

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 ❄❄

PARANÁ

Anderson Ken Iti Higashiyama ❄❄
Andre Luiz Prado Carvalho
Antonio Domingues da Silveira
Evanilde da Silva Rizzieri
Eudes Cavallari Júnior
Leonardo Di Colli
Roberto Amatuzzi Franco
Willian Mól de Souza

Projeto de Intervenção – Paraná*

Anderson Ken Iti Higashiyama
Andre Luiz Prado Carvalho
Antonio Domingues da Silveira
Evanilde da Silva Rizzieri
Eudes Cavallari Júnior
Leonardo Di Colli
Roberto AmatuZZi Franco
Willian Mól de Souza

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios constitucionais a Universalidade, a Integralidade, a Equidade e a Participação Social, os quais sustentam toda sua conjuntura, a fim de atender a população com eficiência, efetividade e eficácia. Nesse sentido, cabe ao Estado, para atender à saúde, possuir estrutura organizada em redes de atenção, com sistemas de apoio assistenciais e terapêuticos amparados em apoio técnico das diferentes áreas e que realizam os serviços e ações fundamentados em preceitos legais para dar ao gestor segurança, com probidade administrativa a seus atos e aos de sua equipe. Assim, para formar pessoal capacitado e com conhecimento técnico-científico, muitos são os caminhos a serem percorridos, desde a inserção do profissional no serviço público até sua formação prática, teórica e de pós-graduação, e a todo o momento se faz necessário o aperfeiçoamento dos trabalhadores do SUS, a fim de qualificar o trabalho executado.

Perfil Demográfico e Socioeconômico do Estado do Paraná

Características

O Estado do Paraná situa-se na região Sul do Brasil. Faz divisa com os Estados de São Paulo, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul, fronteira com a Argentina e Paraguai e faz limite com o Oceano Atlântico. Ocupa uma área de 199.880km², com densidade demográfica de 55,02 hab./km² e conta com 399 municípios.

População

A população do Estado do Paraná em 2010 era de 10,4 milhões de habitantes, o que representa 5,5% da população brasileira.² Estima-se que, em 2016, a população do Estado do Paraná alcançará uma totalidade de 11.242.720 habitantes.²

* Tutor: Ivan Pricken de Bem e Examinadores: Luiz Carlos Pelizari Romero e Tereza Cristina Lins Amaral.

Produto Interno Bruto (PIB)

Segundo dados do Instituto Paranaense de Desenvolvimento (Iparde),³ a economia paranaense é a quarta maior do país e corresponde atualmente por 6,3% do PIB nacional. O Estado do Paraná é o maior produtor nacional de grãos, apresentando vasta diversidade em sua pauta agrícola. O PIB do Paraná, em 2013, chegou a R\$ 332,8 bilhões, posicionando o Estado na 4ª colocação entre as maiores economias do Brasil, representando 6,3% do total de todas as riquezas geradas no país naquele ano.

Tabela 1. Taxas de Crescimento do Produto Interno bruto – 2010-2015

Unidade Política	Taxa de Crescimento (%)					
	2010	2011	2012	2013	2014	1º Sem./2015
Brasil	7,6	0,9	1,8	2,7	0,1	-2,1
Paraná	10,1	5,7	1,3	4,6	0,8	-1,2

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Iparde.

A análise da tabela 1 permite observar estagnação setorial no ano de 2015, o que pode levar à retração econômica no Estado. O Paraná não deixou de sofrer consequências nos últimos anos em seu setor produtivo, no mercado de trabalho e na demanda doméstica, cujo crescimento em seu PIB foi de apenas 0,8% em 2014, decrescendo 1,2% no primeiro semestre 2015.³

Renda Per Capita

O Estado do Paraná registrou renda *per capita* de R\$24,2 mil em 2012, superior à referência do Brasil que foi de R\$22,6 mil. Ao longo dos anos, a renda domiciliar *per capita* no Paraná cresceu de R\$ 340,39 em 1991 para R\$ 1.210 em 2014, conforme mostra a tabela 2.

Tabela 2. Renda média domiciliar *per capita* por ano no Estado do Paraná em reais

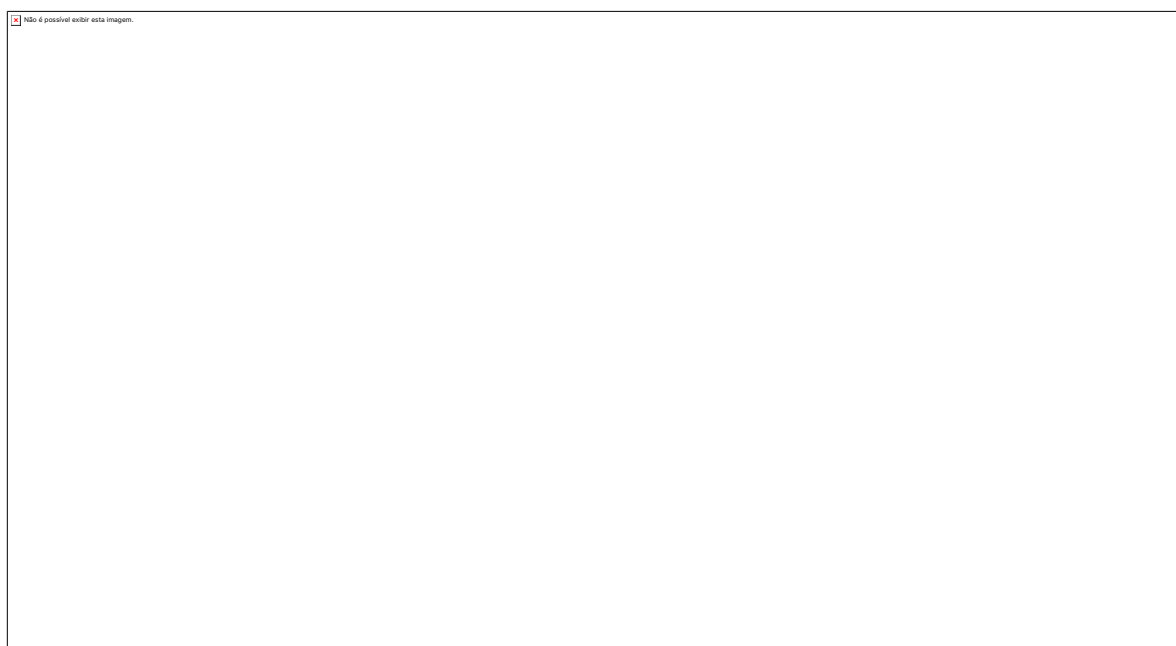
Ano	1991	2000	2010	2014
Renda Média Per capita	340,39	633,82	870,59	1.210

Fonte: IBGE

Turismo

No turismo, o Paraná é dividido em 10 regiões diferentes. Suas belezas naturais são inigualáveis, com grandes reservas da Mata Atlântica preservadas, rios, cachoeiras e todas as riquezas que seu solo cultiva, formando riquíssimo acervo histórico e cultural com diferentes alternativas de lazer e gastronomia. Uma das belezas naturais do Paraná são as Cataratas do Iguaçu, que consiste em um conjunto de mais de duas centenas de quedas d'água, considerada o principal cartão postal do estado e, recentemente, uma das sete maravilhas naturais do mundo.⁴

Figura 1. Cataratas de Foz do Iguaçu/PR



Fonte: SETU- PR.

IDHM e Taxa de Analfabetismo

Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2000, o Paraná obteve o índice de 0,650, alcançando o 6º lugar no *ranking* da federação. Em 2010 esse índice saltou para 0,749, e se tornou um dos mais fortes do país. Quanto à taxa analfabetismo, percebe-se um decréscimo no Estado do Paraná, cujo índice de 14,2 em 1991 passou para 6,1 em 2010 (tabela 3).

Tabela 3. Taxa de Analfabetismo em maiores de 15 anos no Estado do Paraná em percentual

Ano	1991	2000	2010
Taxa de analfabetismo em maiores de 15 anos	14,2	8,9	6,1

Fonte: IBGE

Desocupação

Segundo o IBGE,² no segundo trimestre de 2015, o Paraná apresentou taxa de desocupação de apenas 6,2%. Este índice coloca o Estado como a quarta Unidade da Federação, com a menor taxa de desemprego no país, ficando à frente de São Paulo e Rio de Janeiro. De acordo com o levantamento, a média nacional foi de 8,3%, a maior desde que o levantamento passou a ser feito em 2012.

Perfil Epidemiológico

A Mortalidade Materna é um indicador de saúde sensível às condições de vida e saúde da população. De acordo com o Termo de Adesão aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, o Brasil assumiu um compromisso de reduzir a mortalidade materna em 35 para cada 100.000 nascidos vivos até ano de 2015, mas, como demonstrado na tabela 4, ainda não alcançou esse índice.⁵

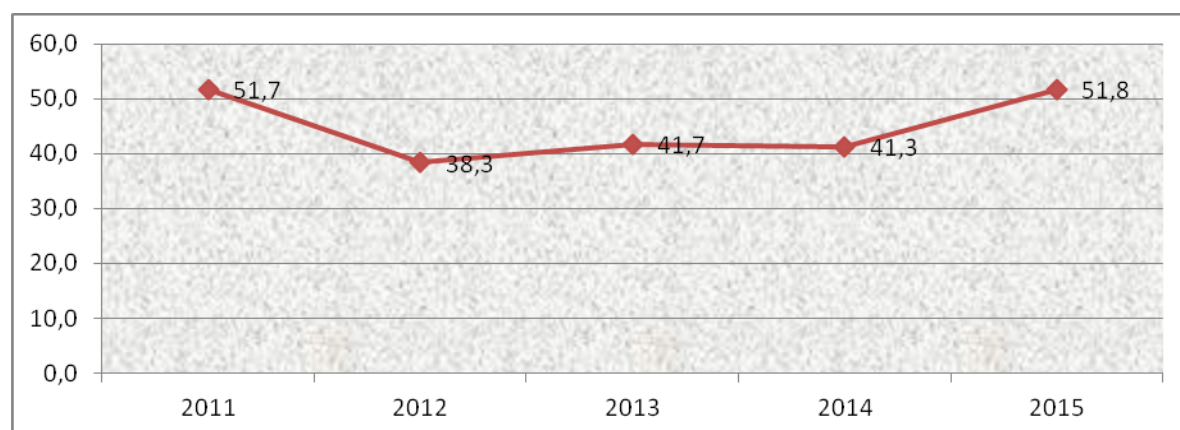
Tabela 4. Razão de Mortalidade Materna nos Estados da Região Sul e do Brasil, no período de 2011 a 2014

Região/Unidade da Federação	2011	2012	2013	2014
Região Sul	44,4	47,9	34,9	37,6
Paraná	51,7	38,3	41,7	41,3
Santa Catarina	25,1	36	28,9	25,7
Rio Grande do Sul	48,6	66,2	31,1	41,2
BRASIL	55,3	54,5	58	58,4

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (MS/SVS).

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) do Paraná está abaixo da média do Brasil. Entre os anos de 2011 a 2014, um exemplo é que, em 2014, era de 41,3 enquanto no país foi de 58,4. Quando comparada a RMM da região Sul, verifica-se que o Estado está acima da média, com exceção de 2012, que teve uma razão de 38,3. Na série histórica demonstrada no gráfico 1 da RMM do Paraná, houve decréscimo considerável de 2011 para 2012 (51,7 para 38,3), e, nos anos seguintes, uma tendência de aumento, com vista que no ano de 2015 um aumento expressivo para 51,8 (dados preliminares).

Gráfico 1. Razão de Mortalidade Materna no Estado do Paraná, de 2011 a 2015



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde/Cepi/Divisão de Informações Epidemiológicas (SESA/Cepi/DVIEP), atualizado 15/9/2016.

Outro indicador sensível às condições de vida e saúde é o de mortalidade infantil, a qual mensura o risco de morte no primeiro ano de vida. No Brasil, consoante tabela 5, apresentou Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) de 12,9 óbitos em menores de 1 ano/1.000 Nascidos Vivos (NV) em 2014, e, no Paraná, neste mesmo ano a TMI foi de 10,9 óbitos/1.000 NV.

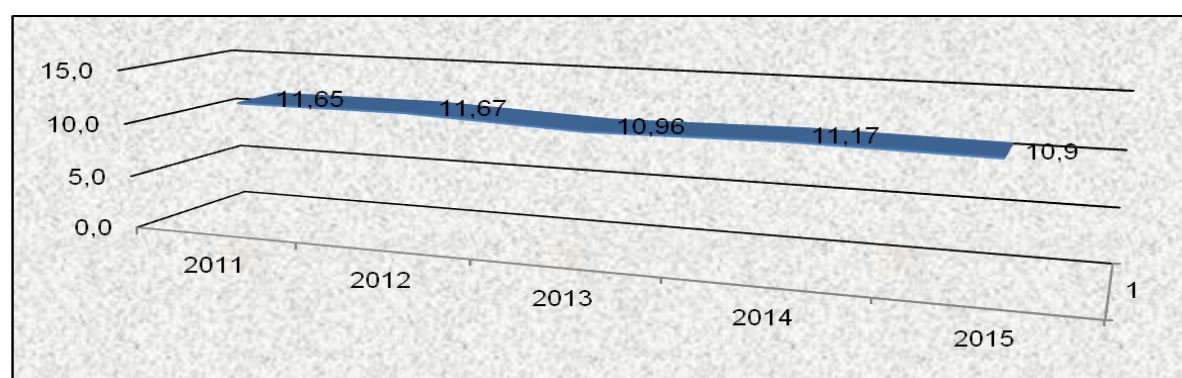
Tabela 5. Taxa de Mortalidade Infantil no Brasil, e Região Sul, no período de 2011 a 2014

Região/Unidade da Federação	2011	2012	2013	2014
Região Sul	11,6	11,1	10,7	10,7
Paraná	11,6	11,7	10,9	11,2
Santa Catarina	11,8	10,6	10,4	10,1
Rio Grande do Sul	11,5	10,8	10,6	10,7
BRASIL	13,6	13,4	13,4	12,9

Fonte: MS/SVS.

Na tabela 5, no período de 2011 a 2014, o Paraná apresenta o maior índice de TMI entre os estados do Sul, a exemplo do ano de 2014, em que a região sul teve 10,7 e o Paraná, 11,2 de TMI. No gráfico 2, a TMI do Paraná, no período de 2011 a 2015, esteve com 11,6 em 2012, ano de maior taxa dos últimos 5 anos, e 10,9 no ano de 2015 (dados preliminares). Taxas estas vistas com um grande desafio para a redução, pois, à medida que a taxa diminui, identifica-se que as causas se tornam mais difíceis de redutibilidade, em vista da complexidade do cenário epidemiológico, seja pelos determinantes ou pela necessidade de tecnologia mais avançada.

Gráfico 2. Taxa de Mortalidade Infantil no Estado do Paraná, de 2011 a 2015



Fonte: SESA/Cepi/DVIEP, atualizado 13/9/2016.

Com relação à cobertura vacinal global do Estado do Paraná, quando comparado à região Sul e ao Brasil, o Paraná apresenta melhor cobertura vacinal, a exemplo de ano de maior cobertura (2013) que foi de 69,42, enquanto na região Sul foi de 60,03 e no Brasil foi de 55,64. Em sua média de cobertura vacinal, o Paraná oscila entre 47,12 no pior ano (2012) e 55,39 no melhor ano (2011).

Tabela 6. Cobertura Vacinal do Estado do Paraná, no período de 2011 a 2014

Unidade da Federação	2011	2012	2013	2014
REGIÃO SUL	52,75	47,06	60,03	48,43
Paraná	55,39	47,12	69,42	53,63
Santa Catarina	64,16	59,39	57,97	48,81
Rio Grande do Sul	38,71	34,68	52,72	42,86
BRASIL	47,74	42,05	55,64	47,7

Fonte: MS

Quanto às causas de morte no Estado do Paraná, conforme apresenta a Tabela 7, ao longo dos cinco anos, a primeira causa de morte é a de doenças por aparelho circulatório, seguidas da neoplasia, causas externas e doenças do aparelho respiratório, que somadas no ano de 2014 constituem em 71,79% das mortes em todo o Estado.

Tabela 7. Principais grupos de causas de morte por ano no Estado do Paraná

Capítulo CID-10	2010	2011	2012	2013	2014
IX. Doenças do aparelho circulatório	19669	20147	19645	20104	20075
II. Neoplasias (tumores)	11930	12157	12515	12806	12856
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	9535	9376	9832	8935	8912
X. Doenças do aparelho respiratório	6894	7479	7156	7944	7939
Outras	18941	19439	19489	20141	19566
Total	66969	68598	68637	69930	69348

Fonte: Ministério da Saúde.

A principal causa de internação no Estado do Paraná no período de 2011 a 2015 foi a gravidez, parto e puerpério, seguida das doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho circulatório e causas externas (Tabela 8).

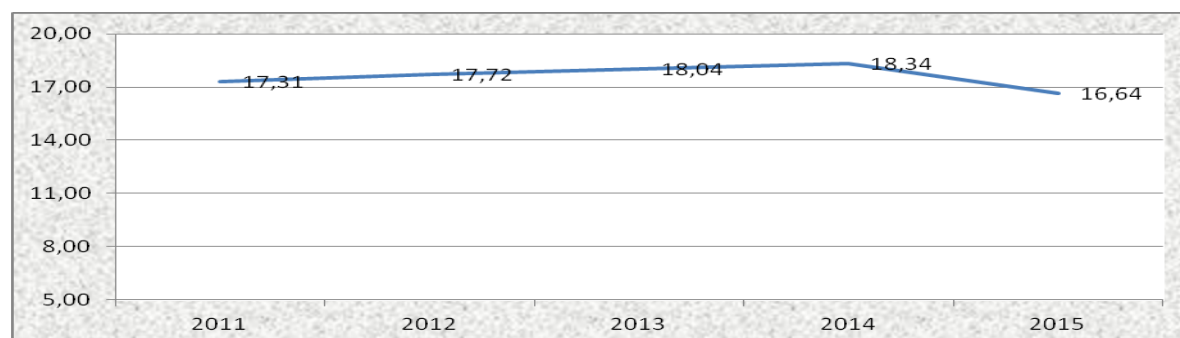
Tabela 8. Principais causas de internações no Estado do Paraná, no período de 2011 a 2015

Capítulo CID-10	2011	2012	2013	2014	2015
XV. Gravidez parto e puerpério	112801	114957	118643	122051	116937
X. Doenças do aparelho respiratório	116748	113011	110940	101776	93353
IX. Doenças do aparelho circulatório	96595	96288	94648	94348	89910
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	72777	76739	78094	79774	73683
XI. Doenças do aparelho digestivo	64146	68806	66399	66882	67705
II. Neoplasias (tumores)	49512	53550	55245	58525	57253
Outras	240087	238635	227927	226135	216176
Total	752666	761986	751896	749491	715017

Fonte: MS/Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), acesso em 15/9/2016

Verifica-se que a taxa de internação por infarto agudo do miocárdio apresentou acréscimos nos anos de 2011 a 2014, de 17,31 para 18,34, e no ano de 2015 uma acentuada queda, como demonstrado no gráfico 3. Como visto na tabela 8, uma das principais de internação é por doenças do aparelho circulatório e o IAM contribui consideravelmente para esta taxa, tendo em vista ser uma das principais causas entre os internamentos pelo aparelho circulatório.

Gráfico 3. Taxa de internação por infarto agudo do miocárdio no Estado do Paraná, no período de 2011 a 2015



Fonte: Ministério da Saúde, acesso 14/09/2016.

Quantitativo de servidores na área de Saúde do Estado do Paraná

A força de trabalho na área da Secretaria da Saúde (Sesa) do Estado do Paraná, de acordo com Plano Plurianual 2016-2019,⁶ contava em janeiro de 2016 com a existência de 8.775 servidores efetivos assim distribuídos:

- 2.553 servidores com formação de nível fundamental;
- 3.226 servidores com escolaridade de ensino médio;
- 2.996 servidores com escolaridade de nível superior.

Quanto ao gênero, 5.773 servidores eram do gênero feminino e 3.002 servidores do gênero masculino. Os 8.775 servidores do quadro atual estão distribuídos em percentuais, sendo 32% nas 22 regionais de Saúde, 55% nos 20 hospitais próprios e 13% na sede Secretaria e órgãos de apoio.

Em relação à faixa etária, do contingente de 8.775 servidores, 4.057 estão na faixa entre 50 e 71 anos de idade (46,2%) e, deste total, 2.221 servidores possuem entre 30 e 48 anos de serviço (23,3%) e em condições próximas de requerer a aposentadoria. Isso demonstra a urgente necessidade de renovação do quadro próprio da saúde com a implementação de novo concurso em 2016 para oferecer condições mínimas de atendimento à população do Paraná de forma eficaz, tornando-se imprescindível realizar investimentos na qualificação e multiplicação de conhecimento para os servidores, a fim de manter a qualidade da saúde ofertada aos usuários do SUS.

Educação Permanente em Saúde e Problema a ser enfrentado

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma política que visa à formação de profissionais de saúde e que está em construção. A EPS deve ser executada no ambiente de trabalho de forma a promover atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Apresenta entre seus objetivos a alteração no processo de trabalho na saúde e a participação de diversos atores (trabalhadores, usuários, prestadores, gestores, instituições de ensino, entre outros) contribuindo, assim, para o controle social e a mudança do modelo privatista e hospitalocêntrico,

centrado na doença, por outro focado na prevenção e promoção da saúde. Conforme descrito por Ceccim:⁷

A Educação Permanente insere-se como alternativa de transformação do trabalho na área da saúde, aderindo a novas atividades com a atuação crítica, reflexiva, compromissada e tecnicamente eficiente. Todavia, para que isto ocorra efetivamente, torna-se necessário descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica entre os trabalhadores, gestores e serviços, possibilitando também a participação social.

Entre as principais justificativas para implantação da EPS destacam-se que a EPS: é indicada à crescente demanda para atender as necessidades da população e dos trabalhadores; se constrói a partir do trabalho e dentro da própria instituição, o que condiciona resultados mais efetivos comparado ao modelo de formação tradicional, em que poucos funcionários se qualificam individualmente e neles se concentram o saber; conduz ao aprendizado coletivo, de forma reflexiva e busca por soluções que surgem dos próprios trabalhadores. Ainda, proporciona a participação de outros atores, como, por exemplo, as instituições de ensino que possibilitam a aplicação do saber científico associado à prática, de forma a produzir ciência e democratizar este saber a outros campos de trabalho e de estudos. Não menos importante, é o conhecer popular, de forma que a gestão e as universidades tenham no controle social a parceria para o desenvolvimento da EPS. “A introdução ou a modificação de uma prática organizativa nos serviços de saúde implica trabalhar não apenas o desenvolvimento de novas habilidades específicas, mas, sobretudo, os contextos que mantêm e alimentam as práticas anteriores”.⁸

Compreende-se que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde tem como objeto, a transformação o processo de trabalho, que envolve a produção do cuidado, possibilitando que o trabalhador durante o processo de ensino-aprendizagem, recrie as suas práticas de forma a melhorar a qualidade dos serviços. Permite aos atores deste processo, refletir sobre o que ocorre e o que precisa ser mudado no serviço. O contexto da EPS valoriza o processo de trabalho, como centro privilegiado da aprendizagem, tomando-o ao mesmo tempo, como objeto de investigação e transformação, colocando o sujeito em processo de autoanálise e autogestão.⁹

Nesse sentido, essa proposta fundamenta-se na concepção problematizadora, que procura assegurar a reflexão articulada à ação, buscando a integração serviço-comunidade, considerando o conhecimento prévio (de vida e profissional) dos educandos, que relacionam aos aspectos teóricos, explicam uma visão crítico-reflexiva. Parte-se da realidade do cotidiano de trabalho, na qual estimula a aplicação das ações de competência dos profissionais da área de saúde, com vistas à reorganização dos serviços e melhoria da qualidade da assistência prestada à população.¹⁰

A viabilidade da EPS condiz com a dualidade do conhecimento que, em um mundo de mudanças rápidas, o mais importante não são os conhecimentos ou ideias, nem os comportamentos corretos e fáceis. O que se valoriza é o aumento da capacidade do educando, participante e agente

da transformação social para detectar os problemas reais e buscar a eles soluções originais e criativas. Destaca que a EPS reconhece o sujeito como agente ativo de seu próprio conhecimento.¹⁰

A didática, na concepção problematizadora, deve enfatizar a importância de que o sujeito observe a sua realidade física ou social, possibilitando-o ter uma visão global do problema evidenciado, para que identifique os pontos-chave (centrais ou medulares) do problema em questão. Essa segunda etapa configura-se, na construção da estrutura do problema, pois possibilita ao educando uma análise reflexiva acerca dele, identificando suas causas e determinantes. Segue-se a etapa da teorização que busca os conhecimentos necessários para o esclarecimento do problema a partir de leituras, pesquisas, estudos, filmes, enfim, diversos recursos didático-pedagógicos. Em seguida, os educandos criam as hipóteses de solução para o problema que, por meio da confrontação com a prática, permitirá a aplicação desta a uma nova realidade, possibilitando a transformação crítica.¹⁰

E, assim, este projeto de intervenção deu-se pela importância e expectativa dos resultados da EPS, de todo o grupo atuar nos serviços de saúde do Estado, e, principalmente, pelo problema eleito no trabalho, que é a necessidade de construir um Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde no Estado do Paraná, a fim de orientar e planejar as capacitações dos profissionais de saúde pertencentes ao quadro da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (Sesa.PR). Sabedores que o plano de educação permanente em Saúde é o instrumento central de planejamento para definição e implementação das prioridades no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS, para o período de quatro anos, que refletirá as necessidades de educação permanente em saúde dos trabalhadores do SUS e as peculiaridades próprias de cada esfera, explicitará os compromissos do governo para esse setor e configurar-se-á em base para execução, acompanhamento e avaliação das políticas públicas propostas.

Objetivos

Objetivo Geral

- Realizar oficinas sobre EPS, a fim de qualificar o corpo técnico da Sesa.PR, com o intuito de construir uma política de específica de EPS do Paraná.

Objetivos Específicos

- Mobilizar servidores de diversas áreas da Sesa.PR na construção do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde.

Metodologia

A primeira etapa do projeto de intervenção iniciou-se com o levantamento dos problemas do Estado do Paraná e levantamentos de dados socioeconômicos e epidemiológicos. Nesse sentido, foi definido o problema prioritário a seguir:

Quadro 1. Matriz de Problemas-2015

Problemas	Prioridade
Ausência de uma estratégia de Política de Educação Permanente em Saúde no Estado do Paraná	1º
Ações judiciais na saúde	2º
Falta de periodicidade de cursos, oficinas e mostras de experiências para capacitação dos servidores.	3º
Falta de participação de todos os profissionais de saúde em capacitações	4º
Desconhecimento em Direito Sanitário	5º

Fonte: Levantamento dos autores

Os problemas constante no quadro 1 foram elencados pelo grupo de estudo deste projeto de intervenção por meio da observação direta no cotidiano de trabalho de cada profissional da equipe. Destaca-se que o grupo é composto por profissionais de diferentes setores da SES.PR e que chegaram ao consenso para viabilizar a construção de uma Política Estadual de Educação Permanente. Esta construção se dará na Sesa.PR, Regionais de Saúde e Escola de Saúde Pública, entidade esta pertencente à Sesa e que possui habilitação na certificação dos cursos ofertados.

Propostas das Oficinas

No primeiro momento será realizada reunião para definir o Grupo da EPS no Estado, o qual deverá ser formado por profissionais da Escola de Saúde Pública do Paraná e profissionais das regionais. Este grupo terá como objetivo encaminhar o planejamento desta proposta por meio de oficinas. As oficinas serão realizadas seguindo metodologias da EPS.

Dinâmica das Oficinas

As oficinas serão compostas por atividades com fundamentação teórica, com os temas Educação Permanente em Saúde e Planejamento. Para abordagem desses temas, utilizar-se-á de textos e do conhecimento prévio dos participantes e, de recursos audiovisuais, de dinâmica de grupos, dramatização, de rodas de conversas de forma a inserir cada sujeito no processo de estudo.

As oficinas serão realizadas em sedes das quatro macrorregionais de saúde e terão como participantes representantes do Controle Social, das Universidades Públicas e Privadas, membros do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde (COSEMs) Paraná e servidores das Regionais de Saúde.

Carga Horária

Cada oficina terá carga horária inicial de 8 horas presenciais, com um total de duas oficinas em cada macrorregional, totalizando-se 8 oficinas e uma final na sede da Sesa, em Curitiba.

Material Didático

Para realização das oficinas, serão utilizados textos impressos, a fim de apoiar e facilitar a busca de propostas que irão compor este documento.

Programação

Quadro 2 – Roteiro pedagógico das oficinas para elaboração do Plano de EPS no Estado do Paraná.

OFICINAS	TEMAS
OFICINA I 8 HORAS	1. Educação Permanente em Saúde. Contexto histórico, fundamentação Legal, Metodologias ativas e Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
	2. Elaboração da estrutura do Plano de Educação Permanente em Saúde do Estado do Paraná por todos os participantes.
	3. Divisão por grupo e consolidação da estrutura ao final do período
	4. Trabalho de dispersão
OFICINA II 8 HORAS	1. Apresentação dos Planos de Ação Regionais de EPS aprovados nas respectivas Comissões Intergestores Regionais; 2. Síntese dos Planos de Ação Regionais que irão compor o Plano Estadual de EPS.
OFICINA II 8 HORAS	1. Leitura do plano pré formatado e plenária final.

Fonte: Elaborado pelos autores

Instituições provedoras das ações de educação permanente

A partir de 2011, a gestão estadual promoveu a integração entre a Escola de Saúde Pública do Estado do Paraná (ESPP) e do Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha (CFRH), tornando-se a única estrutura de funcionamento e única direção, cujo objetivo é potencializar o desenvolvimento das ações de formação e qualificação profissional para o SUS na perspectiva de construção das Redes de Atenção à Saúde, do fortalecimento das políticas de Atenção Primária à Saúde, de Vigilância em Saúde e da capacidade gestora do sistema em todos os níveis de gestão. Dessa forma, passou-se a articular mais diretamente com as superintendências,

diretorias, áreas técnicas e regionais de saúde da Sesa.PR, com os municípios e controle social do SUS, buscando a construção de projetos educacionais e itinerários formativos mais adequados às necessidades de saúde da população paranaense.

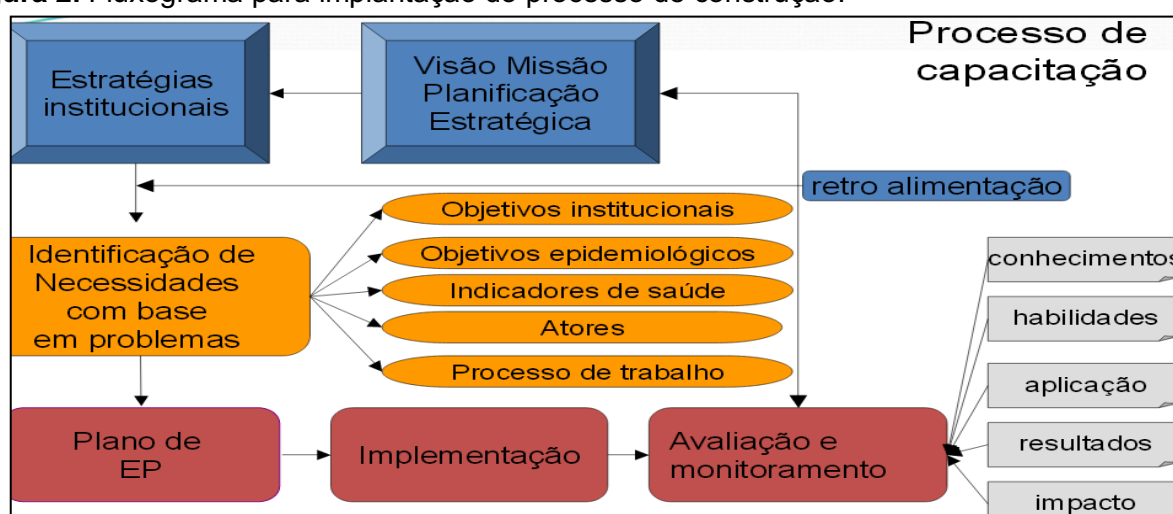
No Plano Estadual de Saúde 2012-2015,¹¹ uma das ações da ESPP, dentro da perspectiva da educação permanente, é a implantação do programa de educação permanente do SUS. E, partindo desta ação proposta contemplada no plano e do problema elencado pelos integrantes do grupo de especializandos, descrito neste trabalho, elencou a ESPP como a instituição provedora das ações de educação permanente, tendo em vista sua história na realização de cursos e sua capacidade certificadora.

A princípio o grupo elencou o problema, definiu seus objetivos e elegeu a ESPP, por se tratar de uma instituição que tem como missão contribuir para a consolidação do SUS, por meio do desenvolvimento da política estadual de formação e de educação permanente em saúde, constituindo-se em espaço de reflexão, aprendizagem e pesquisa, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados a todos os cidadãos paranaenses.

Monitoramento e avaliação

Um dos principais objetivos do monitoramento e da avaliação é identificar os efeitos das ações desenvolvidas. Para tanto, é preciso elencar indicadores que vão demonstrar o alcance de tais objetivos/metabolismos.¹² Uma vez ocorrido todo o processo, identificação do problema, definição de propostas de ação, divisão de responsabilidades para tais ações, busca de parceria e financiamento, o próximo passo é monitorar toda a ação, para verificar a evolução e as dificuldades do processo e como meio de prestação de contas.

Figura 2. Fluxograma para implantação do processo de construção.



Fonte: Departamento de Gestão da Educação na Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde/MS (DEGES/SGTES/MS), 2009

I. Indicadores de conhecimento sobre o projeto

- Os integrantes da Comissão Organizadora conhecem os objetivos do projeto.
- Os integrantes da Comissão Organizadora entendem a estrutura do projeto.
- Os integrantes da Comissão Organizadora conhecem a atuação do projeto no Estado.
- Os integrantes da Comissão Organizadora conhecem o enfoque participativo de trabalho em grupo.

II. Indicadores de habilidades

- Todos os integrantes da Comissão Organizadora participaram do desenvolvimento dos processos de aplicação.
- Todos os membros da Comissão Organizadora contribuem para o atingimento das metas da equipe.
- Todos os membros da Comissão Organizadora encorajam e solicitam a participação de todos.
- Todos os membros da Comissão Organizadora ajudaram a discutir abertamente conflitos e ajudaram a resolvê-los ativamente.

III. Indicadores de Aplicação

- Todas as nove oficinas foram realizadas.
- Houve a participação de todas as 22 Regionais de Saúde.
- O resultado do produto de dispersão estava compatível com o solicitado.

IV. Indicadores de resultado

- Houve a produção e publicação do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado do Paraná.

V. Indicadores de impacto

- Maior visibilidade política de EPS no estado.
- Melhora dos números dos principais indicadores de saúde no estado.

Na implementação de políticas públicas, há muitas variáveis a considerar, tais como a educação e o conhecimento dos gestores sobre as políticas a serem praticadas, a sua governabilidade, o que se espera e a mensuração de resultados. Segundo Quartiero,¹³ “as chamadas mudanças tecnológicas e organizacionais então implantadas no mundo do trabalho trazem uma nova realidade”. As mudanças obrigam os responsáveis pelas gestões dos processos, a serem mais eficazes e terem uma visão sistêmica, criando cenários e trabalhando os mesmos para ter uma eficácia maior nos resultados.

A inovação dos instrumentos de gestão proporcionada pelas novas tecnologias da informação e comunicação atingiu a esfera de governo nas três instâncias. De acordo com Reis,¹⁴ “O uso das novas tecnologias pelos governos constitui o que se chama de e-governo ou governo eletrônico”. Entre as necessidades básicas das políticas públicas, a característica principal é o monitoramento e

a avaliação. Existem diversos sistemas de monitoramento, cada qual com características próprias. Barbosa¹⁵ cita:

Para que se atinja um bom desempenho do monitoramento do projeto, é necessário que este seja planejado, definindo previamente os indicadores a serem usados, quais os dados e informações que deverão ser coletados, além da fonte da informação, a fim de não se coletarem informações irrelevantes para o bom desempenho do projeto e que não serão utilizadas. Isso se traduziria em um desperdício de recursos.

Entre os inúmeros métodos de monitoramento e avaliação, possivelmente o método de Planejamento de projetos orientado por objetivos (ZOOP), seja o mais adequado instrumento escolhido para acompanhamento de avaliação das diversas etapas deste projeto de intervenção. De acordo com Peres,¹⁶ o método ZOOP é um modelo adotado pela agência alemã de cooperação técnica e, na década de 1980, por instituições internacionais como banco mundial e comissão europeia. O método tem como finalidade:

- Permitir visão clara dos objetivos do projeto com uma perspectiva de longo prazo;
- Melhorar a comunicação e cooperação entre as partes interessadas no projeto, por meio de um planejamento conjunto, utilizando documentos precisos e com definições claras;
- Definir a área de responsabilidade da equipe do projeto;
- Estabelecer indicadores de monitoramento e avaliação do projeto.

O Zoop utiliza 3 princípios básicos:

1. Consenso entre as partes interessadas em função dos objetivos formulados claramente.
2. Foco na causa raiz dos problemas, analisando suas causas e efeitos e, formulando objetivos factíveis e efetivos.
3. Participação de pessoas, grupos e instituições afetadas no planejamento.

Como consequência o projeto será beneficiado por:

- Maior envolvimento de todos com as ações planejadas;
- Maior comprometimento de cada membro com os resultados projetados;
- Desejo comum de mudanças orientado pelos objetivos definidos;
- Desenvolvimento de projetos mais consistentes e mais transparentes;
- Definição de objetivos claros e realistas com base na análise de problemas que reflita situação atual;
- Definição de indicadores objetivamente comprováveis para acompanhar e avaliar as ações e resultados e os objetivos previstos;
- Melhoraria na comunicação, integração e cooperação entre as instituições parceiras, grupos e pessoas envolvidas;
- Integração entre os diferentes níveis dos parceiros;
- Definição das responsabilidades e deveres de todos os parceiros;
- Maior probabilidade de êxito do plano;

- Aumento das garantias de sustentabilidade dos efeitos das ações realizadas.

O processo metodológico do Zoop compreende diversas fases, representadas por:

- Planejamento;
- Monitoramento e avaliação (implementação das ações);
- Informe de avanço (com acompanhamento das ações passo a passo);
- Controle do Avanço (avaliação dos resultados com os respectivos ajustes, necessários para manter o rumo do projeto).

Quadro 3. Matriz Analítica sequencial para implantação de Projeto

Passos da Análise	Matriz de planificação do Projeto
Analisar problemas	Objetivos, resultados e atividades.
Analisar interessados	Premissas
Analisar objetivo	Indicadores
Analisar alternativas	Fontes de medição

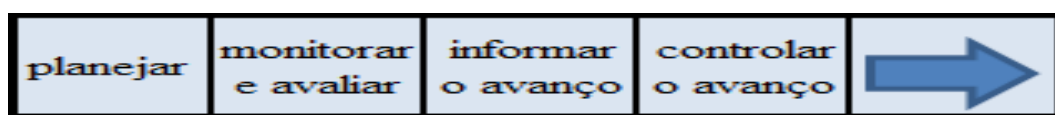
Fonte: www.nescon.medicina.ufmg.br

A análise do projeto é a primeira etapa e deve ser dedicada à elaboração do plano, que vai criar a segunda etapa, que é a matriz do projeto (quadro 3). Devem ser relacionadas, interligadas e ter como prioridade a execução dos procedimentos, buscando eficácia e atingindo os objetivos esperados.

Plano do projeto (Matriz)

A segunda etapa do processo de planejamento refere-se à concepção do plano do projeto, criando-se um documento chamado MPP (Matriz do Plano do Projeto), que representa o documento central do projeto, o qual possui a estratégia do projeto, o objetivo global ou estratégico, o objetivo do projeto, os resultados esperados (correspondentes aos objetivos específicos) e as atividades ou ações, que são os meios para atingir os resultados. Além disso, traz ainda os indicadores de impacto, também chamados de indicadores de benefício ou de resultados e que servem para medir os benefícios ou impactos desejáveis do projeto; as fontes de verificação, que representam os documentos, onde são encontrados os dados para avaliação, processados pelos indicadores e as premissas, além da apresentação sucinta dos custos e insumos do projeto.

Figura 3. Fase de execução do projeto (implementação das ações)



Fonte: www.nescon.medicina.ufmg.br

Às etapas de planejamento e concepção do projeto segue-se a da execução que é a implementação das ações, com o consequente planejamento da operacionalização das etapas. Nesta etapa, com base na MPP, são detalhadas as subatividades, tarefas e rotinas a partir das atividades descritas. Também são identificadas as metas (também chamadas de indicadores de processo) para cada uma, com a descrição dos responsáveis e executores, o cronograma de realização das atividades, subatividades e tarefas e, premissas (ou suposições) importantes para que o nível dos resultados seja alcançado. Nessa etapa, são definidos ainda, quanto aos recursos humanos, materiais e financeiros, necessários para a operacionalização do projeto. Ainda na fase de implementação do projeto, outras análises podem ser necessárias, de acordo com o tipo de projeto, que está trabalhando e, além disso, é elaborado o planejamento para averiguação do projeto.

Monitoramento e Avaliação do Projeto

O monitoramento e a avaliação do projeto não se realizam apenas uma vez do decorrer do ciclo de vida do projeto. Os resultados e demais objetivos do projeto devem ser cuidadosamente monitorados, de acordo com o plano preestabelecido. A partir do monitoramento e do informe de avanço, são avaliados os desvios encontrados e, posteriormente, são realizados os ajustes por meio da adoção de medidas corretivas, representadas por ações que são incorporadas ao plano original e devidamente controladas. Dentro do princípio do enfoque participativo, é montada e estruturada a organização interna do projeto, sua relação com o ambiente externo e interno, suas ingerências e a formação de um Comitê Gestor participativo, além de se elaborarem as descrições individuais de tarefas a serem executadas pelos parceiros.

Recursos

Para a implantação de uma política pública de educação permanente efetiva, faz-se necessária a mobilização de uma equipe de servidores, para realizar as orientações necessárias e acompanhar a evolução do projeto, bem como solucionar possíveis contratemplos. Ainda, serão necessárias passagens aéreas para o deslocamento dos instrutores, diárias e material de consumo, como discriminado a seguir.

Recursos Humanos

Para a execução do projeto, inicialmente, a equipe será formada por um coordenador, para nortear o grupo e centralizar as decisões, um avaliador, para verificar o andamento do projeto, se há conformidades com o proposto, se não, sugerir mudanças, a fim de alcançar o objetivo do projeto, e instrutores, para sanar eventuais dúvidas das regionais e realizar visitas técnicas para realização de oficinas, bem como apoiar as regionais, para a construção do Plano de Educação Permanente em Saúde, descritas as funções com as devidas remunerações (tabela 9). Ainda será necessário contar com o apoio técnico de servidores da ESPP. Ressalta-se que, conforme o plano de ação for se fortalecendo, pode haver a necessidade de inclusão de novos servidores à equipe inicialmente definida.

Tabela 9. Funções × remuneração × custo.

Recursos Humanos			
Função	Remuneração	Período (12 meses)	Subtotal
Coordenador (1)	R\$ 55,00	40h/mês	R\$ 26.400,00
Avaliador (1)	R\$ 55,00	40h/mês	R\$ 26.400,00
Instrutores (6)	R\$ 75,00	32h/mês	R\$ 172.800,00
Apoio técnico (2)	R\$ 50,00	40h/mês	R\$ 48.000,00
Total Geral			R\$ 273.600,00

Fonte: Elaborado pelos autores

Materiais

Há custos de logística e infraestrutura para adequar, conforme especificado na tabela 10, gerando diversas despesas, de matérias de consumo e de serviço. As passagens são aéreas e rodoviárias, pois alguns polos regionais não contam com aeroportos para passageiros, somente com rodoviárias e também levando em consideração a distância a ser percorrida.

Tabela 10. Recursos materiais necessários para Projeto do curso de EPS

Recursos Materiais			
Item	Quantidade	Valor Unitário (R\$)	Subtotal (R\$)
Resma de Papel	3	18,68	56,04
Passagem rodoviária CWB-PGZ-CWB	4	70,00	280,00
Passagem rodoviária CWB-GPB-CWB	4	153,00	612,00
Passagem aérea CWB-IGU-CWB	4	783,00	3.132,00
Passagem aérea CWB-MGF-CWB	4	563,00	2.252,00
Passagem aérea CWB-LDB-CWB	4	956,00	3.824,00
Diárias	48	180,00	8.640,00
Notebook	2	2.500,00	5.000,00
Material Gráfico	1800	1,83	3.294,00
Coffe Break	12	343,50	4.121,96
Total Geral			31.212,00

Fonte: Elaborado pelos autores

Cronograma Físico-Financeiro

Os custos iniciais do projeto, que durará um ano, terão um dispêndio anual de R\$ 31.212,00 de gasto com material de consumo, e um valor total de R\$ 273.600,00 com recursos humanos, o que totaliza uma necessidade total de R\$ 304.812,00 anual. Há média estipulada mensalmente, porém pode oscilar, para mais ou para menos decorrente de necessidades que possam surgir em qualquer das fases do projeto.

Tabela 11. Cronograma de custos estimados por mês e ano

Cronograma Físico-Financeiro para EPS			
Meses	Recursos Humanos	Recursos Materiais	Total
1	R\$ 22.800,00	R\$ 2.601,00	R\$ 25.401,00
2	R\$ 22.800,00	R\$ 2.601,00	R\$ 25.401,00
3	R\$ 22.800,00	R\$ 2.601,00	R\$ 25.401,00
4	R\$ 22.800,00	R\$ 2.601,00	R\$ 25.401,00
5	R\$ 22.800,00	R\$ 2.601,00	R\$ 25.401,00
6	R\$ 22.800,00	R\$ 2.601,00	R\$ 25.401,00
7	R\$ 22.800,00	R\$ 2.601,00	R\$ 25.401,00
8	R\$ 22.800,00	R\$ 2.601,00	R\$ 25.401,00
9	R\$ 22.800,00	R\$ 2.601,00	R\$ 25.401,00
10	R\$ 22.800,00	R\$ 2.601,00	R\$ 25.401,00
11	R\$ 22.800,00	R\$ 2.601,00	R\$ 25.401,00
12	R\$ 22.800,00	R\$ 2.601,00	R\$ 25.401,00
Total	R\$ 273.600,00	R\$ 31.212,00	R\$ 304.812,00

Fonte: Elaborado pelos autores

Planejamento orçamentário

Descrição

O orçamento é a peça de fechamento de todo projeto, traduzindo-o em termos econômicos e financeiros. Trata-se de etapa preparatória, indispensável em qualquer execução e ou contratação pública.

A Constituição Federal veda expressamente a realização de despesa ou a assunção de obrigações, que excedam os créditos orçamentários ou adicionais.

As ações previstas no Projeto de Intervenção devem encontrar reflexo no orçamento público, como gasto com pagamento de pessoal, diárias, deslocamentos, material de expediente e contratação de serviços.

Essas despesas devem ser programadas e detalhadas na forma de projetos e atividades, para os órgãos responsáveis pela sua execução.

Sob a perspectiva legal, projeto é um conjunto de operações relativas a obras, serviços públicos e programas sociais. A realização dessas operações obedece a um limite de tempo e resulta em um produto final, como, no caso em tela, no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde. Já a atividade pode ser definida como um conjunto de operações que também se refere a serviços públicos.

O programa de trabalho que está no orçamento é classificado com a unidade orçamentária (secretaria, superintendência, fundo, empresa, fundação, administração regional, autarquia) responsável por sua implementação. Nas unidades, as despesas são classificadas de acordo com as atividades e projetos. No presente projeto, o conjunto de operações está previsto no Orçamento da Sesa.PR, tendo o Fundo Estadual de Saúde como unidade Gestora.

O programa de trabalho que englobará as ações previstas no projeto será o de Gestão de Redes, que tem como objetivo coordenar e articular a organização e o desenvolvimento de ações e serviços de saúde do SUS, visando prestar atenção de qualidade e resolutiva à população nas regiões de saúde. Além disso, será responsável pela implementação das Redes de Atenção à Saúde do Estado do Paraná e outras estratégias prioritárias para a Sesa.PR, por meio de ações preventivas, de educação permanente, de fortalecimento da participação e do controle social, de qualificação da gestão do SUS, de manutenção e ampliação da prestação de serviços básicos de saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, de investimento em infraestrutura nas unidades de saúde do SUS.

As ações previstas serão implementadas pela ESPP, por meio da qualificação e de formação na área de saúde; da qualificação dos processos de trabalho e educação permanente dos profissionais do SUS; do fortalecimento das instâncias de pactuação e gestão (Comissões Intergestores Bipartite Estadual e Regional).

Orçamento Inicial para a Sesa.PR 2016

A Lei Estadual n. 18.660, de 22/12/2015,¹⁷ estimou a receita e fixou a despesa para o exercício de 2016. De acordo com a Lei Orçamentária Anual (LOA), o orçamento inicial do Governo do Estado do Paraná para o ano 2016 (despesa fixada) é de R\$ 51.378.590.703,00. Para a Sesa.PR foram destinados R\$ 4.576.261.818,00, dos quais R\$ 6.003.000,00 são emendas parlamentares. O valor sem as emendas corresponde a R\$ 4.570.258.818,00. Conforme aprovado na LOA 2016, a Sesa.PR

possui duas unidades orçamentárias: Gabinete do Secretário e Fundo Estadual de Saúde, descritas a seguir:

Gabinete do Secretário: possui duas Iniciativas ou Projeto/Atividade (4160 – Gestão de Convênios – Sesa referentes a convênios federais entre a Sesa.PR e o Ministério da Saúde e 9096 – Encargos com Pensões para Portadores de Hanseníase) com orçamento inicial de R\$ 31.672.800,00.

Fundo Estadual de Saúde – FUNSAÚDE: com 21 Iniciativas (Projeto/Atividade) com recursos orçamentários previstos de R\$ 4.544.589.018,00, somadas todas as fontes de recursos (tesouro, próprios – diretamente arrecadados, repasses do Fundo Nacional de Saúde, convênios com o Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde e outras fontes). No quadro a seguir, estão descritas as iniciativas que compõem a unidade orçamentária (Funsaúde).

Quadro 4. Projetos e Atividades do Funsaúde – Segundo a Lei Orçamentária Anual 2016.

INICIATIVAS (PROJETO/ATIVIDADE) FUNSAÚDE	
4158	Gestão de Atividades em Saúde do TECPAR/Funsaúde
4159	Gestão das Redes
4161	Rede de Urgência e Emergência
4162	Mãe Paranaense
4163	Gestão das Unidades Próprias
4164	Atenção às Urgências e Emergências – Siate
4167	Gestão do Complexo Médico Penal – Depen
4168	Gestão do Hospital Universitário/HU Norte do PR
4169	Gestão do Hospital Universitário de Maringá
4170	Gestão do Hospital Universitário do Oeste do Paraná
4171	Gestão do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais
4172	Assistência Farmacêutica
4174	Recuperação da Deficiência Nutricional – Leite das Crianças
4179	Serviços de Saúde – HPM
4202	Atenção à Saúde de Pessoas em Situação de Risco
4203	Gestão de Operações Aeromédicas – Graer
4213	Gestão da Saúde dos Servidores e seus Dependentes
4400	Gestão de Obras da Saúde
4431	Atenção à Saúde do Adolescente em Medida Socioeducativa
4434	Vigilância e Promoção da Saúde

3239	Gestão da Funeas
------	------------------

Fonte: Relatório Quadrimestral de Gestão – Sesa.PR, 2016¹⁸

O orçamento inicial da Sesa.PR, incluindo as duas unidades orçamentárias (Gabinete e Funesaúde) e todas as fontes, está assim distribuído por espécie de despesa (tabela 12).

Tabela 12. Orçamento inicial para 2016 da SESA-PR por espécie de despesas

Despesa	Orçamento
Pessoal	R\$ 1.615.005.874,00
Despesas Correntes	R\$ 2.871.550.804,00
Despesa de Capital	R\$ 89.705.140,00
TOTAL	R\$ 4.576.261.818,00

Fonte: Grupo Orçamentário Setorial (GOS)/Sesa, atualizado em 27/4/2016

Orçamento para a Escola de Saúde Pública do Paraná – Projetos de qualificação 2016

A iniciativa (projeto/atividade) Gestão de Redes previu orçamento inicial programado no montante de R\$ 2.871.584.221,00. Nessa iniciativa está incluída a ESPP da Sesa.PR e especificamente, para os projetos de qualificação dos processos de trabalho e de EPS, estão destinados R\$ 7.594.048,00, já somadas todas as fontes de recursos orçamentários (Fonte 100, 281 e 255), cujos elementos de despesa 3900 e 3600 separam os tipos de rubrica, definindo as responsabilidades para 2016, conforme a tabela 13. Verifica-se que recursos financeiros estão disponíveis, mas com disparidade de valor na execução.

Tabela 13. Recursos orçamentários programados para uso em EPS – Sesa.PR em 2016

ORÇAMENTO PARA EPS - SESA 2016					
Descrição da Despesa - Qualificar os processos de trabalhos e educação permanente dos profissionais do SUS					
Atividade - 4159 - Gestao de Redes					
Responsável	Fonte	- Origem	Disponibilidade (R\$)	Rubrica	Executado (R\$)
Escola de Saúde	Fonte 100	- Ordinário não Vinculado	5.381.330,00	33903900	0,00
Escola de Saúde	Fonte 281	- Transf. e Conv. Com Órgãos Federais	1.165.480,00	33903900	0,00
Escola de Saúde	Fonte 255	- Transf. da União - SUS	1.047.238,00	33903600	33.570,00
TOTAL			7.594.048,00		33.570,00

Fonte: GOS/Sesa, atualizado em 27/4/2016

Orçamento inicial para o Projeto de Intervenção

Este projeto está orçado em R\$ 304.812,00. Conforme descrito na iniciativa 4159 – Gestão de Redes, os elementos das despesas constituem de Material de Consumo, Passagens, Diárias, Gastos com Pessoa Física, Serviço de Terceiros – Pessoa Jurídica e Auxílio Alimentação. Já devidamente

detalhados no capítulo 6, expressos e sintetizados por espécie de despesas com valores discriminados por tipos de elementos de despesas, conforme tabela 14.

Tabela 14. Custo orçamentário programado para o projeto de intervenção em EPS – 2016

Iniciativa	Elemento de despesa	Orçamento Programado	Empenhado	Liberado	Pago
4159- Gestao de Redes	3390-3000 Material de Consumo	3.350,04	0	0	0
	3390-3300 Passagens	10.100,00	0	0	0
	3390-1400 Diárias	8.640,00	0	0	0
	3390-3600 Pessoa Física	273.600,00	0	0	0
	3390-3900 Serviço Terceiros Pessoa Juridica	5.000,00	0	0	0
	3390-4600 Auxilio Alimentação	4.121,96	0	0	0
TOTAL		304.812,00	0	0	0

Fonte: Planejamento – Projeto de Intervenção, GOS/Sesa, atualizado em 27/4/2016

Cronograma

A temporalidade necessária para a adequação da oficina de EPS durante o ano de 2017 está expressa por meio de um cronograma sintetizado no quadro 5, com as atividades para a sua implantação durante o decorrer de 12 meses.

Quadro 5. Proposta da Oficina para o ano de 2017

CRONOGRAMA 2017 - IMPLANTAÇÃO DE CURSOS EPS													
Item	Atividade	Mês											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Elaboração da proposta pedagógica do curso	X	X										
2	Planejamento do Curso Oficinas de EPS			X	X								
3	Recrutamento de monitores				X								
4	Divulgação para as Regionais de Saúde					X							
5	Seleção e Matrícula dos Alunos						X						
6	Período do Curso Oficinas							X	X	X			
7	Relatório Final e Avaliação										X	X	X

Fonte: Elaborado pelos autores

Adequação jurídica

A adequação jurídica visa às hipóteses em que a Administração Pública pode realizar negócios jurídicos com os particulares sem o procedimento licitatório, aplicando as causas de exceções, regra tipificada conforme o art. 2ª da Lei 8.666/1993,¹⁹ que são as hipóteses de dispensa e inexigibilidade da licitação. Embora haja necessidade de a Administração Pública aplicar o procedimento da licitação nos contratos administrativos, há diferentes aplicações dos princípios inerentes ao procedimento licitatório, sejam estes específicos (legais) ou constitucionais.

Destaque-se, ainda, nas modalidades da licitação pública, as normais legais de que dispõe a Administração Pública para “dispensar” o procedimento licitatório. As exceções da licitação, tanto da dispensa como da inexigibilidade, têm como escopo o esclarecimento da aplicação das regras de licitação, mas também das suas exceções, bem como da jurisprudência sobre a aplicabilidade da contratação direta na Administração Pública, assim como a discricionariedade da gestão.

O referido inciso foi acrescentado pela Lei n. 11.197/2005,²⁰ estabelecendo normas gerais para contratação dos consórcios públicos. Nesse sentido, com advento da referida lei, passou a ser dispensável o procedimento licitatório no caso de ser celebrado um contrato de programa entre consórcio público e entidade da Administração Pública, com intuito da realização de prestação de serviços nas formas associadas, previsto no instrumento do consórcio público ou em algum convênio de cooperação. A necessidade da dispensa visa à caracterização de ajustes técnicos, tais como: objetivo a qual se destina e a criação dos programas e projetos com intuito da prestação de serviços visando ao interesse público. A licitação é obrigatória para toda Administração Pública e deve seguir vários princípios, conforme preconizado no art. 37, *caput*, e inciso XXI da Constituição Federal.²¹

Conclui-se que a administração pública não possui discricionariedade de contratação, pois precisa estar pautada nos princípios da constituição, visando sempre ao interesse público. A expressão obrigatoriedade da realização da licitação implica também a compulsoriedade da modalidade, prevista em lei para a espécie, assim como somente a lei pode desobrigar a administração a autorizar a dispensa de licitação e permitir a substituição de uma modalidade por outra. Assim, a Lei diversificou casos em que a Administração pode ou deve deixar de realizar licitação, tornando-a dispensada, dispensável ou inexigível. O processo licitatório possui diferentes etapas, sendo que uma das etapas importantes e que permite a Administração levar ao conhecimento público a abertura de licitação, fixando as condições de realização e convocando os interessados para a apresentação de suas propostas é a elaboração do Edital, onde são especificadas as necessidades e particularidades para a implantação da EPS no Estado do Paraná.

Referências

1. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Edital do Curso de Especialização em Direito Sanitário. (Internet) Brasília, 2015. [Acesso em 25 jun 2016]. Disponível em: http://www.conass.org.br/_edital_cursodisa.pdf
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sinopse do Senso Demográfico 2010. (Internet) Brasília, IBGE, 2010. [Acesso em 14 maio 2016]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=41&dados=1>
3. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (Iparades). Indicadores Econômicos. (Internet) Curitiba, Iparades, 2015. [Acesso em 24 nov 2015]. Disponível em: http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&sistemas=1&cod_sistema=5&grupo_indic=1

4. Secretaria do Esporte e turismo do Paraná (SETU). Paraná Descubra. (Internet) Curitiba, SETU, 2015. [Acesso em 24 nov. 2015]. Disponível em:
<http://www.turismo.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=247>
5. Nações Unidas. Relatório dos objetivos de desenvolvimento do milênio 2015. Disponível em:
<http://www.portalodm.com.br/publicacao/606/relatorio-dos-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio-2015>.
6. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (Sesa). Plano Plurianual 2016-2019. (Internet) Curitiba, Sesa, 2016. [Acesso em 5 ago 2016]. Disponível em:
<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PlanoEstadualSaude2016MioloAlt.pdf>
7. Ceccim, RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2005;10:4(975-86).
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9). [Acesso em 6 ago 2016]. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf
9. Ministério da Saúde. Portaria n. 198/GM – MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. [Acesso em 31 jul 2016]. Disponível em:
http://www.unifesp.br/dmedprev/planejamento/pdf/port_GM198.pdf.
10. Franco, CM, Koifman, LA. Concepção pedagógica problematizadora: uma didática para a Educação Permanente em Saúde. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, (2009).
11. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (Sesa). Plano Estadual de Saúde Paraná 2012-2015. – Curitiba, SESA, 2013. p. 208-209. [Acesso em 25 jul 2015]. Disponível em:
http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/plano_estadual_saude_1104.pdf
12. Departamento da Gestão da Educação na Saúde (Deges). Política Nacional de Educação permanente em Saúde. (Internet) Brasília, Deges, 2010. [Acesso em 16 abr 2016]. Disponível em:
http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/mostra/EPS/Maria_Alice_Roskche.pdf.
13. Quartiero, EM, Binachetti, L. Educação corporativa: mundo do trabalho e do conhecimento: aproximações. Santa Cruz do Sul: Edunisc; 2010.
14. Reis, JR; Leal, RG. Direitos sociais e políticas públicas: desafios contemporâneos. São Paulo: Cortez; 2005.
15. Barbosa, MB. Trabalho de conclusão submetido ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural, como quesito parcial de obtenção do Grau de Especialista em Desenvolvimento Rural e Agroecologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre: 2001.
16. Peres, U. Elaboração e Gestão de Projetos no Setor Público. (Internet) São Paulo, ILP, 2011. [Acesso em 15 jun. 2016]. Disponível em:
http://www.al.sp.gov.br/StaticFile/ilp/elabora_e_gestao_projetos.pdf

17. Paraná. Lei n. 18.660, de 22 de dezembro de 2015. Estima a receita e fixa a despesa para o exercício financeiro de 2016. Diário Oficial do Paraná n. 9.605. [Acesso 29 dez 2015]. Disponível em: <http://portal.alep.pr.gov.br/index.php/pesquisa-legislativa/proposicao?idProposicao=58618>
18. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (Sesa). Relatório Quadrimestral de Gestão 2016. [Acesso em 20 maio 2016]. Disponível em: <http://www.conselho.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=149>
19. Brasil. Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993. Diário oficial da União, n. 116, p. 8269, ano 1993. [Acesso em 23 maio 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666cons.htm
20. Brasil. Lei n. 11.107, de 6 de abril de 2005. Diário Oficial da União, ano 2005, [Acesso em 22 maio 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11107.htm
21. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.