

1. INFORMAÇÕES DO CONTRATO

Número do Contrato:	064/2021
Número do Processo:	117/2020
Chamamento Público:	002/2020
Contratada:	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CHAVANTES
CNPJ	73.027.690/0001-46
Município:	Chavantes
Contratante:	Prefeitura Municipal de Lins
Número CNPJ/MF	44.531.788/0001-38
Endereço Sede:	Avenida Nicolau Zarvos, 754 – Vila Clélia - CEP: 16401-300 – Lins/SP

2. OBJETO:

Gerenciamento e execução de ações e serviços de saúde, nas Atividades/ Programas/Unidades de Saúde que abrangem a saúde do município de Lins, para a Secretaria Municipal de Saúde.

3. INTRODUÇÃO

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE – O.S.S.

Fundação: 31 de agosto de 1923.

Constituição jurídica: Associação civil de direito privado, sem fins lucrativos e filantrópica.

Atuação: Saúde, Educação e Assistência Social.

Unidade Própria: Hospital Santa Casa de Misericórdia de Chavantes

4. PERÍODO DE APURAÇÃO DOS DADOS: SETEMBRO 2021 (14/09/2021 até 31/10/2021).

HISTÓRIA

A **Santa Casa de Misericórdia de Chavantes – SCMC** é uma entidade privada, sem fins lucrativos, fundada no ano de 1923. Possui unidade própria, o Hospital da Santa Casa de Chavantes, que funciona ininterruptamente há mais de 90 anos, atendendo a população da cidade de Chavantes e região do Departamento Regional de Saúde – DRS de Marília.

Em 2020, com a experiência de seus diretores e conselheiros, que atuam há mais de 15 anos em Gestão de Equipamentos de saúde, tornou-se uma Organização Social de Saúde – OSS, estando capacitada à formalizar contratos de gestão com os mais diversos entes governamentais.

O corpo diretivo da SCMC é composto por profissionais das mais distintas categorias, que objetivam a união de esforços e seus conhecimentos para atingir com excelência a qualidade de serviços.

Dito isto, considerando que a **Santa Casa de Misericórdia de Chavantes**, a qual possui vasto know-how e expertise no gerenciamento de serviços de saúde e capacidade para contribuir na gestão a Saúde, com o objetivo de garantir atendimento em saúde oportuno e qualificado, em conformidade com os compromissos da gestão e utilizando-se de flexibilização organizacional, aprendizado e possibilidade de inserção de novos componentes da prática organizacional, bem como os recursos humanos necessários à operação e funcionamento das Unidades e serviços contratados, visando o atendimento, a integralidade e a multidisciplinaridade da atenção de acordo com os padrões, diretrizes e protocolos assistenciais, buscando atingir os objetivos, a seguir:

MISSÃO:

Prestar solução em saúde, educação e assistência social, executando com excelência contratos de gestão, oferecendo equipe qualificada e de alta performance, proporcionando o cuidado holístico e serviços humanizados.

VISÃO

Ser reconhecido como instituição de excelência na gestão de saúde, responsabilidade social e sustentabilidade.

VALORES

Ética, transparência, cidadania, valorização das pessoas, qualidade na gestão, inovação e responsabilidade social, pautando nossas ações dentro dos preceitos de legalidade, probidade e transparência, imputando aos partícipes uma conduta ética em todos os aspectos.

1. OBJETIVO

- ✓ Prestar serviços de saúde com qualidade e eficiência, sem preconceitos ou discriminação de raça, cor, religião ou orientação sexual. Uma assistência igualitária, sem privilégios de qualquer espécie com um tratamento individualizado, personalizado e acolhedor, com equipe técnica qualificada para atuação no atendimento de usuários do SUS, de modo a orientar uma produção eficiente, eficaz e efetiva de ações de saúde, buscando contribuir na melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolubilidade e da humanização destas ações;
- ✓ Promover e proteger a saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a 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;
- ✓ Capacitar os profissionais para uma atenção resolutiva, integrada por todos os membros da equipe, para os principais agravos e cumprir adequadamente os protocolos diagnósticos e terapêuticos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde;
- ✓ Estabelecer rotinas administrativas mais amigáveis e solidárias, que evitem deslocamentos desnecessários dos usuários, com utilização intensiva dos meios telefônicos e virtuais;
- ✓ Atender os pressupostos e princípios do SUS: universalidade, equidade, integralidade, controle social, hierarquização, serão observados, assim como, os princípios da acessibilidade, vínculo, coordenação, continuidade do cuidado, responsabilização e humanização;

- ✓ Prestação gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde aos usuários, no âmbito do SUS e conforme o Contrato de Referência;
- ✓ Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, através da integração dos sistemas de informação nos níveis primário e secundário;
- ✓ Eficiência e qualidade dos serviços prestados ao cidadão;
- ✓ Maior agilidade para operacionalização dos serviços;
- ✓ Dotação de maior autonomia administrativa e financeira, contribuindo para melhoria do gerenciamento dos serviços;
- ✓ Utilização dos recursos de forma mais racional, visando à redução de custos;
- ✓ Priorização da avaliação por resulta.

A seguir, apresentamos através de gráficos, os Indicadores de Qualidade, referente as Metas Quantitativas e Qualitativas previstas em Contrato.

1. METAS QUANTITATIVAS

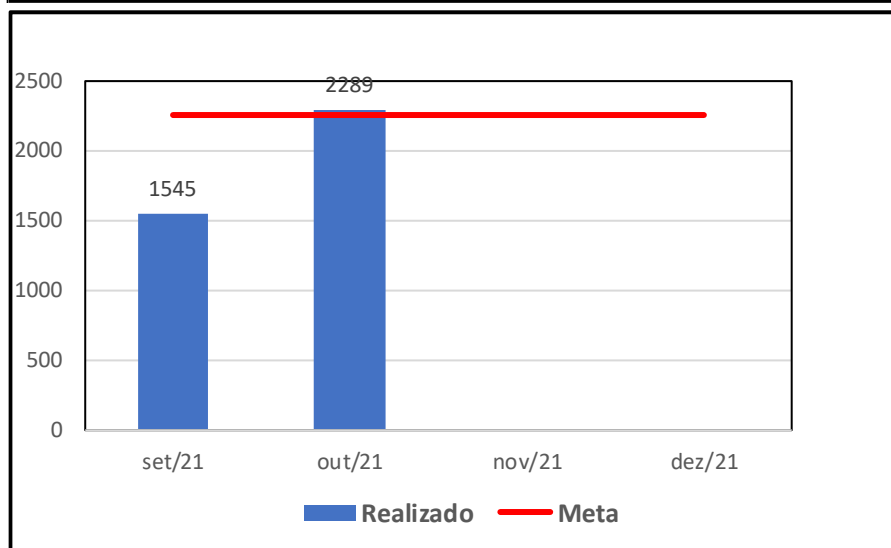
Os gráficos a seguir retratam os atendimentos realizados no município de Lins, por categoria profissional e respectivos procedimentos, os mesmos foram extraídos do Sistema Assessor e em alguns casos obtidos e evidenciados pelas gerentes de unidades, considerando que nesse processo de transição e adequação não foi possível atualizar o CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).

A pactuação para entrega do relatório de atividades/prestação de contas é até o 10º dia útil do mês subsequente, desta forma, é importante destacar que a produção do mês de outubro poderá sofrer alterações, considerando que os dados foram extraídos do sistema ASSESSOR no dia 8 de novembro, data anterior ao período de fechamento da produção pelas unidades de saúde.

1. USF – CONSULTA MÉDICA - GENERALISTA

USF - CONSULTA MÉDICA - GENERALISTA

	set/21	out/21	nov/21	dez/21
Realizado	1545	2289		
Meta	2250	2250	2250	2250
Perc.	69%	102%	0%	0%



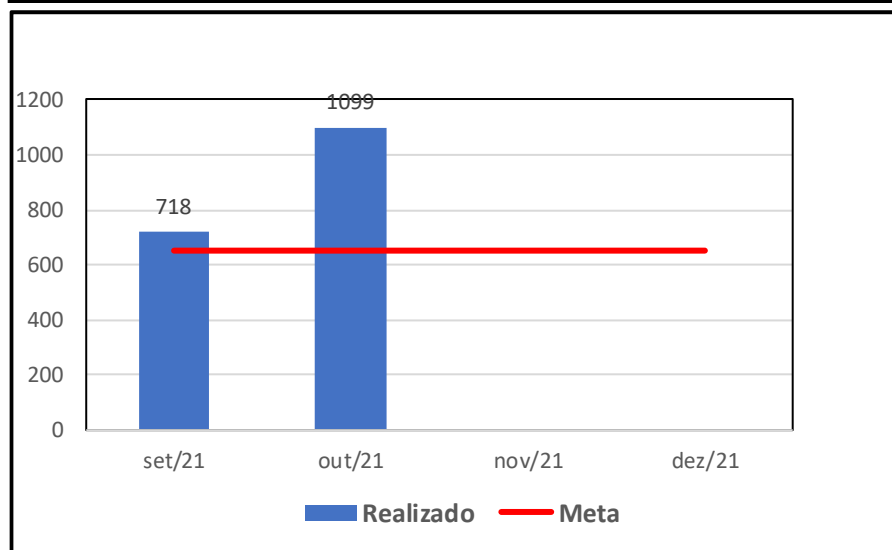
Fonte: Sistema Assessor PML

Análise Crítica: O município de Lins possui 7 USF (Unidades de Saúde da Família). As consultas médicas realizadas nessas unidades, ultrapassam a meta estipulada. No mês de setembro o total de consultas realizadas sob a gestão da SCMC é de 1.545 consultas, o que representa 68,66% da meta estipulada, considerando o período de 16 dias. No mês de outubro o total realizado foi de 2.289 consultas médicas. Importante ressaltar que nesse período de transição/troca de gestão de OSS as USF não sofreram nenhum impacto assistencial.

2. USF – CONSULTA DE ENFERMAGEM

USF - CONSULTA DE ENFERMAGEM

	set/21	out/21	nov/21	dez/21
Realizado	718	1099		
Meta	650	650	650	650
Perc.	110%	169%	0%	0%



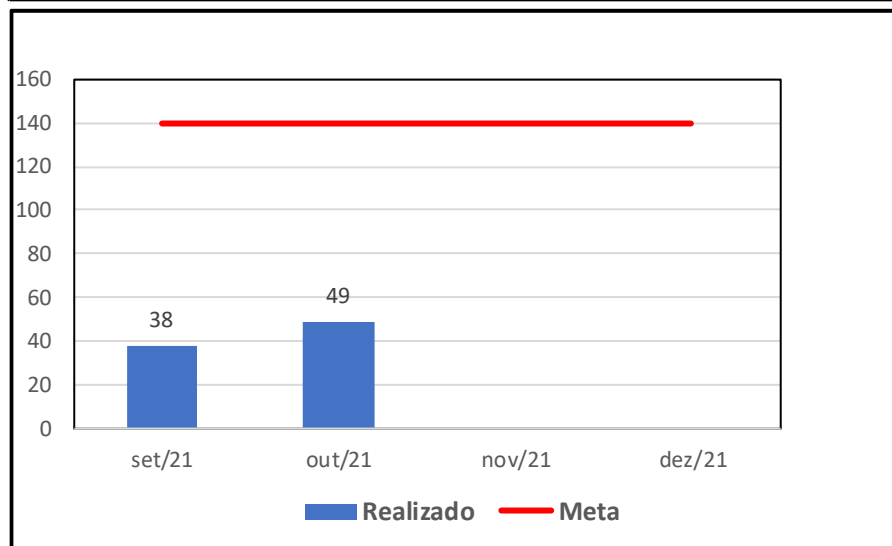
Fonte: Sistema Assessor PML

Análise Crítica: A meta para as consultas de enfermagem realizadas nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família foram superadas. Os dados chamam a atenção pelo resultado pretendido e o alcançado, o que exige uma análise in loco para verificação e possível adequação da meta desejada e a capacidade de produção de cada profissional sem comprometer a qualidade da assistência.

3. USF – VISITAS DOMICILIARES - MÉDICO

USF - VISITAS DOMICILIARES - MÉDICO

	set/21	out/21	nov/21	dez/21
Realizado	38	49		
Meta	140	140	140	140
Perc.	27%	35%	0%	0%



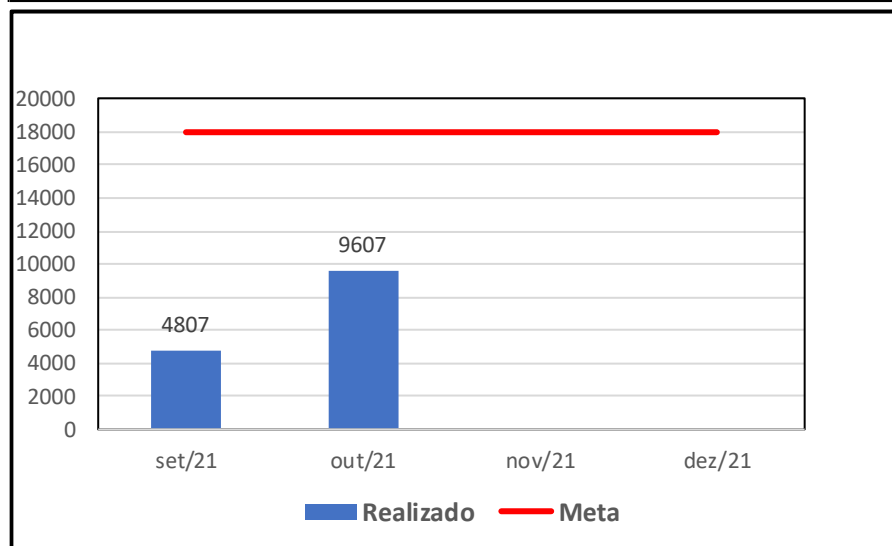
Fonte: Sistema Assessor PML

Análise Crítica: As Visitas Domiciliares que deveriam ser realizadas pelos médicos ainda não foram totalmente restabelecidas, devido ao contexto epidemiológico da COVID-19. Dessa forma, a meta estipulada não vem sendo atingida. A SCMC fará uma análise minuciosa junto à equipe de cada unidade para restabelecer esses atendimentos, considerando o contexto local e nacional, bem como todas as diretrizes dos órgãos federais e internacionais.

4. USF – UBS – VISITAS DOMICILIARES AGENTES COMUNITÁRIOS

USF - UBS - VISITAS DOMICILIARES AGENTES COMUNITÁRIOS

	set/21	out/21	nov/21	dez/21
Realizado	4807	9607		
Meta	18000	18000	18000	18000
Perc.	27%	53%	0%	0%



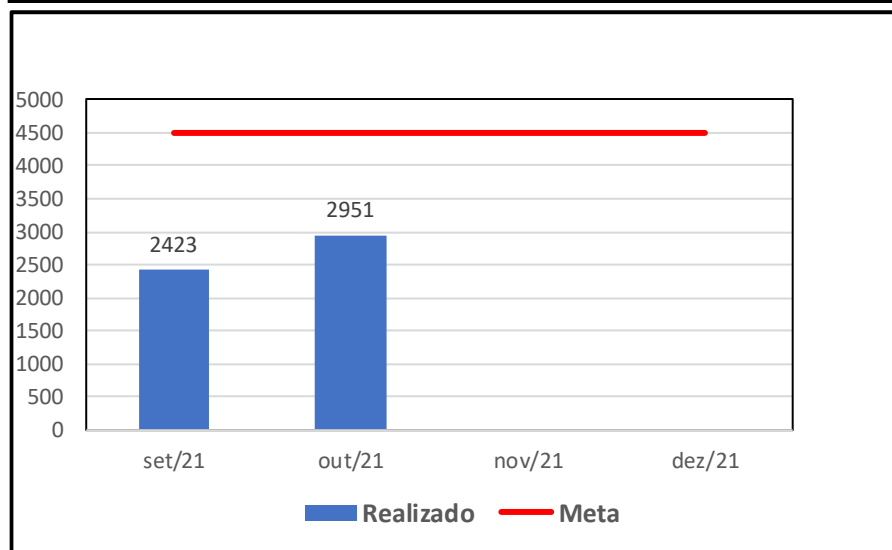
Fonte: Sistema Assessor PML

Análise Crítica: As Visitas Domiciliares que deveriam ser realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde ainda não foram retomadas em sua plenitude, devido ao contexto epidemiológico da COVID-19. Dessa forma, a meta estipulada não vem sendo atingida. Outro fator também se deve à falta de lançamento da produção por parte desses profissionais. A SCMC fará uma análise minuciosa junto à equipe de cada unidade para restabelecer esses atendimentos, bem como capacitação e sensibilização unto a esses profissionais, considerando o contexto local e nacional, bem como todas as diretrizes e medidas de segurança dos órgãos federais e internacionais.

5. UBS – CONSULTA MÉDICA – CLÍNICO GERAL

UBS - CONSULTA MÉDICA CLINICO GERAL

	set/21	out/21	nov/21	dez/21
Realizado	2423	2951		
Meta	4500	4500	4500	4500
Perc.	54%	66%	0%	0%



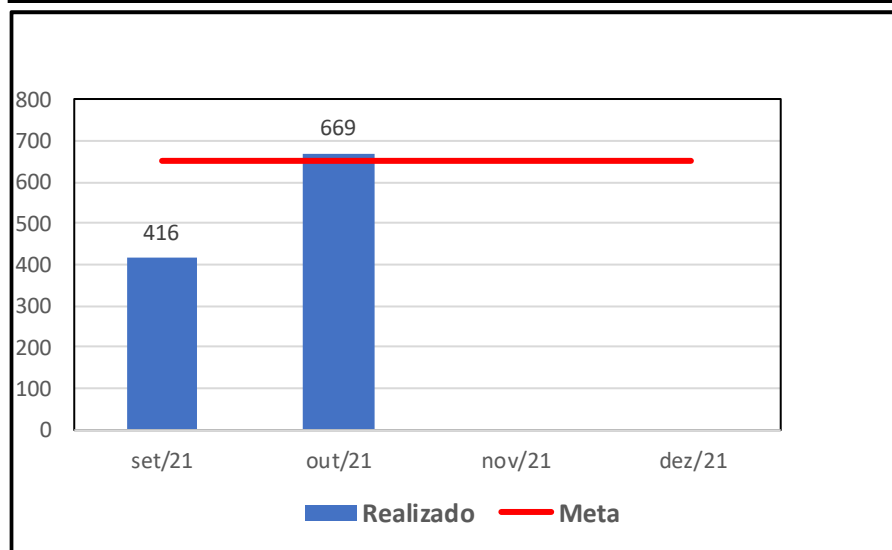
Fonte: Sistema Assessor PML

Análise Crítica: O total de consultas médicas – Clínico Geral realizadas não correspondeu ao esperado. Esse dado será melhor analisado pela SCMC para estabelecer relações com a contexto pandêmico e/ou relação com o processo de trabalho em cada unidade no momento do lançamento das informações no sistema.

6. UBS – CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA - PEDIATRIA

USB - CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA - PEDIATRIA

	set/21	out/21	nov/21	dez/21
Realizado	416	669		
Meta	650	650	650	650
Perc.	64%	103%	0%	0%



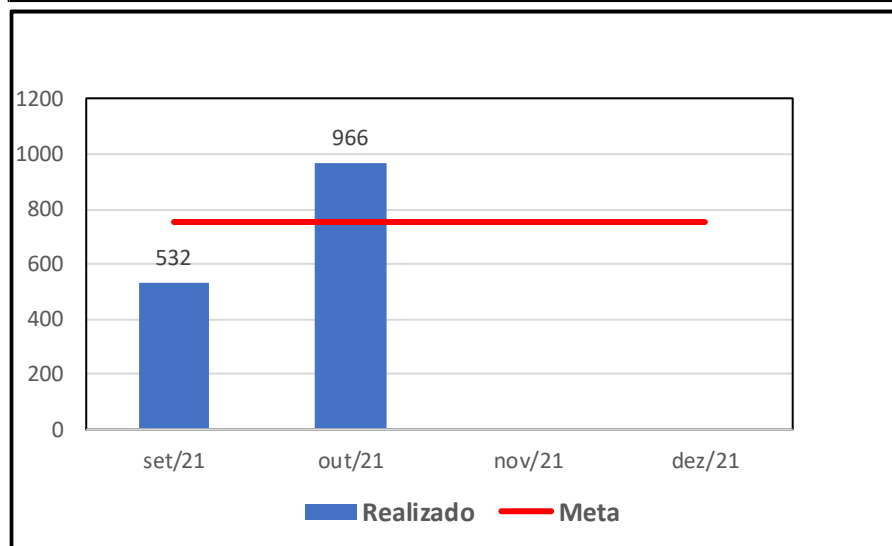
Fonte: Sistema Assessor PML

Análise Crítica: O total de consultas pediátricas atingiu satisfatoriamente a meta proposta.

7. UBS – CONSULTA MÉDICA – ESPECIALIZADA GINECOLOGIA

UBS - CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA GINECOLOGIA

	set/21	out/21	nov/21	dez/21
Realizado	532	966		
Meta	750	750	750	750
Perc.	71%	129%	0%	0%



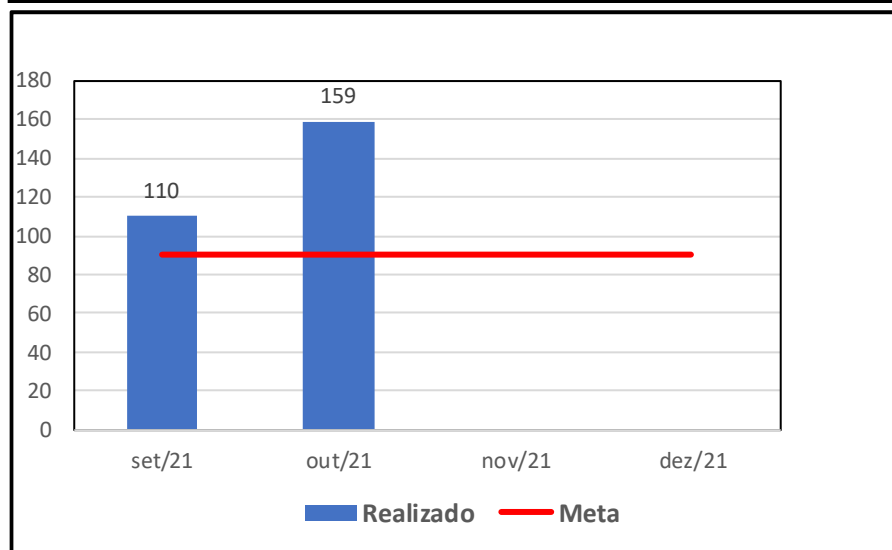
Fonte: Sistema Assessor PML

Análise Crítica: O total de consultas de ginecologia atingiu satisfatoriamente a meta proposta. Vale ressaltar que houve um período crítico na transição e conformação de profissionais médicos, período em que vários profissionais solicitaram desligamento, ainda assim não houve prejuízo assistencial.

8. UBF – CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA - NEUROLOGIA

UBS - CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA - NEUROLOGIA

	set/21	out/21	nov/21	dez/21
Realizado	110	159		
Meta	90	90	90	90
Perc.	122%	177%	0%	0%



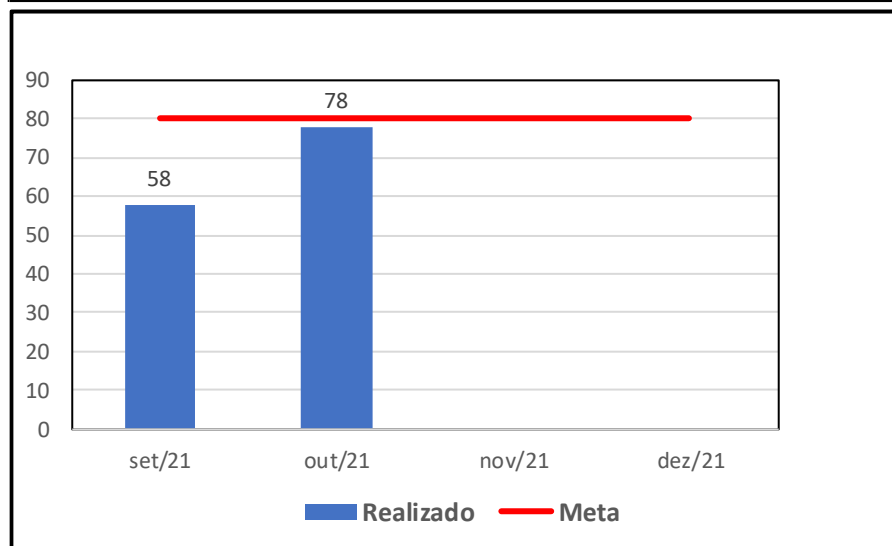
Fonte: Sistema Assessor PML

Análise Crítica: As consultas médicas especializadas em Neurologia estão contemplando as consultas de Neurologista Adulto e Neuro Pediatria. Considerando essa junção a meta foi superada. Importante destacar que após revisão do Plano de Trabalho as metas foram alteradas, passando a ser 140 consultas para Neurologista Adulto. No processo de transição, a médica que atendia como Neuro Pediatria pediu demissão e ainda estamos na captação desse profissional especialista.

9. UBF – CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA - CARDIOLOGIA

UBS - CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA - CARDIOLOGIA

	set/21	out/21	nov/21	dez/21
Realizado	58	78		
Meta	80	80	80	80
Perc.	73%	98%	0%	0%



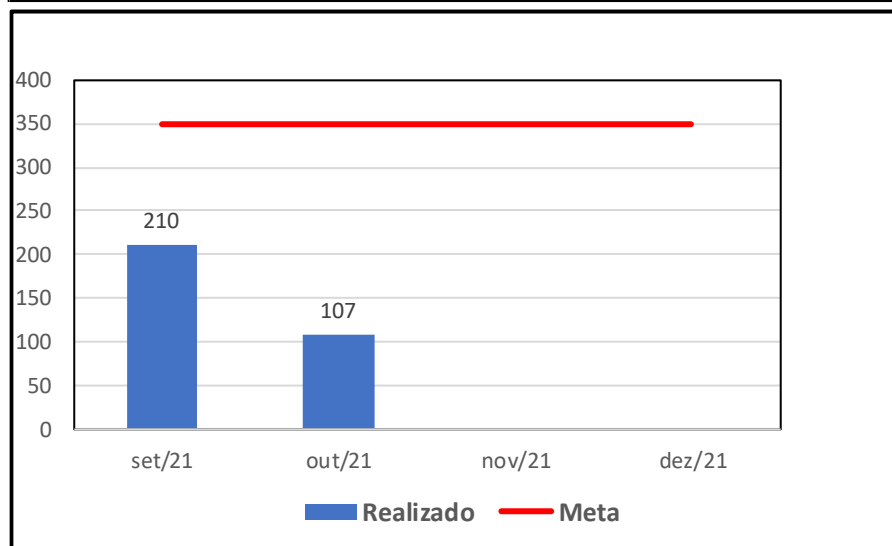
Fonte: Sistema Assessor PML

Análise Crítica: As consultas médicas especializadas em Cardiologia não atingiram a meta, de acordo com o estipulado no Edital. Importante destacar que após revisão do Plano de Trabalho as metas foram alteradas, passando a ser 24 consultas + 10 ECG com laudo. Além das consultas foram também realizados exames de eletrocardiograma com laudos, sendo em setembro: 61 ECG e em outubro: 82 ECG. Considerando essa nova realidade, no próximo relatório esse quadro será readequado.

10. UBF – CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA - PSIQUIATRIA

CAPS CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA - PSIQUIATRIA

	set/21	out/21	nov/21	dez/21
Realizado	210	107		
Meta	350	350	350	350
Perc.	60%	31%	0%	0%



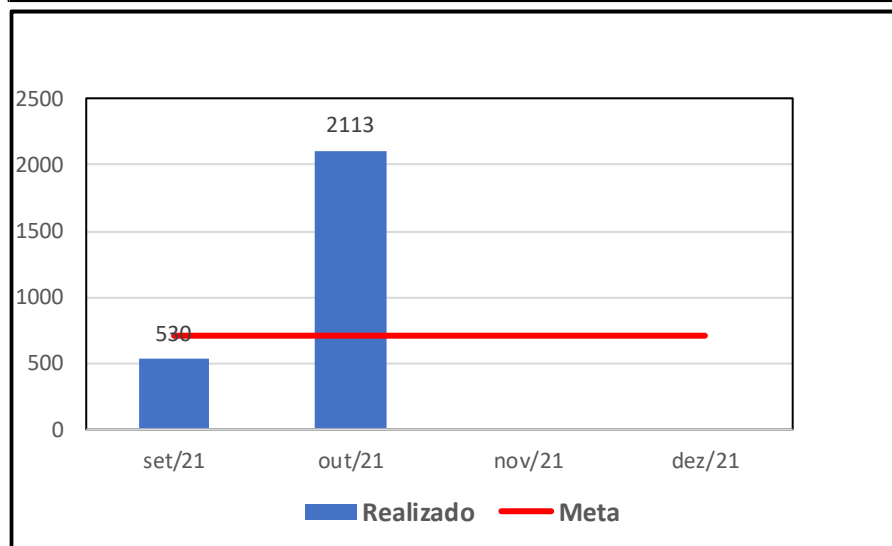
Fonte: Sistema Assessor PML

Análise Crítica: As consultas médicas especializadas em Psiquiatria no CAPS conforme lançado no sistema tiveram êxito em relação à meta, no entanto após uma análise minuciosa, constatou-se que o profissional que atendia no CAPS I não possui especialização em saúde mental ou residência em Psiquiatria, portanto, a rigor, esses atendimentos não deveriam ter sido lançados como tal. A SCMC vem acompanhando a coordenação da Saúde Mental municipal para que todas as readequações sejam realizadas com brevidade, de forma a atender a Política Nacional de Saúde Mental. Ainda estamos em busca do profissional médico psiquiatra para atender a demanda. Considerando esse cenário, é importante salientar que a falta desse profissional impactou na assistência especializada, no entanto, a SCMC não deixou de atender esses pacientes, e os atendimentos foram realizados por médicos Clínicos.

11. SAÚDE BUCAL – PRIMEIRA CONSULTA

SAÚDE BUCAL - PRIMEIRA CONSULTA

	set/21	out/21	nov/21	dez/21
Realizado	530	2113		
Meta	700	700	700	700
Perc.	76%	302%	0%	0%



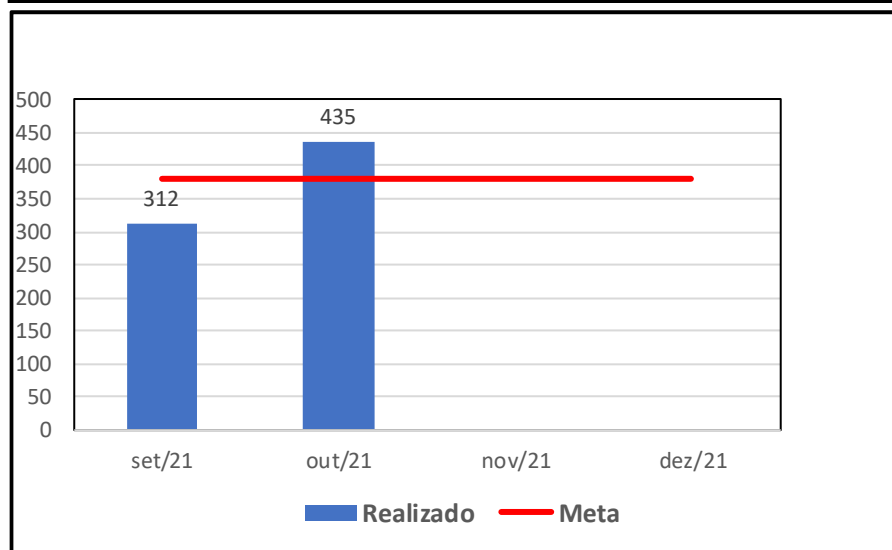
Fonte: Sistema Assessor PML

Análise Crítica: A meta para atendimento de primeira consulta foi extrapolada. Esse resultado se deve ao graduado restabelecimento das consultas que haviam sido suspensas no período mais crítico da Pandemia, e é também reflexo das ações das equipes nas unidades de saúde e nas escolas sensibilizando e orientando sobre a importância da saúde bucal.

12. SAÚDE BUCAL – TRATAMENTO CONCLUÍDO

SAÚDE BUCAL - TRATAMENTO CONCLUÍDO

	set/21	out/21	nov/21	dez/21
Realizado	312	435		
Meta	380	380	380	380
Perc.	82%	114%	0%	0%



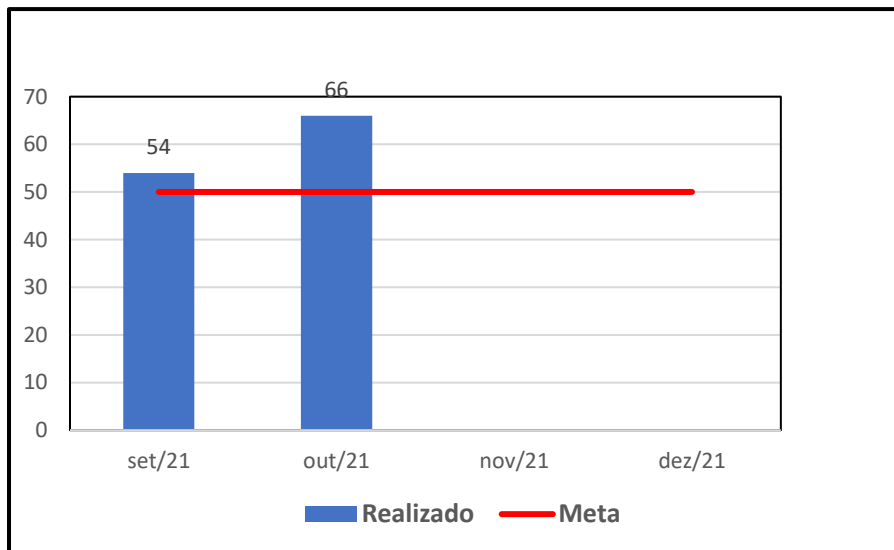
Fonte: Sistema Assessor PML

Análise Crítica: O quadro acima demonstra que a meta foi atingida de maneira satisfatória o número de tratamentos odontológicos concluídos.

13. MELHOR EM CASA – VISITAS DOMICILIARES - MÉDICO

MELHOR EM CASA - VISITAS DOMICILIARES MÉDICO

	set/21	out/21	nov/21	dez/21
Realizado	54	66		
Meta	50	50	50	50
Perc.	108%	132%	0%	0%



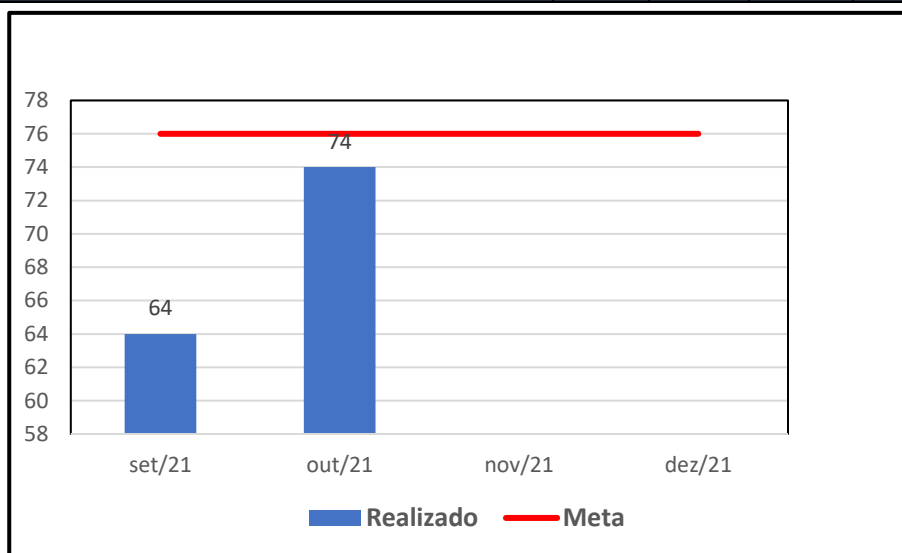
Fonte: PROMID

Análise Crítica: O quadro acima demonstra que a meta foi atingida de maneira satisfatória e além do esperado. Esse resultado é devido ao retorno das visitas domiciliares que haviam sido suspensas no período mais crítico da pandemia.

14. MELHOR EM CASA – ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTA

MELHOR EM CASA - ATENDIMENTO FISIOTERAPIA

	set/21	out/21	nov/21	dez/21
Realizado	64	74		
Meta	76	76	76	76



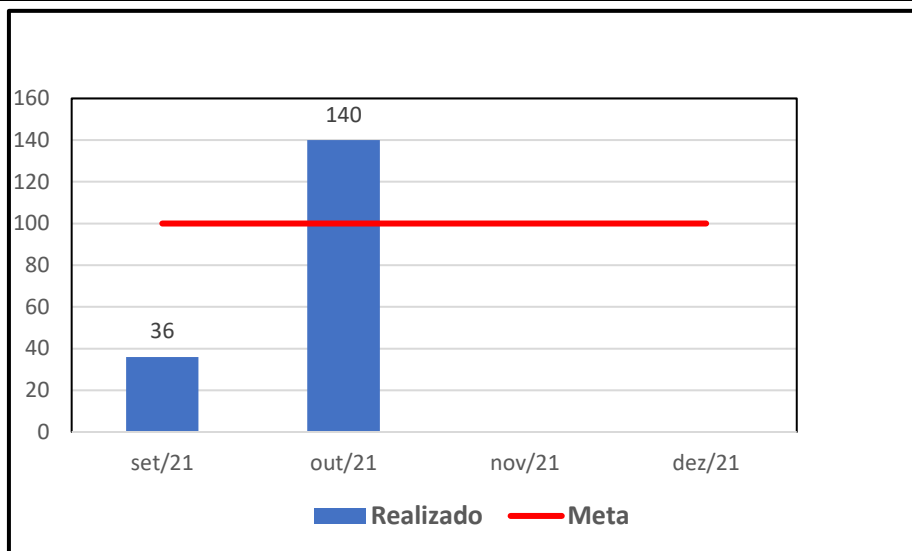
Fonte: PROMID

Análise Crítica: O quadro acima demonstra que a meta foi atingida de maneira satisfatória, Lembrando que os resultados de Outubro podem sofrer alterações devido ao período de apuração.

15. MELHOR EM CASA – CONSULTA DE ENFERMAGEM

MELHOR EM CASA - CONSULTA DE ENFERMAGEM

	set/21	out/21	nov/21	dez/21
Realizado	36	140		
Meta	100	100	100	100



Fonte: PROMID

Análise Crítica: O quadro acima demonstra que a meta foi atingida de maneira satisfatória e além do esperado. Esse resultado é devido ao retorno das visitas domiciliares que haviam sido suspensas no período mais crítico da pandemia.

2. METAS QUALITATIVAS

Relatório de diagnóstico atual para avaliação e elaboração de programação de ações de Educação Continuada em parceria com a SMS do município de Lins.

Considerando que a OSS SCMC iniciou a administração dos serviços de saúde no término da 1ª quinzena do mês de setembro 2021 (14/09/2021), foi realizado inicialmente, relatório de diagnóstico atual para avaliação e elaboração de programação de ações de Educação Permanente em parceria com a SMS do município de Lins.

Foi realizado encontros com todos os funcionários na primeira semana de atuação da equipe da SCMC, a apresentação inicial foi feita tanto na Secretaria de Saúde e equipe do governo local quanto para o conjunto de gerentes inicialmente contratados pela SCMC para a atuação nos serviços.

Abaixo, imagens relatam esse primeiro encontro de apresentação e orientações iniciais:



A apresentação inicial foi seguida pela análise qualitativa e quantitativa dos colaboradores e suas respectivas atuações e locais de trabalho. O contrato oportunizou um diagnóstico preciso da distribuição dos trabalhadores, bem como um conhecimento prévio da estrutura da rede municipal de saúde.

Através dessa análise e de conversar junto à equipe de gestão da Secretaria de Saúde, constatamos que no município, em sua rede básica, o foco está na estratégia de Saúde da Família, fato que direcionou não só a análise dos perfis contratados como também serviu

como subsídio para o planejamento das futuras atuações nas ações de capacitação e educação permanente, bem como, análises e acompanhamentos do planejamento local, com destaque ao plano municipal de saúde. Nessas leituras e discussões, buscou-se evidenciar o perfil epidemiológico do município, bem como o modelo de gestão e de atenção local. Ressaltou-se uma proposta de gestão participativa, com um corpo técnico qualificado e, em sua maioria, efetivo. Outro ponto a ser destacado no modelo assistencial é o direcionamento que o município propõe para uma rede resolutiva, em especial através da Estratégia de Saúde da Família em sua rede primária, que a princípio mostra-se como uma decisão assertiva e coerente com seu perfil populacional, geográfico e epidemiológico.

Tais análises e perfis levantados foram importantes como subsídios para o início do planejamento da proposta das ações de Educação Permanente e educação continuada. Desde reuniões com equipes técnicas da Secretaria (vide ata anexa), passando por debates com a própria Secretária de Saúde, bem como equipe de governo, Prefeito e trabalhadores, ficaram claros alguns objetivos no sentido de um trabalho voltado para busca de uma aprendizagem significativa, com a busca de um conteúdo institucional, interdisciplinar e multiprofissional. Algo que faça sentido aos trabalhadores e, sobretudo, fortaleça as relações com os usuários e qualifique as ações assistenciais ofertadas na ponta. Uma adequação e/ou mudança nos processos de trabalho para atendimentos mais humanizados e acolhedores.

A proposta de Educação Permanente e suas conseqüentes ações e cronogramas a serem implantados em curto prazo em Lins, deverão assim necessariamente atender a alguns conceitos que abaixo seguem brevemente relatados e que foram debatidos e aceitos pela gestão local como opções bem-vindas para o cenário local:

A identificação **Educação Permanente em Saúde** carrega a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que

disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, implicando seus agentes, às práticas organizacionais, implicando a instituição e/ou o setor da saúde, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

A Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Pode corresponder à Educação Continuada, quando está pertence à construção objetiva de quadros institucionais e técnicos específicos e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. Pode, também, corresponder à Educação Formal de Profissionais, quando está se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino.

Para muitos educadores, a Educação Permanente em Saúde configura um desdobramento da Educação Popular ou da Educação de Jovens e Adultos, perfilando-se pelos princípios e/ou diretrizes desencadeados por Paulo Freire desde Educação e Conscientização/Educação como Prática da Liberdade/Educação e Mudança, passando pela Pedagogia do Oprimido, Pedagogia da Esperança, Pedagogia da Cidade, Pedagogia da Autonomia e Pedagogia da Indignação. De Paulo Freire provém a noção de aprendizagem significativa, por exemplo.

Para outros educadores, a Educação Permanente em Saúde configura um desdobramento do Movimento Institucionalista em Educação que propõe alterar a noção de Recursos Humanos, proveniente da Administração e depois da Psicologia Organizacional, como o elemento humano nas organizações, para a noção de coletivos de produção, propondo a criação de dispositivos para que o coletivo se reúna e discuta, reconhecendo que a

educação se compõe necessariamente com a reformulação da estrutura e do processo produtivo em si nas formas singulares de cada tempo e lugar.

A Educação Permanente em Saúde configura, ainda, para outros educadores, o desdobramento de vários movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde, resultando da análise das construções pedagógicas na educação em serviços de saúde, na educação continuada para o campo da saúde e na educação formal de profissionais de saúde. No caso brasileiro, em particular, verificamos, nos movimentos de mudança na atenção em saúde e nos movimentos de mudança na gestão setorial uma forte ligação e uma forte autonomia intelectual com origem ou passagem pelo movimento institucionalista e nos movimentos de mudança na educação de profissionais de saúde um intenso engajamento também com uma intensa produção original.

Cabe destacar que aquilo que deve ser realmente central à Educação Permanente em Saúde é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação intrínseca com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento e experimentação.

Exercício da Educação Permanente em Saúde

Além da velocidade com que conhecimentos e saberes tecnológicos se renovam na área da saúde, a distribuição de profissionais e de serviços segundo o princípio da acessibilidade para o conjunto da população o mais próximo de sua moradia – ou de onde procuram por atendimento – faz com que se torne muito complexa a atualização permanente dos trabalhadores. Torna-se crucial o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho perfilados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional.

Não há saída, como não há romantismo nisso. Problemas como a baixa disponibilidade de profissionais, a distribuição irregular com grande concentração em centros urbanos e

regiões mais desenvolvidas, a crescente especialização e suas consequências sobre os custos econômicos e dependência de tecnologias mais sofisticadas, o predomínio da formação hospitalar e centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência demandam ambiciosas iniciativas de transformação da formação de trabalhadores.

Assim, ou constituímos equipes multiprofissionais, coletivos de trabalho, lógicas apoiadoras e de fortalecimento e consistência de práticas uns dos outros nessa equipe, orientadas pela sempre maior resolutividade dos problemas de saúde das populações locais ou referidas ou colocamos em risco a qualidade do trabalho, porque sempre haverá poucos profissionais diante da demanda, invariavelmente desatualizados e sem dominar tudo o que se requer em situações complexas de necessidades em/direitos à saúde.

A complexidade fica ainda maior em situações concretas, nas quais a presença de saberes tradicionais das culturas ou a produção de sentidos ligada ao processo saúde/doença-cuidado-qualidade de vida pertence a lógicas distintas do modelo racional científico vigente entre os profissionais de saúde, pois não será sem a mais justa e adequada composição de saberes que se alcançará uma clínica que fale da vida real, uma clínica com capacidade terapêutica.

Um dos entraves à concretização das metas de saúde tem sido a compreensão da gestão da formação como atividade meio, secundária à formulação de políticas de atenção à saúde. Nem é dirigida às políticas de gestão setorial ou das ações e dos serviços de saúde e nem é compreendida como atividade finalística da política setorial.

As reformas setoriais em saúde têm-se deparado regularmente com a necessidade de organizar ofertas específicas ao segmento dos trabalhadores, a tal ponto que esse componente (o de “Recursos Humanos”) chegou a configurar uma área específica de estudos nas políticas públicas de saúde. Parece-nos impostergável assegurar à área da formação, então, não mais um lugar secundário ou de retaguarda, mas um lugar central, finalístico, às políticas de saúde. A introdução desta abordagem retiraria os trabalhadores da condição de “recursos” para o estatuto de protagonistas das reformas, do trabalho, das

lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde.

A introdução da Educação Permanente em Saúde seria estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, estabelecendo ações intersetoriais oficiais e regulares com o setor da educação, submetendo os processos de mudança na graduação, nas residências, na pós-graduação e, especialmente, nas unidades de saúde, com ampla permeabilidade das necessidades/direitos de saúde da população e da universalização e equidade das ações e dos serviços de saúde.

Uma ação organizada na direção de uma política da formação pode marcar estas concepções na gestão do sistema de saúde, mas também demarca uma relação com a população, entendida como cidadãos de direitos. Tal iniciativa pode fazer com que os cidadãos reconheçam tanto a preocupação com a macropolítica de proteção à saúde, como com o desenvolvimento de práticas para a organização do cotidiano de cuidados às pessoas, registrando uma política da valorização do trabalho e do acolhimento oferecido aos usuários das ações e dos serviços de saúde, tendo em vista a construção da acessibilidade e resolutividade da atenção e do sistema de saúde como um todo e o desenvolvimento da autonomia dos usuários diante do cuidado e da capacidade de gestão social das políticas públicas de saúde.

Formação para a Educação Permanente em Saúde

Tradicionalmente, o setor da saúde trabalha com a política de modo fragmentado: saúde coletiva separada da clínica, qualidade da clínica independente da qualidade da gestão, gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância, vigilância separada da proteção aos agravos externos e cada um desses fragmentos divididos em tantas áreas técnicas quantos sejam os campos de saber especializado. Essa fragmentação também tem gerado especialistas, intelectuais e consultores com uma noção de concentração de saberes que terminam por se impor sobre os profissionais, os serviços e a sociedade e cujo resultado

é, por vezes, a perda de alguns conhecimentos e a anulação das realidades locais em nome do conhecimento especializado.

Cada área técnica sempre parte do máximo de conhecimentos acumulados em seu núcleo de saberes e de práticas e dos princípios políticos considerados mais avançados, segundo a erudição oriunda deste núcleo de informações, para examinar os problemas de saúde do país. A partir dessas referências propõem “políticas específicas” ou, como tradicionalmente acontece, “programas de ação” ou “ações programáticas”, quase sempre assentadas na assistência individual, em particular sobre o atendimento médico, ou em macropolíticas de vigilância à saúde.

Todos e cada um dos que trabalham nos serviços de saúde, na atenção e na gestão dos sistemas e serviços têm ideias, noções e compreensão acerca da saúde e de sua produção, do sistema de saúde e de sua operação e do papel que cada profissional ou cada unidade setorial deve cumprir na prestação das ações de saúde. É a partir dessas ideias, noções e compreensão que cada profissional se integra às equipes ou 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.

Ao analisarmos um problema institucional, regional ou nacional de maneira contextualizada, descobrimos a complexidade de sua explicação e a necessidade de intervenções articuladas. As capacitações não se mostram eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas – tanto de gestão, como de atenção e de controle social – por trabalharem de maneira descontextualizada e se basearem principalmente na transmissão de conhecimentos. A Educação Permanente em Saúde pode ser orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde.

Condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos a sua prática e a seus conceitos é a detecção e contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho, a percepção de que a maneira

vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. Esse desconforto ou incerteza tem de ser admitido e percebido. A vivência e a reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o contato com o desconforto e a disposição para produzir alternativas de práticas mudanças para enfrentar o desafio de produzir transformações.

Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas vigentes, que sejamos capazes de problematizá-las no concreto do trabalho de cada equipe e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos do sistema brasileiro de saúde.

Cresce a importância de que as práticas educativas configurem dispositivos para a análise da experiência local, da organização de ações em rede, das possibilidades de integração entre formação, mudanças na gestão dos serviços e nas práticas de atenção à saúde, bem como da valorização dos saberes locais.

Assim, o trabalho a ser implementado em LINS será capaz de organizar a prática dos serviços de saúde de modo que esta produção seja possível, oferecendo com a pedagogia da Educação Permanente em Saúde, ferramentas e instrumentos para que façam sentido na realidade e operem processos significativos na realidade da assistência aos usuários.

Dentre os elementos analisadores para pensar/providenciar a Educação Permanente em Saúde estão os componentes do *Quadrilátero da Formação*:

- a) análise do perfil dos profissionais de saúde: mudando a concepção hegemônica tradicional para uma concepção de problematização das práticas e dos saberes;
- b) análise das práticas de atenção à saúde: construindo novas práticas de saúde, tendo em vista os desafios da integralidade e da humanização e da inclusão da participação dos usuários no planejamento terapêutico;

c) análise da gestão setorial: configurando de modo eficaz a rede de serviços, assegurando redes de atenção às necessidades em saúde e considerar na avaliação a satisfação dos usuários;

d) análise da organização social: verificando a presença dos movimentos sociais, dando visão às suas demandas e à construção do atendimento às necessidades sociais por saúde.

Dessa maneira, além de processos que permitam incorporar tecnologias e referenciais necessários, é preciso implementar espaços de discussão, análise e reflexão da prática no cotidiano do trabalho e dos referenciais que orientam essas práticas, com apoio matricial de outras áreas. Nesse sentido, com esses conceitos e intenções, ficaram pactuadas agendas para o próximo mês que deverão ter como produtos a proposta de implantação das ações de Educação Permanente e, conseqüentemente, seu cronograma, público-alvo e periodicidade de atuação.

LEI 14.189, DE 28 DE JULHO DE 2021

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 29/07/2021 | Edição: 142 | Seção: 1 | Página: 1

Órgão: Atos do Poder Legislativo

LEI Nº 14,189, DE 28 DE JULHO DE 2021

Altera a [Lei nº 13.992, de 22 de abril de 2020](#), para prorrogar a suspensão da obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde de qualquer natureza no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei altera a [Lei nº 13.992, de 22 de abril de 2020](#), para prorrogar até 31 de dezembro de 2021 a suspensão da obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde de qualquer natureza no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º A [Lei nº 13.992, de 22 de abril de 2020](#), passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 1º Esta Lei prorroga até 31 de dezembro de 2021, a partir de 1º de janeiro de 2021, a suspensão da obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde de qualquer natureza no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Incluem-se nos prestadores de serviço de saúde referidos no **caput** deste artigo pessoas jurídicas de direito público e pessoas jurídicas de direito privado, com ou sem fins lucrativos," (NR)

"Art. 2º O pagamento dos procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec) deve ser efetuado conforme produção aprovada pelos gestores estaduais, distrital e municipais de saúde, nos mesmos termos estabelecidos antes da vigência desta Lei." (NR)

"Art. 2º-A. Fica suspensa a obrigatoriedade da manutenção de metas quantitativas relativas à produção de serviço das organizações sociais de saúde."

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação

Brasília, 28 de julho de 2021; 200 º da Independência e 133 º da República.

JAIR MESSIAS BOLSONARO

Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga Lopes