

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

ALETHÉIA DE CÁSSIA CAROLINO BRUMATO

**AVALIAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE QUANTO AOS ASPECTOS VOLTADOS
AO SERVIDOR NOS MUNICÍPIOS DA 7ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ:
UMA ANÁLISE ATRAVÉS DOS DOCUMENTOS DE GESTÃO**

PORTO ALEGRE
2019

ALETHÉIA DE CÁSSIA CAROLINO BRUMATO

**AVALIAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE QUANTO AOS ASPECTOS VOLTADOS
AO SERVIDOR NOS MUNICÍPIOS DA 7ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ:
UMA ANÁLISE ATRAVÉS DOS DOCUMENTOS DE GESTÃO**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do grau de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Dr. Rafael Kruter Flores
Tutor de Orientação: Me. Bruno Kauss

PORTO ALEGRE
2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann
Vice-reitora: Profa. Dra. Jane Fraga Tutikian

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato
Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Coordenador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin
Coordenador substituto: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Escola de Administração da UFRGS
Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico
CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS
Telefone: 3308-3801
E-mail: eadadm@ufrgs.br

Acima de tudo, agradeço a Deus que me possibilita acordar todos os dias, e seguir em frente.

Aos meus amigos Max e Dayane, pela motivação em não desistir.

Dedico este trabalho à minha família, aos meus pais, ao meu marido e ao meu filho.

“A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria.”

Paulo Freire

RESUMO

Objetivo: avaliar junto aos documentos de gestão em saúde, quais iniciativas foram contempladas no quesito valorização do servidor, seja na forma de PCCS ou ações de Educação Permanente, por meio da análise dos PMS, PAS e RAG, no período de 2014 a 2017, dos municípios pertencentes a 7º Regional de Saúde do Estado do Paraná. Método: Foi realizada análise documental dos 15 PMS de todos os municípios pertencentes a esta regional, além da pesquisa junto ao site SARGUSUS, dos RAGs correspondentes aos 15 municípios analisados. Resultados: 10 municípios têm alguma proposta ou efetiva ação para fomentar a valorização do trabalhador da saúde, pelo intermédio da existência de PCCS. Os outros cinco, apenas um tem comissão formada para elaboração do PCCS. Constatou-se que não há uma padronização na sistematização das diretrizes e objetivos pactuados, nem um segmento lógico e relacional entre o Plano Estadual de Saúde e o Plano Nacional de Saúde. As ações em educação permanente eram limitadas, e por vezes em desacordo com as diretrizes preconizadas pelo PNEPS. Conclusão: há deficiências nos Planos Municipais de Saúde analisados e que há necessidade de executar a educação permanente dos gestores, quanto à importância da elaboração sistemática dos PMS, de acordo com legislação vigente e com consciência na importância da valorização do servidor.

Palavras-Chave: Instrumentos de Gestão. Educação Permanente. Servidor da Saúde. Gestão em Saúde.

ABSTRACT

The objective of this work was to evaluate the health management documents, which initiatives were contemed in the valuation of the server, either in the form of PCCS or permanent education actions, through the analysis of PMS, PAS and RAG, in the period of 2014 to 2017, of the municipalities belonging to the 7th Regional Health of the state of Paraná. A documental analysis of the 15 PMS of all municipalities belonging to this region was performed, in addition to the research with the site SARGSUS, of the RAGs corresponding to the 15 municipalities analyzed. Of these, 10 municipalities have some proposal or effective action to promote the valorization of the health worker, through the existence of PCCS. The other 5, only 1 has commission formed for the elaboration of the PCCS. It was found that there is no standardization in the systematization of the guidelines and objectives agreed upon, nor a logical and relational segment between the state health plan and the National Health Plan. The actions in permanent education were limited, and sometimes in disagreement with the guidelines recommended by the PNEPS. It is concluded that there are deficiencies in the municipal health plans analyzed and that there is a need to carry out the permanent education of managers regarding the importance of the systematic elaboration of PMS, according to current legislation and with awareness of the importance to value the server.

Key words: Management Instruments. Permanent Education. Health Server. Health Management.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Municípios da 7ª Regional de Saúde do Paraná	16
Quadro 02: Agenda anual mínima dos gestores de saúde	23
Quadro 03: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	29
Quadro 04: Municípios da 7ª Regional de Saúde do Paraná que apresentam PCC	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APSUS	Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
MS	Ministério da Saúde
PAS	Plano Anual de Saúde
PCCS	Plano de Carreira, Cargos e Salários
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPA	Plano Plurianual
PREPS	Polos Regionais de Educação Permanente em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAG	Relatório Anual de Gestão
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 Justificativa	13
1.2 Objetivos.....	14
1.2.1 Gerais.....	14
1.2.2 Específicos	14
1.3 A 7ª regional de saúde do Paraná	14
2. REVISÃO TEÓRICA	17
2.1 Sistema único de saúde.....	17
2.2 Instrumentos de gestão.....	20
2.2.1. Planos municipais de saúde	20
2.2.2. Programação anual de saúde.....	21
2.2.3 Relatório anual de gestão	23
2.3 Planos de cargos, carreiras e salários	24
2.4 Política nacional de educação permanente.....	27
3. METODOLOGIA.....	34
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
5. CONCLUSÃO.....	39
REFERÊNCIAS	40

1. INTRODUÇÃO

O usuário é o centro dos cuidados do Sistema Único de Saúde (SUS). Os trabalhadores de saúde, por sua vez, são peças fundamentais na engrenagem do sistema, sendo os protagonistas nas ações dentro do SUS. O investimento em estrutura, insumos, dentre outros, torna-se secundário se a mão de obra não está sendo valorizada, e se não houver investimentos em recursos humanos (ASSIS, 2008).

Do ponto de vista da gestão do trabalho no SUS, e sua relação com a qualidade de vida no/do trabalho, advoga-se aqui a importância do Plano de Carreira, Cargo e Salário (PCCS). O qual preconiza a capacitação e educação permanente; com mesas de negociação para subsidiar o processo decisório e de representação; formas de contratação e ingresso, progressão, fixação e critérios de avaliação de desempenho (LACAZ et al., 2008).

O PCCS é um importante instrumento de gestão de pessoas, que organiza e regula os principais direitos e deveres da relação organização-colaborador. Por meio dele, o trabalhador fica sabendo de suas responsabilidades, assim como de suas possibilidades de desenvolvimento, no que se refere a questões profissionais, e financeiras.

Para que possa existir ambiente motivador no seio da organização, pessoas integradas e produtivas, são necessários planos adequados de Recursos Humanos (RH). O plano básico, o carro-chefe, é, sem dúvida, o de cargos e salários, porque sem ele dificilmente os demais planos de desenvolvimento funcionam (PONTES, 1987, p. 17).

A estruturação e implementação de política de desenvolvimento de pessoas, por meio de PCCS e Educação Permanente (EP), deveria constar nos Planos Municipais de Saúde (PMS). Tais planos são ferramentas, que são definidas, segundo o PlanejaSUS, como o instrumento de gestão, que baseado em uma análise situacional, define intenções e resultados a serem buscados pelo município num período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas (VIEIRA, 2009).

O PMS é uma importante ferramenta de gestão e pode contribuir no processo de compreensão dos principais problemas e desafios enfrentados pela saúde municipal. Assim como, no processo de definição de objetivos para a gestão, e na visualização das estruturas, das mediações, e das ações necessárias para alcançar tais objetivos no processo de definição de uma agenda, e de um cronograma para as ações e medidas empreendidas. Do mesmo modo que no processo de monitoramento, e de avaliação da gestão. O PMS deve estar sempre em

“diálogo” com os dispositivos legais do SUS, e em sintonia com os espaços participativos da gestão, em especial, do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e das Conferências de Saúde. Além disso, o PMS, que deve ser aprovado pelo CMS, é um elemento fundamental para o Relatório Anual de Gestão (RAG) e à Programação Anual de Saúde (PAS). Sua validade é de quatro anos – do segundo ano do governo recém-eleito ao primeiro ano do próximo governo – devendo ser apresentado até o dia 15 de abril do primeiro ano de governo, e consequentemente, subsidiando o planejamento orçamentário do município (BRASIL, 2007).

Vale destacarmos a construção do PMS como um processo participativo em contraponto a um planejamento burocrático e normativo, que impossibilita a adesão e a responsabilidade dos atores envolvidos ao projeto de gestão em saúde do município. A participação na construção do PMS possibilita a escuta dos atores que vivenciam o cotidiano do SUS no município, num processo de discussão e construção de consensos sobre os problemas de saúde e a melhor maneira de enfrentá-los (BRASIL, 2007).

O plano deverá ser aprovado pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde, devendo este elaborar uma resolução, ou ata de reunião que aprova o plano, e o Secretário Municipal de Saúde deverá homologar a decisão. A Resolução do Conselho de Saúde, ou ata de reunião, que aprovou o Plano Municipal de Saúde, deve ser encaminhada através das Gerências Regionais de Saúde (BRASIL, 2008).

Para desenvolver as metas estabelecidas no PMS, a gestão deverá analisar a viabilidade das ações propostas e elaborar a previsão orçamentária. A apreciação de viabilidade implica na identificação da disponibilidade de determinados recursos para a continuidade das ações. Incluindo assim, a viabilidade política (vontade política de enfrentar a situação); viabilidade técnica operacional (disponibilidade de recurso técnicos para a execução das ações) e viabilidade financeira (disponibilidade de recursos financeiros negociados no Plano Plurianual (PPA), (BRASIL, 2016).

O PPA é um instrumento da administração e do planejamento público, cujo conteúdo é a programação do governo para quatro anos. O qual deverá conter suas diretrizes, objetivos e metas, descrevendo os programas e ações que resultarão em bens e serviços para a população. Seu período de vigência é do segundo ano do governo vigente ao primeiro ano do governo sucessor (BRASIL, 2016).

Dessa forma, o aumento de despesa decorrente de expansão ou criação de novas ações e serviços deve estar previsto no PPA. O PPA deve ser compatível com o PMS e com as leis orçamentárias. Seu prazo de encaminhamento ao legislativo é de quatro meses antes de se encerrar o primeiro exercício financeiro, o que ocorre no dia 31 de agosto (BRASIL, 2016).

Os planos de carreira, estruturados pela legislação municipal, com propostas de progressão bastante coerentes, tratam-se, muitas vezes, de letras mortas, que não tem aplicabilidade. Ora por não haver bom senso da gestão no cumpra-se, ora por questões políticas, onde uma gestão não quer cumprir o que a antecessora propôs, e instala-se um carrossel de incoerências, no qual o trabalhador é o mais comprometido (BRASIL, 2006).

Percebe-se, em muitos momentos, uma desmotivação por parte do trabalhador do SUS, o que resulta em grande rotatividade de pessoal, sempre em busca melhores oportunidades. Por isso, a presente pesquisa visa colaborar com o processo de Gestão do SUS, no sentido de evidenciar a preocupação dos gestores com os trabalhadores da saúde. Priorizando dentre os investimentos dos recursos, os recursos humanos, como perspectiva de carreira, impulsionando o servidor a aprimorar-se cada vez mais, e permanecer no seu vínculo empregatício, favorecendo diretamente o atendimento, pois um servidor motivado e valorizado reflete num atendimento de qualidade à população (ASSIS, 2008).

Diante das considerações acima, a proposição deste trabalho baseia-se na seguinte questão norteadora: Os Planos Municipais dos municípios da 7ª Regional de Saúde do Paraná contemplam os PCCS e outras formas de valorização do servidor?

O objetivo de nossa pesquisa será o de avaliar e analisar os Planos Municipais de Saúde dos municípios que compõe a 7ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, quanto à existência de políticas de valorização do trabalhador. Por meio de PCCS, ações de educação permanente, dentre outras perspectivas de valorização do servidor da saúde, pela análise do PAS e RAG, no quadriênio 2014-2017.

A metodologia envolveu o uso da abordagem analítica, pelo intermédio de uma leitura minuciosa dos instrumentos de gestão. Tendo sido coletados os dados dos PMS, submetidos a 7ª Regional de Saúde do Estado do Paraná e da base de dados DATASUS e SARGSUS.

A avaliação conjunta dos Planos Municipais de Saúde e os instrumentos de Gestão (PAS e RAG), dos quinze municípios pertencentes a 7ª Regional de Saúde do Paraná, com relação a valorização dos servidores e das propostas contidas nesses documentos públicos, fomentarão discussões e análises, contextualizando como o documento do PCCS é, ou possa vir a ser utilizado como um instrumento de gestão de pessoas.

1.1 Justificativa

Os critérios para progressão, promoção e movimentação na carreira visam dar transparência, racionalidade e equidade na alocação de um determinado servidor a um novo cargo ou a um novo conjunto de responsabilidades, dentro de uma mesma colocação, ou, ainda, a mesma função e as mesmas responsabilidades. No entanto, aplicadas em um contexto diferente, como um setor ou em uma coordenação.

Vale ressaltarmos a mudança do perfil profissional do trabalhador do SUS, que vem acontecendo nos últimos anos, pelo contexto econômico e social, pois os profissionais têm dedicação exclusiva ao sistema público de saúde. O que ocorre em razão dos concursos públicos, da vinculação estatutária, exigindo oito horas semanais, de maneira a “fidelizar” o profissional no SUS.

Nesse contexto de mudança de dedicação ao SUS, torna-se apropriado analisar o que os municípios apresentam no âmbito de propostas que tenham como objetivo estimular a qualificação do servidor, o investimento em motivação e em desenvolvimento pessoal, visando fomentar a excelência, dentro do sistema de saúde.

Portanto, a instituição de um Plano de Cargos e Salários, e sua devida implementação, faz com que o servidor seja considerado o pilar da Gestão Pública, tendo como diretriz a valorização do funcionalismo, o que favorece e fomenta a qualificação dos serviços de saúde. Uma vez que o profissional, ao se sentir valorizado, torna-se mais disposto ao trabalho, e seu engajamento oferece uma melhora no serviço ofertado à população.

Sendo assim, cabe discutirmos se existe a instituição dos Planos de Cargos e Salários e se isso se enquadra como Política de Gestão de Pessoas, com o objetivo de manter o servidor satisfeito e a missão de atender às demandas da sociedade, nos municípios avaliados. Para tanto, esse trabalho pretende fomentar a discussão sobre a valorização do servidor público, utilizada como ferramenta essencial na aplicação do princípio da eficiência para melhorar os serviços da Administração Pública, e analisar em que medida, essa valorização pode ser revertida na prestação de serviços adequados ao cidadão.

O trabalho está dividido em sete capítulos. O primeiro aborda uma breve descrição da Regional de Saúde e as ações executadas. Na sequência, um relato sobre o SUS, Instrumentos de Gestão (PMS, PAS e RAG), e uma revisão sobre a PNEPS.

1.2 Objetivos

1.2.1 Gerais

Verificar junto aos documentos públicos de gestão, se os Planos Municipais de Saúde, dos municípios da 7ª Regional de Saúde do Estado do Paraná contemplam PCCS ou outras formas de valorização do servidor.

1.2.2 Específicos

- a) Conhecer o processo de gestão de pessoas a nível municipal, dos municípios do sudoeste do Paraná pertencentes a 7ª Regional de Saúde.
- b) Efetuar um levantamento dos Planos Municipais de Saúde dos municípios envolvidos, quanto à existência de PCCS ou EPS.
- c) Analisar os instrumentos de Gestão (PAS E RAG), no período de 2014 a 2017, no quesito valorização do servidor público.

1.3 A 7ª regional de saúde do Paraná

O Estado do Paraná possui vinte e duas Regionais de Saúde, contemplando os 399 municípios do Estado. A sétima regional é formada por 15 municípios do sudoeste do Paraná, com populações que variam de 3.293 habitantes (Bom Sucesso do Sul) a 81.893 habitantes (Pato Branco), sendo este o município sede da Sétima Regional.

Principalmente por meio delas, o Estado exerce o seu papel. De forma que este papel, é mínimo na execução de ações e serviços de saúde, pois se desenvolve majoritariamente em

funções de apoio, cooperação técnica, e investimentos nos municípios, e nos consórcios. Os municípios, isoladamente ou aglutinados em módulos intermunicipais, devem assumir todas as ações e serviços que possam por eles ser absorvidas. À Regional de Saúde, cabe desenvolver a inteligência necessária, para apoiar o município em todas as áreas, e para influenciar na gestão das questões regionais, fomentando a busca contínua e crescente da eficiência com qualidade.

A 7º regional desenvolve programas e ações nas seguintes áreas: Vigilância em Saúde; Vigilância Ambiental e Nutricional; Vacinas; Gripe; Dengue; Logística Reversa de Medicamentos; Saúde do Viajante; Orientações sobre Rotulagem de Alimentos; Saúde de Populações Expostas aos Agrotóxicos; Saúde das Populações Vulneráveis; Saúde da Mulher; Saúde da Criança e do Adolescente; Atenção Primária; Tutoria APS; Rede Saúde Mental; Rede de Saúde Bucal; Saúde do Idoso; Atenção Materna- Infantil; Hospitais- HOSPSUS; Consórcios- COMSUS; Medicamentos; Controle do Tabagismo; Vitamina A; Oxigênio terapia; Enfrentamento às Violências; Saúde Indígena; Bolsa Família e Saúde do Homem;

Existem em andamento vários projetos da Secretaria Estadual de saúde, entre os quais podemos citar: Rede Mãe Paranaense, Sistema Estadual de Regulação, Programa de apoio e qualificação dos hospitais públicos e filantrópicos do SUS no Paraná, Farmácia do Paraná, e o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS.

Este último, vem de encontro com a política de educação permanente e valorização do trabalhador, pois institui uma nova lógica para a organização da Atenção Primária à Saúde (APS). Estreitando as relações entre o Estado e os Municípios, fortalecendo as capacidades de assistência e de gestão, com vistas à implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O programa iniciará um processo de Educação Permanente, desencadeado por meio de “ondas formativas” que envolverão as Regionais de Saúde, Municípios e Universidades, na realização de Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde. As oficinas serão constituídas por módulos que atingirão em torno de 30 mil trabalhadores e gestores em saúde, tanto do estado, quanto dos municípios.

A política de Educação Permanente no Paraná, foi elaborada com base na construção coletiva dos diagnósticos de saúde. Causas e determinantes que são levantados, proporcionam um planejamento de ações com objetivo de garantir a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados à população. Esses espaços de articulação, são para repensar o processo de

trabalho “in loco”, objetivando a melhoria da qualidade, efetividade e resolutividade dos serviços de saúde.

A implementação destes 22 PREPS tem, dentre seus objetivos, o aumento da articulação entre as várias instituições de Ensino Superior e Médio, Serviços Municipais e Regionais de Saúde, e demais parceiros situacionais. Esta articulação vem acontecendo sempre, conforme a realidade e necessidade demandada por cada regional, com a preocupação principal voltada para melhorar a qualidade das ações no atendimento aos usuários do SUS. Infelizmente, a sétima regional ainda não implantou seu polo de educação permanente. Algo a ser questionado e relacionado no presente trabalho. Apesar das iniciativas do Estado em propiciar ações de educação permanente ou continuada, os municípios não seguem tais orientações. Verificamos que a Educação Permanente não é priorizada, frente ao ‘ciclo vicioso’ de dificuldades dos serviços de saúde, corroborando com Lino, 2009.

O quadro 01 traz alguns dados dos municípios pertencentes a 7ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Na tentativa de contextualizar o estudo, junto a realidade apresentada em cada ente municipal, de acordo com as possibilidades e perspectivas relacionadas.

Quadro 01: Municípios da 7ª Regional de Saúde do Paraná

Municípios	Área (Km2)	População	IDH
Bom Sucesso do Sul	195.867	3 274	0,704
Clevelândia	704.634	16 671	0,718
Chopinzinho	959,692	19 343	0,740
Coronel Domingos Soares	1.557.894	7 475	0,609
Coronel Vivida	684.417	20 892	0,714
Honório Serpa	502,235	5 305	0,645
Itapejara do Oeste	254,077	11 831	0,713
Mangueirinha	1.073.793	16 787	0,695
Mariópolis	230.741	6 586	0,717
Palmas	1.567.361	50 198	0,687
Pato Branco	539,415	81 893	0,778
São João	390,640	10 303	0,695
Saudade do Iguaçú	152.084	5 459	0,695
Sulina	152.084	3 033	0,684
Vitorino	307,946	6 817	0,728

Fonte: IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. (2019).

Numa breve análise do quadro 01 evidencia-se as diferenças populacionais e territoriais dos 15 municípios, tendo populações variáveis entre 3.033 habitantes 81.893. Estruturas organizacionais e quadro de servidores bastante diversificados, o que poderia vir a influenciar nas ações e propostas de valorização do servidor e presença de PCCS.

2. REVISÃO TEÓRICA

2.1 Sistema único de saúde

Muitos avanços ocorreram nos últimos anos no processo de consolidação do SUS, dentre eles destacam-se o aumento do acesso às ações e serviços de saúde, o investimento em recursos humanos (BUCHAN; FRONTEIRA; DUSSALT, 2011), o processo de descentralização da gestão, e a ampla participação social (PAIM et al., 2011). Entretanto, ainda há dificuldades, que são nós críticos para a sua efetivação.

Com o propósito de avançar nesse processo, rediscutir a organização o funcionamento do SUS, bem como para definir as responsabilidades de gestão de cada ente federado, foi criado o Pacto pela Saúde atribuindo aos gestores papéis protagonistas no fortalecimento do sistema, por meio da execução das ações de planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços de saúde (BRASIL, 2006b).

O Pacto pela saúde está organizado em três dimensões. A primeira dimensão é a do Pacto pela vida, que estabelece metas sanitárias mobilizadoras. Partindo de compromissos sanitários e de gestão que deverão ser atingidos pelo SUS. Está estruturada em uma política de resultados, na qual trabalha com a proposição de metas que mostrem a realidade de cada estado ou município, respeitando compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados (BRASIL, 2007).

A segunda dimensão é o Pacto em Defesa do SUS. Esta dimensão tem por objetivo discutir a questão da saúde pública e da repolitização do SUS, relembrando os princípios doutrinários da Reforma Sanitária, e salientando os direitos garantidos na Constituição (integralidade, equidade e universalidade no SUS). Busca consolidar “a política pública de saúde brasileira como uma política de Estado, mais do que uma política de governos”. As prioridades são: implementar um projeto permanente de mobilização social com a finalidade, entre outras, de mostrar a saúde como direito de cidadania, e o SUS como sistema público universal. Assim como, elaborar e divulgar a Carta dos direitos dos usuários do SUS, pois a informação é um direito do cidadão, e um meio que o indivíduo dispõe para tomar conhecimento e ter poder de determinação acerca da situação que está vivendo (MACHADO, 2009).

Quanto à terceira dimensão, o Pacto de Gestão, tem como principal finalidade, a busca de maior autonomia aos Estados e aos municípios no que tange aos processos normativos do SUS. Definindo a responsabilidade sanitária de cada esfera de governo, tornando mais claras as atribuições de cada um. Contribuindo assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada do SUS. As diretrizes para gestão do SUS têm ênfase na Descentralização, Regionalização, Financiamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), Regulação, Planejamento, Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, Participação e Controle Social (MACHADO, 2009).

Esse pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os Estados e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Neste processo, as Secretarias Estaduais em parceria com a representação dos municípios, terão o papel de fortalecer o espaço de negociação e pactuação, por meio de câmaras técnicas e/ou grupos de apoio, para dar suporte às decisões da CIB. Criam-se as CIBs microrregionais. Neste cenário, as CIBs estaduais e microrregionais irão ter papel fundamental na “análise da situação de saúde, na elaboração de propostas de intervenção e no estabelecimento dos mecanismos para melhorar a gestão e regulação do sistema” (BRASIL, 2007).

A regionalização é pensada como uma estratégia para facilitar e melhorar o acesso aos serviços de saúde. Desde que respeitados os conceitos de economia de escala, e da qualidade da atenção, buscando o “desenvolvimento de sistemas eficientes e efetivos e criando bases territoriais para o desenvolvimento de redes de atenção à saúde” (MACHADO, 2009).

O pacto propõe que se criem espaços permanentes de pactuação, e co-gestão solidária, e cooperativa. Por meio de um Colegiado de Gestão Regional, CIBs regionais, com a participação de gestores de saúde dos municípios que compõem a Região, como também da representação estadual (BRASIL, 2007).

O Pacto pela Saúde foi assinado em fevereiro de 2006 pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Em um de seus componentes, o Pacto de Gestão, enfatizou de modo inédito a importância das responsabilidades sanitárias na gestão do trabalho (BRASIL, 2006a). Segundo a Portaria n. 699/GM, de 30/03/2006 (BRASIL, 2006b), a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (TCG), deve se traduzir nos seguintes compromissos:

- Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho considerando os princípios de humanização, participação e de democratização das relações de trabalho;
- Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários, com adequação de vínculos onde for necessário;
- Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores;
- Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite, com vistas à adoção de políticas de pessoal descentralizadas;
- Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) para elaboração, implementação e/ou reformulação dos PCCS;
- Propor e pactuar diretrizes de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores da saúde, sobretudo onde a restrição de oferta, afetar diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

A utilização de instrumentos de planejamento nas três esferas de governo do SUS é tema amplamente visado pelo Ministério da Saúde (MS), sendo estabelecido no ano de 2006 uma política específica para este assunto, por meio da Portaria nº 3.085, intitulada PlanejaSUS. Porém, esses instrumentos com principal destaque ao Plano de Saúde, citado desde a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, encontram grandes entraves na esfera municipal, principalmente em municípios de pequeno porte (BRASIL, 2006).

Cunha (2009) avalia como um avanço a Portaria GM n198/2004 (BRASIL, 2004), que instituiu 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 em 2004. Todavia, após um início auspicioso, ocorreu um período de esfriamento. Em 2007, a publicação da Portaria GM/MS nº 1.996/2007 (BRASIL, 2007a) reverteu este quadro, definindo novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Com a nova Portaria, o financiamento das Ações de Educação na Saúde tornou-se regular e sistemático, realizado pelo intermédio de transferências fundo a fundo, diretamente para o bloco de gestão recém instituído pelo Pacto pela Saúde.

2.2 Instrumentos de gestão

O PlanejaSUS tem por objetivo geral coordenar o processo de planejamento no âmbito do SUS, considerando as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir – oportuna e efetivamente – para a sua consolidação e, conseqüentemente, para a resolubilidade e qualidade da gestão e da atenção à saúde (BRASIL, 2007).

Seu funcionamento tem como base a formulação e revisão periódica dos instrumentos de gestão, que são: o Plano Municipal de Saúde (PMS), as suas respectivas Programações Anuais de Saúde (PAS) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG). Tais instrumentos compõem assim, o elenco básico dos produtos a serem promovidos, de início pelo PlanejaSUS. O primeiro instrumento a ser elaborado no primeiro ano da gestão municipal é o Plano Municipal de Saúde. O Plano Municipal de Saúde, além de constituir-se numa exigência legal, é um instrumento fundamental para a consolidação do SUS. Visto que, por meio dele, explicita-se o caminho a ser seguido pela Secretaria Municipal de Saúde para atingir a sua missão (BRASIL, 2009).

2.2.1. Planos municipais de saúde

A análise do conjunto das informações sistematizadas no mapa da saúde, deve ter como objetivo a definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores, que irão orientar o conjunto de ações a serem priorizadas no Plano de Saúde. Este Plano deve conter uma estrutura básica, que explicita a análise da situação de saúde da população, a apresentação do conjunto das diretrizes nacionais, acrescidas de diretrizes estaduais e municipais definidas pelos respectivos conselhos. Nos casos dos planos dos âmbitos federal, estadual e municipal, será assegurada a participação popular e a realização de audiências públicas, durante o processo de sua discussão e elaboração, de acordo com as especificidades de cada território.

Desse modo, o PMS apresenta a orientação política sobre o que fazer no conjunto das organizações de saúde durante o período de quatro anos, a partir da explicitação de diretrizes, objetivos, ações, indicadores e metas. Sua importância reside no fato que esse documento contempla, de forma flexível, todas as ações em saúde dos quatro anos do governo municipal,

e pode incluir as promessas de campanha. O PMS também pode ser utilizado como um instrumento de fiscalização das ações públicas em saúde, direcionando as ações do controle social (BRASIL, 2016).

O Plano de Saúde é a base para a execução, o acompanhamento, e a avaliação da gestão do sistema de saúde em cada esfera de gestão, contemplando todas as áreas de atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção. O seu conteúdo reflete as necessidades de saúde da população, sob as quais se baseiam as definições de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde (assistência, vigilância em saúde — epidemiológica, sanitária e ambiental — e assistência farmacêutica). O Plano de Saúde, assim como os demais instrumentos de planejamento no SUS, é submetido à apreciação e aprovação do respectivo Conselho de Saúde e deve ser disponibilizado para acesso público no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS¹); (BRASIL, 2016).

De acordo com a Portaria nº 2.135, de 2013, a elaboração do Plano de Saúde deve conter minimamente, a seguinte estrutura: 1- Período de vigência do Plano de Saúde; 2- Identificação (esfera de gestão correspondente); 3- Ato do Conselho de Saúde que avalia o Plano de Saúde; 4- Análise da Situação de Saúde, com base no Mapa da Saúde; 5- Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores; 6- Monitoramento e Avaliação (BRASIL, 2016).

2.2.2. Programação anual de saúde

Sequencialmente, deve ser elaborada a Programação Anual de Saúde (PAS), que também pode ser chamada de “Agenda Anual de Saúde”. Seu principal objetivo é indicar quando, onde, e por quem as ações serão realizadas, além de orientar quanto à previsão orçamentária anual. Recomenda-se que esta ação seja feita de maneira intersetorial, envolvendo os setores administrativo e financeiro do nível municipal. Finalmente, o Relatório Anual de Gestão, deve apontar se as ações previstas na PAS foram ou não cumpridas, detalhando como as atividades foram feitas e quais os impactos ocorridos (BRASIL, 2016).

Neste momento, o PMS pode ser revisto pelos atores envolvidos no processo no âmbito municipal, como conselheiros de saúde, profissionais de saúde, entre outros,

¹ Site (SARGSUS): Disponível em: < www.saude.gov.br/sargsus > Acesso em 13. mai 2018.

incluindo-se ou retirando-se ações, de acordo com as necessidades momentâneas (BRASIL, 2007).

2.2.3 Relatório anual de gestão

O Relatório Anual de Gestão (RAG), é um instrumento básico de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), que apresenta elementos fundamentais para o acompanhamento e avaliação das iniciativas quadrienais amplamente indicadas pelo Plano Nacional de Saúde (PNS) e anualmente operacionalizadas pela Programação Anual de Saúde (PAS), sob responsabilidade da respectiva esfera de gestão, visando o alcance dos objetivos do SUS. O RAG permite a verificação da efetividade e da eficiência alcançada na atenção integral à saúde, subsidia as atividades de controle e auditoria. Além de constituir-se em importante instrumento de controle social, e de referência para a participação social na atuação estatal em saúde (BRASIL, 2007).

Em 31 de maio de cada ano, se encerra o prazo para gestores públicos de saúde apresentarem ao Conselho de Saúde os RELATÓRIOS ANUAIS DE GESTÃO – RAG. Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, já devem ter concluído os relatórios anuais de gestão (BRASIL, 2016).

O quadro 02 sintetiza as ações dos gestores em saúde relacionadas ao planejamento e execução das ações nos quadriênios, no tocante à periodicidade, embasamento legal e competências de cada ente.

Quadro 02: Agenda anual mínima dos gestores de saúde

Ato	Descrição	Prazo
Conferência de saúde	A conferência de saúde reúne-se a cada quatro anos para avaliar situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde base: lei 8142 – art.1, § 1º	No mínimo a cada 4 anos (lei 8142); depende de prazos de lei estadual ou municipal; De preferência fazer antes do plano de saúde (último ou primeiro ano de governo)
Plano de saúde	Fazer diagnóstico da situação de saúde com as propostas de intervenção para 4 anos Base: lei 8142 – 8080 – pt.3332/2006	4/4 anos – feito no primeiro semestre do primeiro ano de governo
Lei do Plano Plurianual (PPA)	Estabelecer o plano para próximos 4 anos: 2,3,4 do atual executivo e o primeiro do próximo mandato. BASE: CF + LC 101	4/4 anos – feito no primeiro semestre para consolidação até agosto do primeiro ano de governo
Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)	Extraír uma parte do PPA para ser executado a cada ano – vai servir para orientar a lei orçamentária anual. Base: CF + LC 101	Até o final de abril de cada ano o executivo apresenta ao legislativo, que tem que devolver até o fim de junho.
Programação anual de saúde	Detalhamento anual do plano de saúde; contém: ações, metas, indicadores e financeiro. Base: pt.3332/2006	Deve se delinear entre a LDO e a LOA; entre junho e agosto e se ajusta após aprovada a loa em dezembro.

Lei orçamentária anual (LOA)	Recebe a LDO aprovada no legislativo e seguindo-a se elabora a loa para o ano seguinte com todo o detalhamento - financeiro – Base: CF + LC 101	Até o final de agosto para a união e para estados e municípios até final de setembro.
Relatório trimestral de gestão	Apresentado pelo MS ao conselho, pelos estados e municípios ao conselho e no legislativo (audiência pública) base: lei 8689,12	A cada 3 meses: Abril, julho, outubro, janeiro apresentado pelo gestor de saúde.
Relatório quadrimestral de gestão	Apresentado pelo prefeito em audiência pública e pelo relatório resumido de execução orçamentária – RREO, enviado ao ministério da fazenda. Base: LC 101	A cada quatro meses apresentado pelo chefe do executivo ao respectivo legislativo (maio, setembro, janeiro)
Relatório anual de gestão	Contendo todos os detalhes do executado física e financeiramente - Base: lei 8142 e PT-GM/MS 3176/2008	Prazo de encaminhamento da aprovação do conselho à comissão intergestores – 31 de maio

Fonte: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** (2018).

2.3 Planos de cargos, carreiras e salários

Bodstein (2002) citou o Pacto pela Saúde em relação à gestão partilhada de carreira. As diretrizes preveem a constituição de comissões paritárias de carreira, com o objetivo de formular o anteprojeto de lei do PCCS, acompanhar e avaliar, periodicamente a implantação dos planos e propor ações para seu aperfeiçoamento, visando adequá-los à dinâmica do SUS. Buscou ainda identificar e estudar a existência e/ou formas de negociações coletivas, de contratação, tipo de vínculo e jornada, implantação de carreiras e de políticas de formação de pessoal, bem como o modus operandi desses instrumentos de gestão do trabalho pelos gestores do SUS nos municípios estudados.

Junqueira, 2011, realizou coletas de dados e análise documental, particularmente dos Planos de Carreira, Cargos e salários (PCCS) de oito municípios do Estado de São Paulo, os resultados mostraram repercussão pouco relevante das decisões das mesas de negociação na política de gestão do trabalho; incorporação parcial das diretrizes do PCCS-SUS, apenas em três municípios; política de formação de pessoal caracterizada por iniciativas pontuais dissociadas da progressão funcional. As dissonâncias também se expressavam, nesses três municípios, no fato de que em dois deles, o PCCS se destinava exclusivamente aos trabalhadores do SUS. Enquanto no terceiro município, o PCCS englobava trabalhadores de diversos setores da prefeitura. O vínculo dos trabalhadores abarcados pelo PCCS era

estatutário em dois municípios e pela CLT em outro. Quanto à configuração dos cargos, em um município não foram criados cargos multitarefas ou multiprofissionais, conforme preconizam as diretrizes do PCCS-SUS, e os cargos foram estipulados a partir das profissões ou especialidades.

Barros (2004) avaliou questões de RH relativas à área da saúde e dos municípios avaliados que declaram estrutura de RH na SMS, 27% deles relatam apresentar PCCS para profissionais da saúde. Acreditam que a utilização do PCCS tem pertinência e possa ser este um instrumento facilitador da gestão, corroborando com Pierantoni (2012). Para Scalco, 2010, a “valorização do trabalhador” representa um dos fatores determinantes para a motivação e manutenção do trabalhador nos serviços. A análise considerou como “boa valorização” a gestão que possuía PCCS implantado.

A expressão “tecnologias” vem sendo utilizada no campo da saúde para designar a sistematização dos diversos modos de produzir saúde. Segundo Schaiber et al, 2008; “[...] a tecnologia deve ser compreendida como conjunto de ferramentas, entre elas as ações de trabalho, que põem em movimento uma ação transformadora da natureza”. Sendo assim, além dos equipamentos, devem ser incluídos os conhecimentos e ações necessárias para operá-los: o saber e seus procedimentos. O sentido contemporâneo de tecnologia, portanto, diz respeito aos recursos materiais e imateriais dos atos técnicos e dos processos de trabalho, sem, contudo, fundir essas duas dimensões.

Vale ressaltarmos, que o trabalho vivo em ato é o trabalho criador, que possibilita a fabricação de um novo produto. O homem, no processo produtivo, pode utilizar com uma certa autonomia os elementos que já estão dados, e esse autogoverno que está marcado pela ação do seu trabalho vivo em ato sobre o que lhe é ofertado (MERHY; FEUWERKER, 2009, p. 03).

Merhy (2005) considera que as tecnologias de produção do cuidado em saúde subdividem-se em três categorias: as tecnologias leves, referentes à relações de produção de vínculo, acolhimento e gestão dos processos de trabalho; as tecnologias leves e duras, relacionadas aos saberes já estruturados, tais como: a clínica médica e a epidemiologia; e as tecnologias duras, representadas pelos equipamentos tecnológicos, normas e estruturas organizacionais.

O SUS, criado a partir da Constituição Brasileira de 1988 e regulamentado através da Lei 8.080/90, tem princípios defendidos pelo ideal do movimento de Reforma Sanitária e traz uma perspectiva de inovação no modelo de atenção à saúde. A reversão da lógica de assistência à saúde, trata sobre a defesa do direito à saúde para todos os cidadãos; a integração

das ações de saúde (preventivas e curativas) em um único sistema acessível a toda a população; a descentralização da gestão administrativa e financeira para estados e municípios; além da promoção da participação e controle pelos cidadãos nas ações de saúde. (BAPTISTA, 2007). A efetivação de mudanças nos modos de produção da atenção à saúde no Brasil, tem exigido uma reorientação das práticas por parte dos trabalhadores do SUS. Sendo esse, um dos desafios que necessitam ser enfrentados pelos gestores do sistema de saúde e instituições formadoras (VIEIRA, 2009).

Na busca de superação do cuidado, até então orientado por uma perspectiva eminentemente curativa e hospitalocêntrica, evidencia-se a necessidade da ressignificação dos processos de trabalho por parte dos profissionais de saúde. De forma que se tornem significativos para os trabalhadores, e os impulsionem a vivenciar uma nova prática.

Apesar de alguns avanços, a formação dos profissionais de saúde ainda está muito distante do cuidado integral. O perfil dos profissionais de saúde demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas. Há uma necessidade crescente de educação permanente para esses profissionais, com o objetivo de (re) significar seus perfis de atuação, para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS, o que é um grande desafio (BATISTA, 2011).

A consolidação do SUS tem exigido dos gestores de saúde, nas diferentes esferas, a identificação e a definição de estratégias para a resolução dos problemas de recursos humanos (RH) em saúde, indicando também a necessidade de fortalecimento das práticas de gestão nesse campo. O desenvolvimento de RH representa hoje um papel de suma importância. A qualificação de RH na saúde, pode ser entendida como a efetivação de estratégias e ações para o aproveitamento do potencial dos profissionais, no sentido de enfrentar as mudanças e os desafios gerados no desempenho do trabalho diário, nos diferentes espaços do SUS (BATISTA, 2011).

O significado da formação, e a qualificação do cuidado, devem estar presentes nos processos educativos para os profissionais de saúde. O ideal de profissional que queremos para o nosso Sistema de Saúde, pode ser atingido se reconhecermos as necessidades e o poder criativo de cada um, ouvir o que cada um tem para dizer e refletir sobre a prática profissional inicialmente cheia de valores e de significados, os quais, muitas vezes, se perdem pelo caminho. Precisamos recuperar esses valores em nossos espaços de trabalho, nos centros formadores, nas universidades. Este é o grande desafio (BATISTA, 2011).

2.4 Política nacional de educação permanente

A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, seja no âmbito nacional, estadual, regional, e mesmo municipal, deve considerar o conceito de Educação Permanente em Saúde, e articular as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004).

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa, e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade, e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já possuem. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde, se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores, sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde, têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2004).

A proposta é de ruptura com a lógica da compra, e pagamento de produtos e procedimentos educacionais orientados pela oferta desses serviços; e ressalta as demandas por mudanças e melhoria institucional, baseadas na análise dos processos de trabalho, nos seus problemas e desafios. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde, supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado, para trabalhar com a ideia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais, e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida. Assim como, assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas, e das populações (BRASIL, 2006).

As Comissões de Integração Ensino-Serviço, devem funcionar como instâncias interinstitucionais e regionais para a cogestão dessa política, orientadas pelo plano de ação

regional para a área da educação na saúde, com a elaboração de projetos de mudança na formação (educação técnica, graduação, pós-graduação) e no desenvolvimento dos trabalhadores para (e na) reorganização dos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

Costa (2006) entende que educação para o trabalho, é considerada uma matriz qualificadora para a assistência à saúde da população. A expansão do sistema de saúde brasileiro, ocorrida a partir dos anos 1970, e a conseqüente necessidade de desenvolvimento de mão de obra para o setor, impulsionaram o surgimento de diversos programas de formação, que buscaram construir modelos político-pedagógicos comprometidos com a promoção do diálogo entre o ensino, e os serviços de saúde.

Para Sarreta (2009), o diferencial é a construção coletiva de novas estratégias de trabalho comprometidas com os princípios e as diretrizes do SUS. E da mesma forma, com as necessidades de cada região, mediante à problematização das práticas cotidianas, visando recuperar as ações, e desenvolver a autonomia e a participação.

Considerando a complexidade do sistema de saúde brasileiro, Ceccim (2005) afirma que a EPS, é necessária para a consolidação de práticas voltadas à resolutividade dos problemas de saúde das populações locais. O resultado esperado, é a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar. Na busca de soluções criativas para os problemas, o desenvolvimento do trabalho em equipe matricial, a melhoria da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento.

Um dos pilares de sustentação do Sistema Único de Saúde (SUS), é a formação de seus trabalhadores. Seguindo essa premissa, o Brasil instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), como estratégia de formação e desenvolvimento de trabalhadores de saúde, por meio da Portaria 198 GM/MS DE 2004 (JUNQUEIRA, 2011).

Para Cunha (2009) a Educação Permanente em Saúde (EPS), é compreendida como um conceito pedagógico que relaciona ensino, serviço, docência e saúde, contribuindo para o desenvolvimento profissional, a gestão setorial e o controle social. A EPS tem por base os pressupostos da aprendizagem significativa, que devem ser orientadores das ações de desenvolvimento profissional e das estratégias de mudança das práticas de saúde. Assim, apresenta-se como uma estratégia de educação na saúde, que tem um olhar sobre as necessidades da população. Configurando-se como um processo de gestão participativa e transformadora, que inclui instituições de ensino, trabalhadores, gestores e usuários, formando o “quadrilátero da formação”.

Para a qualificação da atenção, entretanto, torna-se imprescindível a atuação do gestor como articulador e facilitador dos processos. Além de um importante indutor do

financiamento, em um modelo de gestão, que busque integrar todos os atores envolvidos na discussão dos contextos, para a definição das demandas educacionais relacionadas aos problemas reais do cotidiano dos serviços de saúde. Assim, a educação permanente, configura-se como ferramenta de grande importância para a gestão, especialmente no nível local, podendo ser favorecida pelo apoio institucional, dentre outros dispositivos (LIMA, 2014).

Para Lemos (2016) a concepção da educação permanente na PNEPS, vai além de um significado pedagógico, pois busca responder a um processo de reestruturação dos serviços frente às novas demandas do modelo de atenção. No entanto, ao contrário de um instrumento de transformação, a educação permanente em saúde tem se configurado apenas como uma novidade pedagógica, ou como uma ideologia que seduz os serviços de saúde, sem realmente alcançar a dimensão de transformação do modelo de atenção no SUS. Assim, é preciso construir práticas sustentadas em novos modos de operar o conceito, e a aplicação da educação permanente nos serviços de saúde.

A busca pela inovação na educação permanente, deve ser constante e implica despertar interesse dos envolvidos por novas experiências de aprendizagem. É um desafio dos gestores e dos demais profissionais, para proporcionar modos de se pensar favoráveis ao desenvolvimento da capacidade reflexiva dos trabalhadores em serviço. Dessa forma, a educação permanente pode ser vista como mediadora de mudanças e como possibilidade de crescimento do ser humano, para lidar com o mundo e (re) interpretar a realidade, o que deve ser constante em ciclos permanentes (LEMOS, 2016).

Ricaldoni (2006), cita que como implicações para a prática indica-se que a educação permanente é campo que carece de investimentos no Brasil. Não pode ser vista somente como ferramenta de organização do sistema de saúde, ou estratégia para remodelar o processo de trabalho, com a realização de cursos ou ações educacionais pontuais, restrita à momentos formais instituídos. Ela deve ser entendida como dispositivo para mediar mudanças, permitindo aos sujeitos um processo de autoanálise no trabalho, pelo trabalho e para além do trabalho, como possibilidade de crescimento para lidar com o mundo.

Como forma de compreender a construção e evolução histórica na construção da PNEPS, o quadro 03 sintetiza tais datas e suas contribuições na instituição de ações que fomentem tais iniciativas no âmbito das três esferas institucionais.

Quadro 03: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

Ano	Lei
-----	-----

2003	Criação da SGTES e aprovação do CNS e CIT da “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, Caminhos para Educação Permanente em Saúde”.
2004	Port. GM/MS nº 198 institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores.
2006	Port. GM/MS nº 399 – institui o Pacto pela Saúde
2007	Port. GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 – que dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
2007	Situação atual: revisão da Port. GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 à luz do Decreto 7.508/2011 e da Política Nacional de Atenção Básica.
2017	PORTARIA Nº 3.194, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2017 - Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS.

Fonte: BRASIL. **A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para o SUS. Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017.** (2018).

A política traz questionamentos a cada esfera de governo, aqui serão colocadas as responsabilidades municipais da Educação em Saúde (BRASIL, 2009):

- a) Todo município deve formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde. Criando, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando do seu financiamento; (Existe uma Política de Educação Permanente em Saúde no âmbito municipal?) Que estrutura organizacional é responsável pela condução dessa política no âmbito municipal? Qual a dotação orçamentária destinada à Política Municipal de Educação Permanente em Saúde? Qual a participação das instâncias de controle social na formulação e implementação dessa política? O Plano Municipal de Saúde contempla as questões da formação, e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS? Que linhas de ação estão contempladas na Política Municipal de Educação Permanente em Saúde? O que foi realizado nos últimos dois anos nessa área?
- b) Todo município deve promover diretamente ou em cooperação com o estado, com os municípios da sua região e com a União, processos conjuntos de educação permanente em saúde; (Quais os processos de educação permanente que o município desenvolve isoladamente ou em conjunto com outros municípios e/ou estado? • Como é a participação do município na referência regional para a educação permanente em saúde? • Em que medida as demandas por formação, e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde do município, são atendidas pelas atividades promovidas por

- essa referência regional? • Como são construídas as parcerias para o desenvolvimento das ações de educação na saúde?)
- c) Todo município deve apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde, na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde; (O município promove espaços de participação e articulação dos movimentos de educação popular em saúde na discussão da formação dos profissionais de saúde? Há uma identificação/mapeamento (censo) dos movimentos sociais de educação popular em saúde no município? Como os serviços de saúde se relacionam e trabalham com esses movimentos? Esses movimentos participam de espaços de discussão sobre os serviços de saúde, planejamento em saúde e controle social? Qual a contribuição destes movimentos para o SUS no município?).
 - d) Todo município deve incentivar, junto à rede de ensino, no âmbito municipal, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS; (Quais as ações educativas em saúde, sobre o direito à saúde, e sobre o SUS, são desenvolvidas a partir dessas articulações? Como se dá a articulação entre as Secretarias de Saúde e Educação com a sua rede de ensino?).
 - e) Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas, e práticas, para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS; (Qual a articulação política do município com as várias instituições formadoras da área da Saúde? O que norteia a definição dos equipamentos de saúde que serão utilizados como cenários de práticas na formação dos profissionais da saúde? Quais estratégias políticas vêm sendo desenvolvidas no município, que visam reorientar a formação dos profissionais da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS? Qual o investimento financeiro do município para implementação dessas políticas?).
 - f) Promover e articular junto às escolas técnicas de saúde, uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem; (Qual a articulação política do município com as escolas técnicas da área da Saúde? O que norteia a definição dos equipamentos de saúde que serão utilizados como cenários de práticas na formação técnica dos profissionais da saúde? Quais estratégias políticas vêm sendo desenvolvidas no município que visam reorientar a formação técnica dos profissionais da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS? Qual o investimento financeiro do município para implementação dessas políticas?).

Dessa maneira, Rizzotto, (2014), relata que apesar das prerrogativas legais vigentes desde a criação da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, 59,8% dos entrevistados informaram que não têm PCCS. Portanto, não vislumbram a possibilidade de crescimento profissional na AB, indicando um quadro desafiador para a política de gestão do trabalho em saúde também no estado do Paraná. Entre os que possuem PCCS, a progressão por titulação formação profissional e antiguidade são as mais referidas como formas de ascensão.

O próprio Ministério da Saúde reconhece que o SUS tem, atualmente, quatro grandes questões à resolver: o financiamento, a construção de uma base produtiva nacional de insumos e equipamentos para a saúde, a sua governança e os recursos humanos, envolvendo a formação e distribuição dos trabalhadores da saúde, condições essenciais para a melhoria da qualidade e resolutividade do cuidado (BRASIL, 2014).

A política de gestão do trabalho em saúde, pressupõe a necessidade de garantir condições que valorizem o trabalhador e suas atribuições, tais como: o Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), os vínculos de trabalho com proteção social, os espaços de discussão à respeito das relações e condições de trabalho, a capacitação e educação permanente dos trabalhadores, entre outros. No entanto, no Brasil, as mudanças de visão das políticas de recursos humanos para as da gestão do trabalho em saúde, ainda são bastante tímidas na maioria dos serviços (BRASIL, 2014).

Trata-se de promover a autonomia e responsabilização das equipes de trabalho, a partir do diagnóstico e da busca de soluções compartilhadas. Incluindo, como seria esperado, o acesso a novos conhecimentos e competências culturais. Indissolivelmente ligados às mudanças na ação, e no contexto real das práticas (BRASIL, 2006).

Entre os principais desafios que se apresentam, se podem citar, o necessário planejamento do sistema de saúde, e a pactuação de metas; a regulamentação do processo de avaliação de desempenho e articulação com a política de educação permanente. De acordo com as metas pactuadas; a valorização do trabalho em equipe como indicador importante do desempenho profissional; e a inserção de todos os profissionais que trabalham na saúde, inclusive administrativos e agentes de saúde (VIEIRA, 2017).

Destarte, o processo de implantação de um plano de carreira, não deve ser entendido como uma peça neutra. Isto é, passível de ser justificado, apenas pela racionalidade administrativa. Ele sempre terá, também, um caráter político, econômico, social e cultural (VIEIRA, 2017).

Sem dúvidas, estamos longe do esgotamento deste tema. De forma, que são necessárias novas aproximações no sentido de desvelar, e mapear as diferentes experiências em voga,

no Brasil, e em países com sistemas universais de saúde. Questionando especialmente, a função do estado na regulação das profissões e do trabalho em saúde, cujas interfaces recaem sobre a gestão do trabalho (VIEIRA, 2017).

Entender a educação permanente como uma tendência em incentivar o servidor da saúde a tornar-se melhor, e favorecer a gestão em saúde na expectativa de propor caminhos valorosos, é uma premissa a ser alcançada.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, que utilizou como método a análise documental dos Planos Municipais de Saúde, elaborados para execução no período de 2014 a 2017, dos 15 municípios. Os dados foram coletados no Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão SARGUS². Os Planos Municipais de Saúde ficam inseridos na aba de situação do Relatório Anual de Gestão, quando os gestores de saúde elaboram e aprovam o Relatório Anual de Gestão.

Os resultados obtidos buscam compor um panorama da carreira do Servidor Municipal pela Gestão de Saúde, nos municípios do sudoeste do Paraná, o que tem sido proposto aos trabalhadores de saúde destas cidades, em seus PCCS. Os resultados serão disponibilizados junto à 7ª Regional de Saúde, sendo que os municípios que participaram da pesquisa, terão livre acesso aos dados obtidos. De forma a propiciar um *feedback* das ações que estão sendo implantadas junto aos seus servidores, como forma de estimular a valorização dos trabalhadores em seus municípios.

Por se tratar de documento de acesso livre, domínio público, tornou-se desnecessária a aprovação do projeto pelo Conselho de Ética em Pesquisa. A análise foi documental, realizada através de uma leitura detalhada, de forma a constatar a presença de PCCS, ou outras iniciativas de educação permanente e valorização do servidor na composição do PMS, submetidos para a Regional de Saúde do Paraná e publicações na plataforma SARG-SUS.

A análise constatava ainda, de que forma tais PCCS estavam dispostos no PMS, em qual diretriz, ou se apenas era citado na PAS dos anos de 2014 a 2017, sem nenhuma citação direta no documento PMS. O instrumento normativo para o processo de monitoramento e avaliação é o RAG, com avaliação e apreciação feita pelos conselhos municipais de saúde (BRASIL, 1990; BRASIL, 2012).

² BRASIL. DataSUS. Disponível em: <https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!usuarioLogado.action?SARGUSUS_TOKEN=9NOU-CW56-R5XJ-OFBC-L3OQ-A7PN-G40S-QQWX> Acesso em: 28 mai. 2019.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente capítulo apresenta os resultados e discussão, a partir do objetivo geral de avaliar e analisar os Planos Municipais de Saúde, dos municípios que compõe a 7º Regional de Saúde do Estado do Paraná. Quanto à existência de políticas de valorização do trabalhador, através de PCCS, ações de educação permanente, dentre outras perspectivas de valorização do servidor da saúde, pela análise do PAS e RAG, no quadriênio 2014-2017.

Ao todo foram analisados 15PMS, 60 PAS e 60 RAGs, referentes ao quadriênio 2014- 2017. Tais documentos foram disponibilizados pela própria regional de saúde, além do acesso ao site Sargsus, onde constam as PAS e RAGs, de todos os municípios envolvidos.

O quadro 04 relaciona os municípios e a presença de PCCS. Vale lembrarmos que tais dados foram obtidos dos documentos oficiais apresentados pelos municípios a Regional de saúde. Além de alimentar o sistema Sargsus, na condição de Gestão.

Quadro 04: Municípios da 7ª Regional de Saúde do Paraná que apresentam PCC

Municípios	Presença de PCCs
Bom Sucesso do Sul	Nada Consta
Clevelândia	Apresenta PCCS
Chopinzinho	Apresenta PCCS
Coronel Domingos Soares	Apresenta PCCS
Coronel Vivida	Apresenta PCCS
Honório Serpa	Nada Consta
Itapejara do Oeste	Apresenta PCCS
Mangueirinha	Apresenta PCCS
Mariópolis	Nada Consta
Palmas	Apresenta PCCS
Pato Branco	Apresenta PCCS
São João	Apresenta PCCS
Saudade do Iguaçú	Em elaboração
Sulina	Apresenta PCCS
Vitorino	Nada Consta

Fonte: SESA/PR, SARGS/SUS. (2018).

A análise dos Planos Estaduais e Federais, apontam a necessidade deles em conjunto com os Planos Municipais de Saúde, em promover para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a não precarização e a democratização das relações de trabalho (BRASIL, 2012).

Um dos eixos temáticos do Conselho Nacional de Saúde (CNS), é a valorização do trabalho e da Educação em Saúde, corroborando com a legislação 8.142, que articula a

participação popular nas decisões sobre a saúde. E sendo o conselho, o grande articulador das propostas que irão compor os planos municipais de saúde.

Na análise dos planos municipais dos quinze municípios pertencentes a 7ª Regional de Saúde do Paraná, constatou-se que não há uma padronização na sistematização das diretrizes e objetivos pactuados, nem um segmento lógico e relacional entre o Plano Estadual de Saúde e o Plano Nacional de Saúde. Existe por parte da Secretaria Estadual de Saúde, orientações norteadoras, porém a execução do plano é uma atribuição de decisão única de cada município.

Cada município determina qual diretriz e objetivo serão realizados, sem uma consonância com os planos das outras instâncias. Isso pode ser explicado pela construção do PMS, segundo Portaria nº 2.135, de 2013, na qual as decisões do conselho municipal de saúde são norteadoras e decisivas nesta elaboração. A decisão da escolha das diretrizes a serem implantadas, é baseada na ata concluinte entre o conselho municipal de saúde e a gestão municipal. Portanto, conhecer a formação do conselho e a convivência entre a gestão nos dá uma ideia de como o PMS será elaborado, e o que será priorizado. Qual a representação dos servidores, e sua ação embasada nas decisões coletivas. Como a gestão avalia a necessidade de qualificação e valorização do servidor.

Pela análise das RAGS dos municípios que apresentam em seus planos PCCS ou propostas de Educação Permanente, dez municípios têm alguma proposta ou efetiva ação para fomentar a valorização do trabalhador da saúde, por meio da existência de PCCS. Dos outros cinco, apenas um tem comissão formada para elaboração do PCCS.

Devemos ressaltar ainda, que no documento PMS, há uma deformidade na elaboração e apresentação dos documentos. Em muitos deles, só foi possível encontrar menção à presença de PCCS, quando analisado o PAS, não havendo nenhuma informação no documento PMS.

Quanto à análise de propostas de educação permanente, percebe-se uma distorção de conceitos, pois as propostas são baseadas em palestras, cursos, dentre outros. Numa formação bastante técnica do conhecimento acerca da educação continuada dentro de uma vertente restrita de treinamentos, capacitação e atualização dentro de modelos tradicionais. Enquanto a educação permanente é uma atividade educativa de caráter contínuo, cujo eixo norteador é a transformação do processo de trabalho. O centro privilegiado de aprendizagem, é voltado para a prática educativa que se orienta pelo cotidiano dos serviços, partindo da reflexão crítica sobre os problemas referentes à qualidade da assistência, assegurando a participação coletiva multiprofissional e interdisciplinar, favorecendo a construção de novos conhecimentos e

intercâmbio de vivências; representando o esforço de transformar a rede pública de saúde em um espaço de ensino aprendizagem no exercício do trabalho.

Ceccim (2004), analisa em seu estudo, que 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 apoiadores matriciais de outras áreas, ativadores de processos de mudança institucional e facilitadores de coletivos organizados para a produção.

Nietsche (2009) questiona que muitos servidores não participam dos processos educativos por falta de metodologia adequada, com predomínio da metodologia expositiva. Esta metodologia é enquadrada no modelo de acomodação, de ensinar as pessoas que devem se adaptar e aceitar todas as situações sociais, tais como elas se mostram, cujo enfoque é autoritário. Os alunos são passivos e o sentido do fluxo do conhecimento é de mão única. Ocorrendo assim, um distanciamento dos conceitos de educação permanente constante na PNEPS.

Ressalta-se ainda, quanto ao item educação permanente, a Diretriz 11 do Pacto Pela Vida, que descreve a importância da contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho e dos trabalhadores do SUS. Assim como, prevê a pactuação de ações de educação permanente, considerando o Plano Regional de Educação Permanente (BRASIL, 2015). Não há Plano de Regional de Educação Permanente elaborado, o que inviabilizou a pactuação deste indicador pelos municípios, e por isso não apareceu nos Planos Municipais de Saúde.

Distante do modelo concebido na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que pressupõe educação crítica e libertadora, planejada em longo prazo, conforme necessidades dos serviços, gestão, ensino e controle social, com processo avaliativo formal bem delineado. O município do sudoeste do Paraná encontra-se caminhando a passos lentos, mas progressivos, na busca de melhorias no descompasso realidade, versus teoria (LINO, 2009).

Um dos itens a serem ressaltados na avaliação das PAS e RAGS, foi que como ação concreta, foi instaurada a garantia do repasse dos recursos do PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica). Conforme o decreto 7619, de 23 de outubro de 2014, no município de Pato Branco, além dos municípios de Chopinzinho e Coronel Vivida. O PMAQ-AB, visa incentivar mudanças no processo de trabalho das equipes que a ele aderem. Por meio de mecanismos que envolvem análise, avaliação, intervenção e certificação,

aliando o repasse de recursos, conforme o desempenho alcançado na implantação e no desenvolvimento dos aspectos propostos pelo programa (BERTUSSO et al, 2018).

O financiamento para a AB, que advém do PMAQ-AB, permite a inclusão de mecanismos de reconhecimento e repasse de recursos aos trabalhadores. Na forma de incentivo por desempenho, por meio de lei municipal. Pode ser entendido como um sistema de recompensa, que tem como objetivo reter, motivar e atrair potenciais trabalhadores. Barreto (2015), demonstrou que os sistemas de recompensas, incentivam o alcance de objetivos no âmbito dos sistemas de saúde.

Dos quinze municípios analisados, o município de Pato Branco tem legislação, decreto 7.619, de 23 de outubro de 2014, que regulamenta o pagamento de 50% do valor recebido, a ser repassado aos servidores das equipes pactuadas. De forma a observar o cumprimento de metas, e indicadores. O município de Chopinzinho, recentemente determinou em lei 3441/2018, onde preconiza o repasse do incentivo, mediante metas a serem alcançadas. Já o município de Coronel Vivida, desde o ano de 2013, destinou parte do valor do repasse do PMAQ para os servidores, pela lei 2489/2013.

Mesmo aqueles municípios que relatam nos RAGs a presença de PCCS, não estão em conformidade com a lei, pois não realizam o pagamento das progressões propostas nos PMS e PCCS. Alegando não ter capacidade financeira de pagamento, em virtude da lei de responsabilidade fiscal. Portanto, infere-se que a existência de PCCS, não garante ao servidor a valorização proposta. Tornando-se apenas uma lei morta, para cumprir exigências das comissões superiores, estaduais e federais.

Portanto, mais do que fazer a simples leitura dos relatórios, a análise documental dos RAG e PAS. Devem-se propor ideias que favoreçam e incentivem ações palpáveis de valorização do trabalhador da saúde. Saliba (2013) conceitua o Plano assim como um instrumento flexível e dinâmico, que deve ser consultado, ajustado, executado e não engavetado, objetivando a operacionalização das decisões tomadas em torno do que fazer para enfrentar problemas e atender necessidades da gestão e do trabalhador,

Talvez algumas das propostas para que ocorra a efetivação do que foi acordado nos instrumentos de gestão, seja uma maior participação dos servidores nos conselhos e conferências de saúde. Além de uma ação efetiva, quanto a denúncias a serem feitas ao Ministério Público, pelo descumprimento das leis que favorecem os trabalhadores, e minimizam todo um processo de empoderamento destes servidores.

5. CONCLUSÃO

O objetivo desta pesquisa, foi o de avaliar e analisar os Planos Municipais de Saúde, dos municípios que compõe a 7º Regional de Saúde do Estado do Paraná. Quanto à existência de políticas de valorização do trabalhador, através de PCCS, ações de educação permanente, dentre outras perspectivas de valorização do servidor da saúde, pela análise do PAS e RAG, no quadriênio 2014-2017.

Observou-se que dos quinze municípios, dez apresentavam PCCS, e um estava em processo de elaboração de tal instrumento. Constatou-se ainda, que mesmo havendo o PCCS, muitos destes não estavam sendo efetivamente cumpridos, pela justificativa de falta de recursos ou obediência ao limite prudencial de gastos.

Apesar da existência de uma PNEPS, as ações em educação permanente eram limitadas, e por vezes em desacordo com as diretrizes preconizadas pelo programa. Na qual há uma confusão entre ações de educação continuada e permanente, nas ações desenvolvidas nos municípios avaliados.

A apresentação e utilização dos instrumentos de gestão, não obedecem a uma padronização, de forma que as diretrizes nem sempre são seguidas. Muito há que se investir na melhoria das ações que buscam a valorização do servidor, e a sensibilização dos gestores, para uma melhor capacitação destes. Quanto ao planejamento dos PMS, ele deve ser buscado de forma incessante. De modo que ocorra um maior envolvimento das equipes de saúde, na elaboração e execução dos PMS. Para que tais planos, sejam ferramentas que propiciem uma melhor formulação e enfrentamento dos problemas.

Por fim, conclui-se que há deficiências nos Planos Municipais de Saúde analisados. Considerando a importância desses instrumentos de gestão, há necessidade de executar a educação permanente dos gestores, quanto à importância da elaboração sistemática dos PMS. De forma que o plano seja desenvolvido de acordo com a legislação vigente correspondente, e ainda que as ações propostas sejam executadas, não apenas como uma obrigação legal, mas pela tomada de consciência dos gestores na valorização de seus servidores.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, A. A.; ALVES, J. S.; SANTOS, A. M. **Políticas de recursos humanos e a (re) significação das práticas dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde (SUS): apontamentos para o debate.** R. Baiana de Saúde Pública. Salvador, v. 32, supl. 1, p. 7-15, out. 2008.
- BAPTISTA, T. V. **História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde.** In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Org.). Políticas de saúde: a organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fio cruz, 2007.
- BARRETO, J. O. M. **Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis.** Disponível em:<<https://scielosp.org/pdf/csc/2015.v20n5/1497-1514/pt>>. Acesso em:01 fev.2019
- BARROS, A. F. et al. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análises.** Volume 2. Brasília, Ministério da Saúde 2004, pág. 51.
- BATISTA, K. B. C, GONÇALVES, O. S. J. Disponível em:<<https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2011.v20n4/884-899/pt>>. Acesso em:15 nov. 2018
- BERTUSSO, F. R.; RIZZOTTO, M. L. F. **PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná.** Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n117/0103-1104-sdeb-42-117-0408.pdf>>. Acesso em 15 abr. 2019.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – polos de educação permanente em saúde.** Brasília, 2004.
- BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Nota Técnica n. 13/06. Para entender o Pacto pela Saúde 2006 – Financiamento. Portaria698/GM de 30/03/2006.** Volume IV. Brasília (Brasil): CONASS; 2006. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT%2013-06.pdf>>

BRASIL. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada, Departamento de Apoio à Descentralização, Secretaria-Executiva, Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. PCCS – SUS: diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 52 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007. Vol. 12. 528 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 407, de 12 de setembro de 2008. Acesso em: 04 set. 18.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.64 p.

BRASIL. Sistema de Planejamento do SUS. Organização e funcionamento: Uma construção coletiva. Volume 1. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria-Executiva/Subsecretaria de Planejamento e Orçamento; 2009.

BRASIL. Sistema de Planejamento do SUS. Organização e funcionamento: Instrumentos Básicos. Volume 2. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Gestão do trabalho em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138 p.

BRASIL. **Manual do (a) Gestor (a) Municipal do SUS: “Diálogos no Cotidiano”**. CONASEMS COSEMS-RJ, LAPPIS/IMS/UERJ. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2016, 324p.

BODSTEIN, Regina. **Atenção básica na agenda da saúde. Ciênc. saúde coletiva**. São Paulo, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jun. 2019.

BUCHAN, J.; FRONTEIRA, I.; DUSSAULT, G. **Continuity and change in human resources policies for health: lessons from Brazil**. Human Resource for Health, London, v. 9, p. 17, July 2011.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. **O quadrilátero da formação para a saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2018

CECCIM, R. B. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário**. Disponível em: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaoopermanente.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2018

CHIAVENATO, I. **Recursos Humanos: edição compacta**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

COSTA, P. P. **Dos projetos à política pública, reconstruindo a história da educação permanente em saúde**. 2006. 105f. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2006.

COSTA, A. C. O et al. **Plano de Carreira, Cargos e Salários: ferramenta favorável à valorização dos recursos humanos em saúde pública**. Disponível

em:<<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/plano-de-carreira-cargos-e-salarios.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2018

CRUZ, C. S. S et al. **Análise dos Planos Municipais de Saúde dos 33 municípios sob jurisdição da Superintendência Regional de Diamantina no período de 2014 a 2017.** Revista Vozes dos Vales – UFVJM – MG – Brasil – No 12 – Ano VI – 10/2017

CUNHA, I. S. **Educação permanente em saúde e planejamento estratégico situacional: o caso da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí.** Dissertação a ser apresentada à banca para defesa no Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2009.

DIAS, M. A. S et al. **Tecnologias leves em saúde: saberes e práticas da Residência Multiprofissional na Estratégia Saúde da Família.** 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. 385 p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido.** Rio de Janeiro: Edições Paz e Terra, 184 p., 36.^a Edição, 2003.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr>>. Acesso em: 13 mai. 2019.

JUNQUEIRA, Virginia et al. **O Pacto pela Saúde e a gestão da força de trabalho na Atenção Básica do SUS: um retrato da situação de alguns municípios no Estado de São Paulo.** Physis, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 675-693, 2011. Disponível em <http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 mai. 2019.

LACAZ, F. A. C et al. **Avaliação da gestão do trabalho como tecnologia em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo. Relatório final.** São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo; 2008.

LEMOS, C. L. P. **Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente.** Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-922, mar. 2016.

LIMA, S.A.V; ALBUQUERQUE, P.C; WENCESLAU, L. D. **Educação permanente em saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco.** Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n2/a12v12n2.pdf>>. Acesso em:02 jan. 2019

LINO, M. M et al. **Educação permanente dos serviços públicos de saúde de Florianópolis, Santa Catarina.** Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462009000100006>. Acesso em:11 out. 2018

MACHADO, R.R et al. **Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação.** Disponível em:< <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/46918/23020>>. Acesso em:02 fev. 2019

MERHY, E.E; FEUERWERKER, L. C. M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea.** Disponível em:< <http://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/artigos/novo-olhar-sobre-as-tecnologias-de-saude-uma-necessidade-contemporanea/view>>. Acesso em:22 fev. 2019

MOTA, C. R. **Desafios da gestão do orçamento público da Secretaria de Saúde: um estudo no município de Jales.** Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 50-66, jan. /jun. 2012.

NIETSCHKE, E. A et al. **Política de educação continuada institucional: um desafio em construção.** Disponível em:<<https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/pdf/v11n2a15.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2019

PARANÁ, Pato Branco. **Decreto nº 7.619, de 23 de outubro de 2014. Regulamenta a Lei Municipal nº 4.137, de 06 de setembro de 2013, que institui o Prêmio Variável de Qualidade e Inovação, denominado PMAQ-AB, do Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, devido aos servidores e empregados públicos municipais enquadrados por esta lei e revoga o Decreto nº 7330, de 10 de dezembro de 2013.** Diário Oficial dos Municípios do Sudoeste. Pato Branco, 04 de outubro de 2011. Edição 0720.

PIERANTONI, C. R et al. **Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço.** Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1817.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2019

PIERANTONI, C. R., GARCIA, A. C. P. **A gestão do trabalho e da educação na saúde em secretarias estaduais e municipais de saúde.** *Divulg Saúde Debate* 2012; 47:44-54.

PONTES, B. R. **Administração de Cargos e Salários.** São Paulo: LTr, 1987.
BRASIL. PORTARIA Nº 1.318, DE 5 DE JUNHO DE 2007. MS. Acesso em: 03 ago. 2018.

RICALDONI, C. A. C.; SENA, R. R. **Permanent education: a tool to think and act in nursing work.** *Rev Latino Am-Enferm.* 2006

RIZZOTTO, M. L et al. **Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externado Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná.** Disponível em:<https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042014000600237&script=sci_arttext>. Acesso em 02 mai. 2019

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS.** Franca: UNESP; 2009.

SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A.; NOVAES, H. M. D. **Tecnologias em saúde.** In: PEREIRA, I.B. *Dicionário da educação profissional em saúde.* 2.ed. rev./ ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

VIEIRA, F. S. **Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde.** Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a30v14s1.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2018

VIEIRA, S. P et al. **Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades.** Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n112/0103-1104-sdeb-41-112-0110.pdf>>. Acesso em:06 dez. 2018

SALIBA, N. A. et al. **Plano municipal de saúde: Análise do instrumento de gestão.** Bioscience Journal, v. 29, n. 1, p. 224-230, 2013.