevenção da vida sedentária da população.

### **CLÁUSULA SEGUNDA – DAS ATRIBUIÇÕES**

Para a consecução do objeto estabelecido neste Termo de Cooperação, constituem atribuições:

#### **I – Compete à SES:**

- a) elaborar e supervisionar a metodologia de capacitação;
- b) supervisionar as atividades de planejamento e aprovar a operacionalização da capacitação;
- c) oferecer, à Secretaria da Educação, apoio para a análise e interpretação pedagógica dos resultados no período da capacitação;
- d) Equipar os locais de realização do curso de capacitação bem como equipamentos de informática necessários.

#### **II – Compete à SEEDUC:**

- a) desenvolver as atividades de planejamento e operacionalização na cessão e capacitação dos servidores atuantes da área de educação física de sob a supervisão da SES;
- b) definir e proceder às inscrições dos servidores da SES;
- c) implementar metodologia e procedimentos para execução da capacitação;

### **CLÁUSULA TERCEIRA – DO PLANO DE TRABALHO**

O presente Termo será acompanhado do respectivo Plano de Metas, que deverá seguir as disposições do art. 116 da Lei n. 8.666, de 1993, em sua vigente redação.

### **CLÁUSULA QUARTA – DOS RECURSOS**

A execução do presente Termo de Cooperação não implica em transferência de recursos financeiros entre as partes.

### **CLÁUSULA QUINTA – DA VIGÊNCIA E ALTERAÇÕES**

A vigência do presente instrumento iniciar-se-á na data de publicação de seu extrato no Diário Oficial da União e encerrar-se-á em 31 de dezembro de 2017, podendo ser alterado ou prorrogado mediante acordo prévio entre as partes, constituindo-se as alterações ajustadas em objeto de Termos Aditivos, que daquele serão parte integrante para todos os efeitos e direitos.

## **CLÁUSULA SEXTA – DA DENÚNCIA OU RESCISÃO**

O presente Termo de Cooperação poderá ser denunciado a qualquer tempo, unilateralmente, mediante comunicação por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, ou rescindido por acordo entre os partícipes, ou, ainda, por descumprimento das cláusulas e condições estabelecidas ou por superveniência de legislação que o torne inexequível, respondendo os mesmos pelas obrigações até então assumidas.

## **CLÁUSULA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO**

A publicação resumida do presente Termo de Cooperação será efetivada por extrato em Diário Oficial Do Estado do Rio de Janeiro, no prazo de 20 (vinte) dias a contar de sua assinatura.

## **CLÁUSULA OITAVA – DOS REPRESENTANTES**

Para acompanhamento e execução do presente Termo de Cooperação, as partes indicam....., como responsáveis, em suas respectivas esferas, pela realização de trabalhos dessa natureza.

E, por assim estarem devidamente justos e acordados, as partes, inicialmente nomeados, firmam o presente Termo de Cooperação, em 2 (duas) vias, de igual teor e forma, na presença de 2 (duas) testemunhas abaixo assinadas.

Rio de Janeiro, .... de ..... de 20.....

## **Referências**

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:  
[<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude.pdf>](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro. [Plano Estadual de Saúde \(PES\) 2012-2015](http://www.saude.rj.gov.br/estado/105-plano-estadual-de-saude1/13070-2012-2015.html), apreciado e aprovado em 18/05/2012 pelo CES deliberação n. 86 de 24/05/2012. Disponível em:  
[<http://www.saude.rj.gov.br/estado/105-plano-estadual-de-saude1/13070-2012-2015.html>](http://www.saude.rj.gov.br/estado/105-plano-estadual-de-saude1/13070-2012-2015.html).

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro. Programação Anual de Saúde de 2015. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/estado/729-programacao-anual-de-saude-pas/26479-2015.html>>.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro. Relatório Anual de Gestão 2014. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/estado/642-relatorios-anuais-de-gestao/28708-rag-2014-em-apreciacao-pelo-ces-rj-2.html>>.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão do Rio de Janeiro. Sistema de Legislação de Pessoal do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.silep.planejamento.rj.gov.br>>.