



Organización de Estados
Iberoamericanos

Organização de Estados
Ibero-americanos

**ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS IBERO-AMERICANOS
PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA – OEI**

DOCUMENTO TÉCNICO Nº 1

**RELATÓRIO DE GESTÃO DOS PRIMEIROS 30 DIAS DO PROJETO COM
DETALHAMENTO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO PERÍODO, O
HISTÓRICO, PRÓXIMAS ETAPAS E PONTOS DE ATENÇÃO PARA CIÊNCIA DA
DIREÇÃO E COORDENAÇÃO DA ADAPS**

Consultora: Jane [REDACTED] Diehl

Consultora Especialista na Gestão do Programa de “Fortalecimento das Ações e Gestão e de Governança da Agência para o Desenvolvimento da Atenção primária à Saúde, como fator de desenvolvimento sustentável.”

Escritório Regional da OEI no Brasil
Brasília-DF, dezembro de 2022.

SUMÁRIO

1. Contextualização	3
1.1. Objetivo Geral	3
1.2. Objetivo Específico	3
2. Relatório	4
3. Conclusão	10

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

1.1. OBJETIVO GERAL

A presente consultoria parte, dentre outras, realizar a gestão do projeto Fortalecimento das Ações e Gestão e de Governança da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), como fator de desenvolvimento sustentável.

Nesse contexto, o Projeto de Fortalecimento das Ações de Gestão e de Governança ADAPS, como Fator de Desenvolvimento Sustentável pretende tratar de solução abrangente e especializada, propulsora de profundas transformações, inclusive na criação de mecanismos eficientes de planejamento, monitoramento e avaliação de suas ações.

O Projeto tem por objeto estabelecer cooperação técnico-científico, cultural e o intercâmbio de conhecimentos, informações e experiências para desenvolver o Programa de Fortalecimento das Ações e Gestão e de Governança da ADAPS, como fator de desenvolvimento sustentável, visando o desenvolvimento institucional da Agência e de seus recursos humanos, mediante a implementação de ações e atividades que resultem em ganhos de eficiência e qualidade aos serviços da atenção primária à saúde. Para o atingimento dos objetivos estabelecidos no Projeto, faz-se necessária a contratação de um especialista em gestão de projetos para coordenar a execução do projeto como um todo.

1.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

No âmbito das atribuições da consultoria especializada, consta do Termo de Referência nº 8.245, que o produto a ser entregue refere-se a Relatório de gestão dos primeiros 30 dias do projeto com detalhamento das atividades desenvolvidas no período, o histórico, próximas etapas e pontos de atenção para ciência da Direção e Coordenação da ADAPS.

2. RELATÓRIO

2.1. Reunião com a Diretora para discutirmos os Termos de Referência (TR)

Nos meses novembro e dezembro, realizamos diversas reuniões com representantes da ADAPS para discutirmos as necessidades da Agência, suas demandas e os respectivos perfis de profissionais que pudessem atender a essas demandas.

2.2. Elaboração dos TR

Após essas reuniões com a equipe da ADAPS onde foram definidos os perfis dos profissionais para atender as necessidades da Agência, iniciamos a elaboração dos Termos de Referência (TR).

Foram elaborados 12 Termos de Referência com 16 perfis para seleção:

- a) Termo de Referência: dois (2) perfis;
- b) Termo de Referência: três (3) perfis;
- c) Termo de Referência: dois (2) perfis;
- d) Termo de Referência: quatro (4) perfis;
- e) Termo de Referência: um (1) perfil;
- f) Termo de Referência: um (1) perfil;
- g) Termo de Referência: um (1) perfil;
- h) Termo de Referência: dois (2) perfis;
- i) Termo de Referência: dois (2) perfis;
- j) Termo de Referência: um (1) perfil;
- k) Termo de Referência: um (1) perfil;
- l) Termo de Referência: um (1) perfil.

2.3. Cadastro dos TR no SIGOEI

Após a elaboração destes Termos de Referência, os documentos foram cadastrados no SIGOEI (Sistema de Informações Gerenciais da OEI). Cada Termo de Referência cadastrado recebe uma numeração, conforme demonstrado abaixo:

- a) Termo de Referência nº 8326: dois (2) perfis;
- b) Termo de Referência nº 8328: três (3) perfis;
- c) Termo de Referência nº 8331: dois (2) perfis;
- d) Termo de Referência nº 8332: quatro (4) perfis;
- e) Termo de Referência nº 8340: um (1) perfil;
- f) Termo de Referência nº 8339: um (1) perfil;
- g) Termo de Referência nº 8338: um (1) perfil;
- h) Termo de Referência nº 8336: dois (2) perfis;
- i) Termo de Referência nº 8239: dois (2) perfis;
- j) Termo de Referência nº 8243: um (1) perfil;
- k) Termo de Referência nº 8245: um (1) perfil;
- l) Termo de Referência nº 8246: um (1) perfil.

2.4. Publicação dos TR

Com os Termos de Referência cadastrados no SIGOEI, os documentos são publicados no sítio eletrônico da OEI e cada TR recebe um número de Edital, conforme abaixo:

Nº Edital	Descrição do TR	Nº TR	Link sítio OEI
208/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8332	Clique aqui
207/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8331	Clique aqui
206/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8328	Clique aqui
205/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8326	Clique aqui
212/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8340	Clique aqui

Nº Edital	Descrição do TR	Nº TR	Link sítio OEI
213/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8339	Clique aqui
214/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8338	Clique aqui
215/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8336	Clique aqui
191/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8239	Clique aqui
192/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8243	Clique aqui
193/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8245	Clique aqui
196/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8246	Clique aqui

2.5. Valores dos TR

Listamos os valores dos Termos de Referência:

Nº Edital	Descrição do TR	Nº TR	Valor do TR – R\$
208/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8332	96.000,00
207/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8331	56.000,00
206/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8328	90.000,00
205/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8326	64.000,00

Nº Edital	Descrição do TR	Nº TR	Valor do TR – R\$
212/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8340	52.000,00
213/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8339	84.000,00
214/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8338	84.000,00
215/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8336	168.000,00
191/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8239	56.000,00
192/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8243	28.000,00
193/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8245	168.000,00
196/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8246	96.000,00
Total			1.042.000,00

2.6. Seleção dos Consultores

A seleção dos consultores cadastrados para as vagas foi realizada pela equipe técnica da OEI. Foram realizadas mais de 45 entrevistas para os 12 Editais.

2.6.1. Contratos dos Consultores

Após a realização das entrevistas e a seleção dos consultores, os profissionais foram comunicados pela OEI e orientados a apresentarem a documentação necessária para a contratação. Após assinarem seus respectivos contratos, os consultores podem iniciar suas tarefas.



2.6.2. Exemplo do cadastro dos consultores no SIGOEI

2.7. Acompanhamento e Monitoramento dos Resultados/Atividades

Resultado	Valor Disponível a ser Executado	Valor Executado	Saldo a ser executado
1.1. Processos gerenciais e de Governança estruturados, modernizados e aprimorados que resultem em ganhos de eficiência institucional para ADAPS.	540.000,00	336.000,00	204.000,00
2.1. Plano de Comunicação interna e externa formulado e implementado.	540.000,00	160.000,00	380.000,00
3.1. Plano de Gestão de Riscos consolidado e implementado.	540.000,00	96.000,00	444.000,00
3.2. Escritório de Projetos e Processos na ADAPS implantado e equipe capacitada.	540.000,00	0,00	540.000,00
4.1. Políticas implementadas: a) de Gestão de Pessoas; b) de Gestão por Resultados; c) de Inovação; d) de Gestão com Foco na Lei Geral de Proteção aos Dados Pessoais; e) de Comunicação; f) de Gestão Orçamentária, Financeira e Contábil; g) de Preservação de Documentos Digitais; e h) de Gestão do Conhecimento.			

Resultado	Valor Disponível a ser Executado	Valor Executado	Saldo a ser executado
	540.000,00	314.000,00	226.000,00
5.1. Plano de prospecção e captação de parcerias entre a ADAPS e instituições nacionais e internacionais, formulado e implementado.			
	540.000,00	52.000,00	488.000,00
6.1. Constituição de acervo editorial próprio da ADAPS.			
	540.000,00	0,00	540.000,00
6.2. Rede Nacional de Cooperação e intercâmbio implementada entre a ADAPS e instituições públicas e privadas.			
	540.000,00	84.000,00	456.000,00
6.3. Programa sistemático e continuado de Desenvolvimento de Pessoas implementado.			
	540.000,00	0,00	540.000,00
6.4. Projeto de Gestão de Clima Organizacional implementado.			
	540.000,00	0,00	540.000,00
6.5. Modelo de monitoramento integrado implementado.			
	540.000,00	0,00	540.000,00
6.6. Qualificação de Metodologias sistemáticas e ferramentas de análise e processamento de banco de dados formuladas, validadas e incorporadas às rotinas da ADAPS.			
	540.000,00	0,00	540.000,00
Total		1.042.000,00	

3. CONCLUSÃO

Este produto buscou fazer uma sistematização das atividades desenvolvidas durante os meses de novembro e dezembro de 2022.

Brasília-DF, dezembro de 2022.



JANE [REDACTED] DIEHL
Consultora Especialista

**RELATÓRIO DE MONITORAMENTO DE EXECUÇÃO DOS
PRIMEIROS 60 DIAS DO PROJETO DE FORTALECIMENTO
DAS AÇÕES DE GESTÃO E DE GOVERNANÇA DA AGÊNCIA PARA O
DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE COMO FATOR DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**

Consultora: Jane [REDACTED] Diehl

Consultora Especialista na Gestão do Programa de “Fortalecimento das Ações e Gestão e de Governança da Agência para o Desenvolvimento da Atenção primária à Saúde, como fator de desenvolvimento sustentável.”

Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – ADAPS

Brasília-DF, janeiro de 2023

SUMÁRIO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO	3
1.1. Objetivo Geral	11
1.2. Objetivo Específicos	11
2. RELATÓRIO	12
3. CONCLUSÃO	124

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

A Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) é a responsável por prestar serviços de atenção primária à saúde no âmbito do SUS, em caráter complementar à atuação dos entes federativos, especialmente nos locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade; desenvolver atividades de ensino, pesquisa e extensão que terão componente assistencial por meio da integração entre ensino e serviço; executar o Programa Médicos pelo Brasil, em articulação com o Ministério da Saúde e em consonância com o Plano Nacional de Saúde; promover programas e ações de caráter continuado para a qualificação profissional na atenção primária à saúde; articular-se com órgãos e entidades públicas e privadas para o cumprimento de seus objetivos; monitorar e avaliar os resultados das atividades desempenhadas no âmbito de suas competências; promover o desenvolvimento e a incorporação de tecnologias assistenciais e de gestão relacionadas com a atenção primária à saúde; e firmar contratos, convênios, acordos, ajustes e outros instrumentos congêneres com órgãos e entidades públicas e privadas, inclusive com instituições de ensino, para o cumprimento de seus objetivos.

O grande desafio deste primeiro ano é estruturar a ADAPS concomitante à execução do Programa Médicos pelo Brasil. No final de janeiro de 2022, foi contratado o time de gerentes e assessores, viabilizando a construção do primeiro mapa estratégico, que teve como base diretrizes estabelecidas preliminarmente pela Diretoria Colegiada, as quais deram base para constituição do propósito, missão, visão e valores da ADAPS.

A Organização dos Estados Ibero-americanos para Educação, Ciência e Cultura (OEI), é um organismo internacional de caráter governamental para a cooperação entre os países ibero-americanos no campo da educação, da ciência, da tecnologia e da cultura no contexto do desenvolvimento integral, da democracia e da integração regional.

Em seu Programa-Orçamento 2021-2022, a OEI, tem ações previstas que se caracterizam fundamentalmente para o enfrentamento dos efeitos e mudanças gerados pela pandemia, bem como para a adoção da agenda dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2030, alinhando-se, assim, à estratégia compartilhada por todas as nações e organizações internacionais.

O Projeto tem por objeto estabelecer cooperação técnico-científico, cultural e o intercâmbio de conhecimentos, informações e experiências para desenvolver o Programa de Fortalecimento das Ações e Gestão e de Governança da ADAPS, como fator de desenvolvimento sustentável, visando o desenvolvimento institucional da Agência e de seus recursos humanos, mediante a implementação de ações e atividades que resultem em ganhos de eficiência e qualidade aos serviços da atenção primária à saúde.

Para a execução do presente Programa neste período foram estabelecidos os princípios relacionados a seguir:

- a) O Foco Estratégico é a Convergência Programática da Assistência Técnica: os esforços conjuntos, no sentido de formular e executar projetos/atividades terão invariavelmente como foco diretivo, a criação de condições estratégicas para o desenvolvimento social. Para tanto, ambas as instituições atuarão sob uma diretriz básica, qual seja: a concomitância das missões voltadas à qualidade de vida do povo ibero-americano, em especial para o povo brasileiro, por meio de ações e estudos, com vistas a desenvolver um plano de enfrentamento de situações de vulnerabilidade, aprimoramento da capacidade de participação da vida comunitária de maneira construtiva, redução das desigualdades sociais e educacionais e elevação da temática do desenvolvimento social como fator preponderante.
- b) b) As Mudanças Organizacionais só se realizam pela Cooperação Técnica Cooperativa e Interativa: as possibilidades de mudanças organizacionais só se viabilizam quando pensadas e construídas pelos sujeitos envolvidos na cooperação técnica. As mudanças são praticamente impossíveis quando são planejadas e executadas como elementos à margem do cotidiano institucional e, portanto, de forma impositiva e sem a participação efetiva de seus atores internos. Nesse sentido, a assistência técnica da OEI/Brasil a ADAPS traz subjacentes as noções de participação e construtividade coletivas, na qual os resultados dos trabalhos sempre serão compartilhados com os gestores e os funcionários da ADAPS, por meio de publicações, workshops e eventos de disseminação.
- c) A Abordagem Construtivista Orienta a Implementação da Cooperação Técnica: os métodos e técnicas adotados para a realização dos trabalhos articulados não serão estruturas rígidas e determinísticas, ao contrário, serão flexíveis e ajustáveis. Assim, os métodos e técnicas de atuação, apesar de possuírem bases conceitual e esquemática definidas a priori, poderão ser modificados e (re) construídos durante o processo de execução das atividades programadas conjuntamente.

Neste contexto, em outubro de 2022, foi assinado o convênio de contribuição voluntária para o período de 2022 a 2024. Foram criadas duas linhas prioritárias de ações de cooperação.

A primeira linha é focada em ações na área de planejamento, gestão, avaliação e transparência no fortalecimento da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) é composta por quatro metas:

- 1) Contribuir para o fortalecimento da capacidade institucional da ADAPS com foco na modernização das sistemáticas e mecanismos gerenciais e de governança
- 2) Ampliar o alcance e a efetividade de ações de comunicação da Agência de forma estruturada;
- 3) Fomentar ações de desenvolvimento voltadas à gestão Estratégica da ADAPS;

- 4) Implementar políticas de gestão e de governança prioritárias para o desenvolvimento sustentável da Agência.

A segunda linha, por sua vez, é focada nas ações de ensino, pesquisa, extensão, estudo, tratamento, sistematização, divulgação e disseminação orientada da informação e resultados das ações da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde que é composta por duas metas:

- Promover ações de prospecção e captação de parcerias, nacionais e internacionais, para o alcance dos objetivos institucionais da Agência.
- Ampliar a capacidade da ADAPS, com foco no desenvolvimento institucional.

O Monitoramento e Avaliação (M&A) é parte essencial de qualquer projeto, pois pode informar se um projeto está apresentando resultados e benefícios; pode identificar as áreas dos projetos que estão indo bem, ou os aspectos de um projeto que precisam ser ajustados ou substituídos. As informações obtidas a partir do M&A podem ajudar na tomada de decisões sobre objetivos e investimentos no próprio ou em outros projetos. Além disso, pode demonstrar aos doadores o quanto seus investimentos estão dando resultado.

O Monitoramento é uma ação contínua, utilizada para acompanhar, tomar decisões corretivas na gestão de um projeto e informar as partes interessadas sobre a evolução dos resultados planejados. Utiliza a coleta e análise de dados e os indicadores predeterminados de processo e resultado. No âmbito dos Termos de Cooperação (TC), o monitoramento é um processo que deve ser periódico para apontar desvios, necessidade de atualizações e ajustes ao projeto, identificando experiências exitosas e lições aprendidas que permitem aprimorar o processo. O monitoramento contínuo permite, também, verificar se os insumos e recursos estão sendo utilizados com eficiência.

A Avaliação consiste em uma análise objetiva e sistemática do desenvolvimento de um programa ou projeto. Avalia a relevância, a eficácia, a eficiência, o impacto e a sustentabilidade do projeto. No âmbito dos TC é uma importante fonte de evidência da obtenção de resultados e do desempenho institucional, da construção de conhecimento e aprendizagem organizacional e contribui para a prestação de contas.

No monitoramento dos projetos é importante levar em consideração os seguintes critérios de avaliação:

- Relevância: verifica em que medida o propósito do projeto permanece consistente com as necessidades dos beneficiários e das contrapartes tendo em vista potenciais mudanças do cenário do país;
- Eficácia: verifica em que medida os resultados esperados avançaram ou foram alcançados contribuindo para o propósito do projeto;
- Eficiência: mede a utilização dos recursos na implementação das atividades ou ações;

- Impacto: mede os efeitos alcançados da finalidade do projeto em longo prazo. É o objetivo final para o qual o projeto contribui.

M&A no ciclo de gestão de projetos da cooperação técnica:

DESENHO	EXECUÇÃO	AValiação
<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver o cronograma de execução considerando as atividades de M&A a serem incluídas nas demais fases do projeto. • Garantir que os critérios de M&A do TC sejam incorporados ao projeto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar atividades de M&A, aplicando os instrumentos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Relatório Técnico. 2. Relatório de Desempenho. • Garantir que os critérios de M&A sejam aplicados durante a execução dos projetos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar atividades de M&A ao final do projeto, aplicando o instrumento: <ol style="list-style-type: none"> 1. Relatório de Avaliação Final. • Documentar e disseminar as lições identificadas para fomentar uma melhoria continuada.

Processo de Gestão do M&A:

PARÂMETRO	EXECUÇÃO		AValiação
Instrumentos de gestão	Relatório de progresso	Relatório de desempenho	Relatório de avaliação final
Atividade	Monitoramento do projeto	Avaliação parcial do projeto	Avaliação final do projeto
Periodicidade	Semestral	Anual	Bianual
Aprovação	Fiscais	Coordenador do Projeto	Coordenador do Projeto

Os instrumentos do processo de gestão de M&A dos TC são:

- 1) **Relatório de Progresso:** instrumento para o monitoramento da execução dos TC, usado para capturar e consolidar as informações de gestão e os progressos realizados no projeto. Por meio desse relatório, possíveis necessidades de adequação ao projeto para que se mantenha em curso podem ser monitoradas.
- 2) **Relatório de Desempenho:** instrumento para a avaliação de desempenho dos TC em que se revisa, de forma crítica, o quanto se avançou para alcançar os resultados estabelecidos no cronograma de execução, em termos de relevância, eficácia, eficiência, impacto e sustentabilidade. A partir dessa análise, avanços, resultados alcançados ou áreas que merecem intervenções para melhorar seu desempenho podem ser identificados.
- 3) **Relatório de Avaliação Final:** instrumento que sintetiza as conclusões e lições aprendidas do projeto. O objetivo do documento é dar uma visão da gestão do projeto e de como suas atividades contribuíram para o alcance de seu propósito. Este deverá ser uma referência para a elaboração de um plano de ação que contemple linhas estratégicas orientadoras para futuros projetos a serem elaborados com as contrapartes.

O Projeto de Fortalecimento das Ações de Gestão e de Governança ADAPS, como Fator de Desenvolvimento Sustentável, pretende tratar de solução abrangente e especializada, propulsora de profundas transformações, inclusive na criação de mecanismos eficientes de planejamento, monitoramento e avaliação de suas ações.

As equipes de projeto precisam conhecer o que funcionou ou não, onde, com quem, em que circunstâncias, por que, para tirar conclusões e identificação de lições aprendidas. Isso requer capacidade de análise do contexto de execução do projeto.

Considerando que, conforme exposto no “O Projeto de Fortalecimento das Ações de Gestão e de Governança ADAPS”, como Fator de Desenvolvimento Sustentável, os objetivos a serem alcançados pela ação interveniente do Programa de Cooperação da OEI são:

- Contribuir para o fortalecimento de processos gerenciais e organizacionais, no âmbito da ADAPS, no sentido de subsidiar a estruturação da Agência para ser eficiente, efetiva e consolidada;
- Realizar estudo sobre excelência em gestão, prezando pela ética, responsabilidade e transparência na gestão do recurso;
- Promover, continuamente, a formação e qualificação dos profissionais da ADAPS;
- Elaborar instrumentos de gestão, execução e monitoramento, assim como estratégias e mecanismos para desenvolvimento e implementação de governança voltada à melhoria da gestão da ADAPS;
- Contribuir com estudos e pesquisas, visando o aumento da satisfação e eficiência do SUS com a Atenção Primária à Saúde, bem como seu consequente fortalecimento social;
- Realizar o levantamento de boas práticas, ampliando o acesso à Atenção Primária à Saúde;
- Apresentar aporte cognitivo destinado à construção de caderno de metodologias para a ADAPS;
- Mapear, identificar e sistematizar práticas e ações exitosas que respondam à Atenção Primária à Saúde e o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito do SUS;
- Promover ações, desenvolver modelos e propostas de divulgação e disseminação orientada das informações, resultados e ferramentas identificadas pelos estudos e o mapeamento das melhores práticas no âmbito do Programa Médicos pelo Brasil.

De acordo com o Cronograma de Execução Física abaixo, algumas entregas tinham que ser realizadas até o final de 2022, também de acordo com o cronograma de avaliações, revisões, no início de 2023 é necessária a entrega de relatório de progresso e de monitoramento do projeto referente aos 60 dias iniciais de execução do referido Projeto.

Cronograma de Execução Física

Resultados e Atividades	Ano/Trimestre											
	2022				2023				2024			
	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º
Resultado 1.1.1. Processos gerenciais e de Governança estruturados, modernizados e aprimorados que resultem em ganhos de eficiência institucional para a ADAPS.												
Realizar diagnóstico situacional de informações estruturantes (Macroprocessos, ações e atividades e necessidades da ADAPS e suas Unidades) com vistas à implantação de estratégias de modernização organizacional.				X	X	X						
Elaborar estudos acerca dos impactos da legislação e normativos internos vigentes sobre os processos de trabalho da Agência e no que se refere à atualização, criação, integração, padronização, desburocratização, otimização, racionalização e automatização, quando couber, de seus procedimentos.				X	X	X						
Desenvolver estratégias, sistemáticas e mecanismos de modernização, que estabeleçam uma cultura de planejamento, métricas, indicadores e análise de resultados.					X	X	X					
Promover a participação técnica da ADAPS, mediante encontros, para validação dos produtos definidos.					X	X	X					
Elaborar e apoiar a implementação do Plano de Ação de melhorias contendo as estratégias, as sistemáticas e os mecanismos desenvolvidos e aprovados.						X	X	X				
Realizar a capacitação dos gestores, gerentes e líderes para a implementação das estratégias, sistemáticas e mecanismos desenvolvidos e aprovados.							X	X	X			
Implementar ferramentas de monitoramento, contodométricas e indicadores de resultados.								X	X	X		
Formular proposta de instruções e procedimentos que orientem o aprimoramento contínuo das sistemáticas e mecanismos gerenciais e de Governança da ADAPS.									X	X		
Resultado 1.2.1. Plano de Comunicação interna e externa formulado e implementado.												
Realizar estudos de melhores práticas e definir diretrizes básicas para a prospecção e captação de parcerias estratégicas aos objetivos da ADAPS.				X	X	X						
Desenvolver metodologias de prospecção e captação de parcerias, com foco nos objetivos estratégicos da ADAPS.				X	X	X						
Subsidiar proposta de Plano de prospecção e captação de parcerias entre a ADAPS e instituições nacionais e internacionais de seguimento.					X	X	X					
Criar estratégias de articulação entre instituições nacionais e internacionais para a elaboração de agendas estratégicas da ADAPS com foco na prospecção e captação de parcerias.					X	X	X	X	X			
Resultado 2.2.1. Constituição de acervo editorial próprio da ADAPS.												
Subsidiar a criação, validação e implantação de metodologias para sistematização da produção editorial da ADAPS de forma orientada.				X	X	X						
Criar estratégias para estimular a oferta e o acesso às informações e ao conhecimento gerado no âmbito da Agência.				X	X	X	X					
Elaborar e testar processos, fluxos e mecanismos de edição e publicação que estabeleçam a fluidez da produção editorial em diferentes suportes.					X	X	X	X	X			
Resultado 2.2.2. Rede Nacional de Cooperação e Intercâmbio implementada, entre a ADAPS e instituições públicas e privadas.												

Resultados e Atividades	Ano/Trimestre											
	2022				2023				2024			
	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º
Identificar e selecionar organizações de referência, no Brasil e no exterior, em políticas públicas e gestão organizacional na área da Atenção Primária à Saúde, para estabelecer mecanismos de intercâmbio				X	X	X						
Promover experiências e processos formativos em temáticas prioritárias e estratégicas para a Adaps, voltadas ao apoio e ao desenvolvimento da ADAPS e do PMPB.				X	X	X	X					
Estabelecer estratégias e mecanismos para criação e implementação de uma rede nacional de cooperação e intercâmbio, entre a Adaps e instituições públicas e privadas, em temáticas prioritárias aos objetivos da Agência.					X	X	X	X				
Capacitar e sensibilizar o quadro funcional para a aplicação das metodologias, estratégias e a utilização dos instrumentos selecionados para o incentivo à elaboração e disseminação de estudos e pesquisas em Atenção Primária à Saúde e em cooperação técnica.						X	X	X	X	X		
Resultado 2.2.3. Programa sistemático e continuado de Desenvolvimento de Pessoas implementado.												
Promover a revisão bibliográfica sobre o tema e demais assuntos correlatos: gestão de pessoas, autodesenvolvimento, liderança, políticas de desenvolvimento de lideranças, entre outros.				X	X							
Levantar as premissas necessárias à elaboração de Matriz de Desenvolvimento de Pessoas.				X	X							
Construir Matriz de Desenvolvimento de Pessoas flexível, a partir das informações coletadas nas etapas anteriores e nas experiências externas e tendências de mercado, por módulos temáticos e níveis de capacitação: programas de Base, de Aperfeiçoamento, Específicos e Avançados.				X	X							
Subsidiar a elaboração do Programa de Desenvolvimento de Pessoas, contemplando, entre outros, metodologia e estratégia de seleção/divulgação do Programa, dos requisitos para a participação, da métrica e indicadores de resultados.				X	X	X						
Elaborar Guia de Apoio, em linguagem didática e inteligível, para transferência do conhecimento a multiplicadores e facilitadores da Adaps, contendo conceitos, metodologias e técnicas necessárias à difusão do Programa.					X	X	X					
Promover eventos de capacitação para formação de multiplicadores e facilitadores.							X	X	X	X		
Resultado 2.2.4. Projeto de Gestão de clima organizacional implementado.												
Realizar estudos sobre o impacto do clima organizacional nos processos de trabalho.				X	X							
Realizar benchmarking das metodologias, sistemáticas, instrumentos e melhores práticas adotadas por outros órgãos, nacionais e internacionais, sobre o assunto.				X	X							
Definir e realizar modelo de pesquisa de clima organizacional no âmbito da ADAPS.				X	X							
Elaborar diagnóstico situacional identificando as oportunidades de melhorias e aprimoramentos, considerando o fluxo de informações, níveis e alçadas/responsabilidades e inter-relações na ADAPS.					X	X						
Propor e implementar Projeto de gestão de clima organizacional, por meio de mecanismos inovadores gerenciais e cultura de <i>feedback</i> .						X	X					

Resultados e Atividades	Ano/Trimestre											
	2022				2023				2024			
	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º
Promover ações de capacitação, para a transferência do conhecimento à equipe da ADAPS, com material didático e inteligível, sobre como elaborar metodologia e sistemáticas inovadoras para o aprimoramento contínuo da gestão de clima organizacional.							X	X	X			
Desenvolver métrica e definir indicadores para avaliação qualitativa e quantitativa de resultados do Projeto.								X	X	X		
Resultado 2.2.5. Modelo de monitoramento integrado implementado.												
Identificar e propor metodologias, sistemáticas, métricas e indicadores (qualitativos e quantitativos) para os processos de trabalho de detecção, monitoramento, avaliação, comunicação e coordenação das respostas aos serviços prestados pela ADAPS.				X	X							
Aplicar as metodologias, sistemáticas, métricas e indicadores nas áreas piloto.				X	X							
Treinar a equipe da ADAPS nas metodologias e atividades validadas no piloto.					X	X						
Apoiar a implementação do modelo de monitoramento no âmbito da ADAPS.						X	X					
Formular ferramentas de controle de monitoramento.							X	X				
Formular proposta de instruções e procedimentos que orientem o aprimoramento contínuo dos processos de detecção, monitoramento, avaliação, comunicação e coordenação das respostas aos serviços prestados pela ADAPS.								X	X			
Resultado 2.2.6. Qualificação de Metodologias, sistemáticas e ferramentas de análise e processamento de banco de dados formuladas, validadas e incorporadas às rotinas da ADAPS.												
Plano diagnóstico do banco de dados.				X	X							
Desenvolver e validar metodologias, sistemáticas e ferramentas de análise; e processamento de banco de dados no âmbito do PMpB.				X	X	X						
Formular manuais didáticos e inteligíveis de aplicação.					X	X	X					
Desenvolver ações de treinamento e capacitação.							X	X	X			

Fonte: Documento de Programa de Assistência Técnica ADAPS

Cronograma de Avaliações, Revisões e Relatórios

Atividades de Avaliação, Revisão e Relatórios	Ano/Trimestre											
	2022				2023				2024			
	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º
Monitoramento				X	X	X	X	X	X	X	X	
Avaliação do Progresso e Relatório				X		X		X				
Revisões do escopo					X		X		X			
Relatório de Avaliação Final										X		

Fonte: Documento de Programa de Assistência Técnica ADAPS

Neste contexto, abaixo são transcritos os Objetivos Geral e Específicos do presente Relatório de Monitoramento.

1.1. Objetivo Geral

O presente relatório técnico tem como objetivo monitorar a execução do Projetos em seus 60 (sessenta) primeiros dias de execução.

1.2. Objetivos Específicos

- Monitorar o progresso dos resultados esperados, dos indicadores e metas por meio da execução das ações programadas no cronograma de execução.
- Identificar possíveis mudanças durante a sua execução (projeto/matriz lógica).
- Apontar a necessidade de ações corretivas/intervenções a serem realizadas para alcance do projeto.
- Atuar como memória da execução do projeto quanto os cenários político-técnico.
- Identificar as principais contribuições às prioridades do plano estratégico da ADAPS.
- Registrar as principais lições/recomendações.
- Acompanhar execução financeira.

2. RELATÓRIO

O Relatório Monitoramento/Desempenho é o instrumento utilizado para a avaliação de desempenho do Projeto em que se revisa, de forma crítica, o quanto se avançou para alcançar os resultados estabelecidos no cronograma de execução, em termos de relevância, eficácia, eficiência, impacto e sustentabilidade. A partir dessa análise, avanços, resultados alcançados ou áreas que merecem intervenções para melhorar seu desempenho podem ser identificados.

Neste contexto, se configura como sendo um instrumento de monitoramento que descreve o progresso do Projeto com base nas ações programadas no cronograma de execução e faz sua relação com os resultados esperados, indicadores, metas e atividades elencados no Projeto.

Verifica as possíveis mudanças que ocorreram em sua execução (projeto/cronograma de execução), apresenta o percentual dos avanços dos resultados esperados por meio do andamento e execução das atividades, detalhando possíveis interferências no seu cumprimento.

Descreve, ainda, as contribuições às prioridades do governo e ao Plano Estratégico da ADAPS e permite a descrição das lições aprendidas/recomendações.

Apresenta, ainda, a execução financeira semestral do Projeto. O Relatório Desempenho/Monitoramento, normalmente é realizado semestralmente pelos responsáveis técnicos e administrativo da cooperação, entretanto, neste período inicial apresentará os primeiros 60 dias do projeto.

2.1. Ações realizadas nos 2 primeiros meses

O projeto foi cadastrado no SIGOEI que é o sistema de monitoramento da OEI.

Elementos de Despesa	Gastos Atuais em R\$ 1,00 por Elemento de Despesa			
	Totais	2022	2023	2024
Pessoa Física	R\$ 6.490.000,00	R\$ 2.000.000,00	R\$ 3.490.000,00	R\$ 1.000.000,00
Subcontrato	R\$ 4.390.000,00	R\$ 1.000.000,00	R\$ 2.390.000,00	R\$ 1.000.000,00
Diárias e Passagens	R\$ 500.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 300.000,00	R\$ 100.000,00
Diversos	R\$ 50.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 10.000,00
Subtotal	R\$ 11.430.000,00	R\$ 3.110.000,00	R\$ 6.210.000,00	R\$ 2.110.000,00
Custo de Administração	R\$ 571.500,00	R\$ 155.500,00	R\$ 310.500,00	R\$ 105.500,00
Totais	R\$ 12.000.000,00	R\$ 3.265.500,00	R\$ 6.520.000,00	R\$ 2.215.500,00

Nos meses de novembro, dezembro/2022 e janeiro/2023 realizamos reuniões com representantes da ADAPS para discutirmos as ações preconizadas na matriz lógica e como seriam apresentadas as entregas.

2.2. Elaboração dos TR

Após essas reuniões com a equipe da ADAPS, onde foi definido o plano de ação para a execução das metas, foi iniciada a elaboração dos Termos de Referência (TR).

Foram elaborados 13 Termos de Referência com 22 perfis para seleção:

- a) Termo de Referência: dois (2) perfis;
- b) Termo de Referência: três (3) perfis;
- c) Termo de Referência: dois (2) perfis;
- d) Termo de Referência: quatro (4) perfis;
- e) Termo de Referência: um (1) perfil;
- f) Termo de Referência: um (1) perfil;
- g) Termo de Referência: um (1) perfil;
- h) Termo de Referência: dois (2) perfis;
- i) Termo de Referência: dois (2) perfis;
- j) Termo de Referência: um (1) perfil;
- k) Termo de Referência: um (1) perfil;
- l) Termo de Referência: um (1) perfil.
- m) Termo de Referência: um (1) perfil.

2.3. Cadastramento dos TR no SIGOEI

Após a elaboração destes Termos de Referência, os documentos foram cadastrados no SIGOEI (Sistema de Informações Gerenciais da OEI). Cada Termo de Referência cadastrado recebe uma numeração, conforme demonstrado abaixo:

- a) Termo de Referência nº 8326: dois (2) perfis;
- b) Termo de Referência nº 8328: três (3) perfis;
- c) Termo de Referência nº 8331: dois (2) perfis;
- d) Termo de Referência nº 8332: quatro (4) perfis;
- e) Termo de Referência nº 8340: um (1) perfil;
- f) Termo de Referência nº 8339: um (1) perfil;
- g) Termo de Referência nº 8338: um (1) perfil;
- h) Termo de Referência nº 8336: dois (2) perfis;
- i) Termo de Referência nº 8239: dois (2) perfis;
- j) Termo de Referência nº 8243: um (1) perfil;
- k) Termo de Referência nº 8245: um (1) perfil;
- l) Termo de Referência nº 8246: um (1) perfil.
- m) Termo de Referência nº 8409: um (1) perfil.

2.4. Publicação dos TR

Com os Termos de Referência cadastrados no SIGOEI, os documentos são publicados no sítio eletrônico da OEI e cada TR recebe um número de Edital, conforme abaixo:

Nº Edital	Descrição do TR	Nº TR	Link sítio OEI	Valor do TR – R\$
208/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8332	Clique aqui	96.000,00
207/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8331	Clique aqui	56.000,00
206/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8328	Clique aqui	90.000,00
205/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8326	Clique aqui	64.000,00
212/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8340	Clique aqui	52.000,00
213/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8339	Clique aqui	84.000,00
214/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8338	Clique aqui	84.000,00
215/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8336	Clique aqui	168.000,00
191/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8239	Clique aqui	56.000,00
192/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8243	Clique aqui	28.000,00
193/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8245	Clique aqui	168.000,00
196/2022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8246	Clique aqui	96.000,00
220/2022 (*)	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8409	Clique aqui	50.000,00
Subtotal de Recurso Aprovisionado				R\$ 1.092.000,00
Edital 220/2022 (*)				(-) 50.000,00
Total do Recurso Aprovisionado				R\$ 1.042.000,00

(*) seleção suspensa – entrevistas serão realizadas em 2023.

2.5. Valores dos TR

É interessante mencionar que é praxe da OEI não publicar os valores dos Produtos com o objetivo de ampliar o número de inscritos que estejam alinhados ao perfil e não a valores financeiros o que amplia a possibilidade de uma maior efetividade nas entregas e resultados. Isso é feito porque o mesmo consultor, após cadastrado no banco de currículos, pode tentar participar de todas as vagas disponíveis. O valor dos produtos foi pensado tendo como base as práticas de mercado.

2.6. Divulgação do Processo Seletivo dos Consultores

O processo seletivo é amplamente divulgado no sítio eletrônico da OEI (www.oei.int/pt) e também no perfil da OEI no Instagram. Esses canais eletrônicos são muito acessados, mas não há métricas de quantidades.

Cabe ressaltar que a Organização de Estados Ibero-americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura (OEI) é o maior organismo de cooperação multilateral entre países ibero-americanos de língua espanhola e portuguesa, com cerca de 500 especialistas e colaboradores espalhados fisicamente por 20 países da Ibero-América.

A OEI atua diretamente com os governos dos 23 países-membros, respondendo às suas prioridades e fortalecendo as políticas públicas através de programas e projetos elaborados e implementados por profissionais altamente qualificados e comprometidos com a criação de valor para toda a sociedade.

São países membros da OEI: Brasil, Guiné Equatorial, Portugal, Equador, Andorra, Costa Rica, Nicarágua, Argentina, Cuba, República Dominicana, Guatemala, Venezuela, Espanha, México, Paraguai, Bolívia, Panamá, Honduras, El Salvador, Chile, Colômbia, Peru e Uruguai.

Os países observadores da OEI são Moçambique, Guiné-Bissau, Angola, São Tomé e Príncipe, Timor-Leste, Cabo Verde e Luxemburgo.

A Secretaria-Geral tem sede em Madri (Espanha) e possui escritórios nacionais na Equador, Nicarágua, Cuba, Guatemala, Brasil, Peru, Uruguai, Bolívia, Panamá, El Salvador, Costa Rica, Portugal, Honduras, Paraguai, Argentina, Chile, Colômbia, México e República Dominicana. Ou seja, a capilaridade de atuação da OEI é bem representativa.

Abaixo reproduzimos as telas do sítio da OEI com a divulgação dos processos seletivos, não somente da ADAPS. O candidato faz a pesquisa pelo edital do seu interesse. As telas estão na ordem de acessos.

Escritório da OEI no Brasil



LÍNGUAS
Amplificando a voz do português e do espanhol no mundo, a OEI publica o resumo da CILPE 2022



DESENVOLVIMENTO SOCIAL
OEI segue firme na cooperação regional e paritária da cúpula da CELAC

ESCRITÓRIO DE BRASIL

O escritório nacional da OEI no Brasil foi instalado em 2011. Está instalado em Brasília.

SABIA MAIS

DIRETOR
Raphael Caldas

ONDE ESTAMOS

Av. Brasília, 1000 - Bloco A, Sala 519
CEP: 70150-100
Brasília - DF - Brasil
95.328@oei.br
+55 61 3021-8900

CONTATOS
Coordenadora de Administração, Finanças e Contabilidade: Anne Lorenzi
Coordenadora de Desenvolvimento de Competência Técnica: Rodrigo Russo

CONTATOS DE COMUNICAÇÃO
Assessora de Imprensa: Dileza Soares
dsoares@oei.br

EQUIPE

TRABALHE CONOSCO
Confira as vagas que estão abertas para ingresso no escritório de Brasília de acordo com o perfil profissional.

VER SELEÇÕES E LICITAÇÕES



Licitações e convocatorias Escritório da OEI no Brasil

Todas as licitas Todas as editais Todas as atas PROCURAR

459 licitações e convocatorias encontradas organizadas por data de início (as mais atuais primeiro)

REFERENCIA	TITULO	DATA DE TÉRMINO	ESTADO
2102022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO OEI/BR/21/002 - TR 8304	16/12/2022	Participação Encerrada
2102022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO OEI/BR/21/002 - TR 8306	13/12/2022	Participação Encerrada
2092022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO OEI/BR/21/002 - TR 8305	13/12/2022	Participação Encerrada
2110202	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO OEI/BR/11/005 - TR 8274	16/12/2022	Participação Encerrada
2120202	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI - TR 8340	06/12/2022	Participação Encerrada
2130202	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI - TR 8339	06/12/2022	Participação Encerrada
2142022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI - TR 8338	06/12/2022	Participação Encerrada
2150202	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI - TR 8338	06/12/2022	Participação Encerrada
2020202	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO OEI/BR/21/002 - TR 8295	07/12/2022	Participação Encerrada
2020202	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO OEI/BR/21/002 - TR 8295	07/12/2022	Participação Encerrada
2082022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI - TR 8332	04/12/2022	Participação Encerrada
2072022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI - TR 8331	04/12/2022	Participação Encerrada
2062022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI - TR 8329	04/12/2022	Participação Encerrada
2052022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI - TR 8329	04/12/2022	Participação Encerrada
81802022	TOMADA DE PREÇOS N° 81802022 - OSEI/SED-PR TÉCNICA E PREÇO	12/01/2023	Participação Encerrada
2010202	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO OEI/BR/21/002 - TR 8278	11/12/2022	Participação Encerrada
1902022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO OEI/BR/21/002 - TR 8247	28/11/2022	Participação Encerrada
1902022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO OEI/BR/21/002 - TR 8249	24/11/2022	Participação Encerrada
1912022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO OEI/BR/21/002 - TR 8248	24/11/2022	Participação Encerrada
1902022	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO OEI/BR/18/002 - TR 8250	27/11/2022	Participação Encerrada

« Primeira - Anterior 1 2 3 4 5 6 ... Próxima - Última »



Consultores 212/2022: Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI - TR 8340

COMPARTILHAR

Estado: Participação Encerrada

Escritório: Escritório da OEI no Brasil

Referência: 212/2022

Título: Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI - TR 8340

Localização (local de execução de contrato): Brasília - DF

Resumo: O presente termo objetiva a contratação de 1 (um) consultor especializado para realização de prospecção, coleta, estudo, sistematização e análise de dados e informações sobre saúde e cultura.

Data de publicação: 03 de dezembro de 2022 12:00 (hora Brasil)

Sessão de contratação: Consultas

Tipo de procedimento: Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO

Procedimento OEI: Sim

Data de início: 03 de dezembro de 2022 12:00 (hora Brasil)

Data de término: 06 de dezembro de 2022 23:59 (hora Brasil)

Data limite de consultas: 06 de dezembro de 2022 18:00 (hora Brasil)

E-mail(s) de contato:

selecao.br@oei.br

CONTEÚDO

Contratação de 1 (um) consultor especializado para realização de prospecção, coleta, estudo, sistematização e análise de dados e informações sobre saúde e cultura.

Os candidatos poderão consultar seus currículos na página da OEI até o dia 06 de dezembro de 2022 (terça-feira) no endereço <https://oei.org.br/contato/licitacoes.php?licitacao=8340>

VE ONLINE

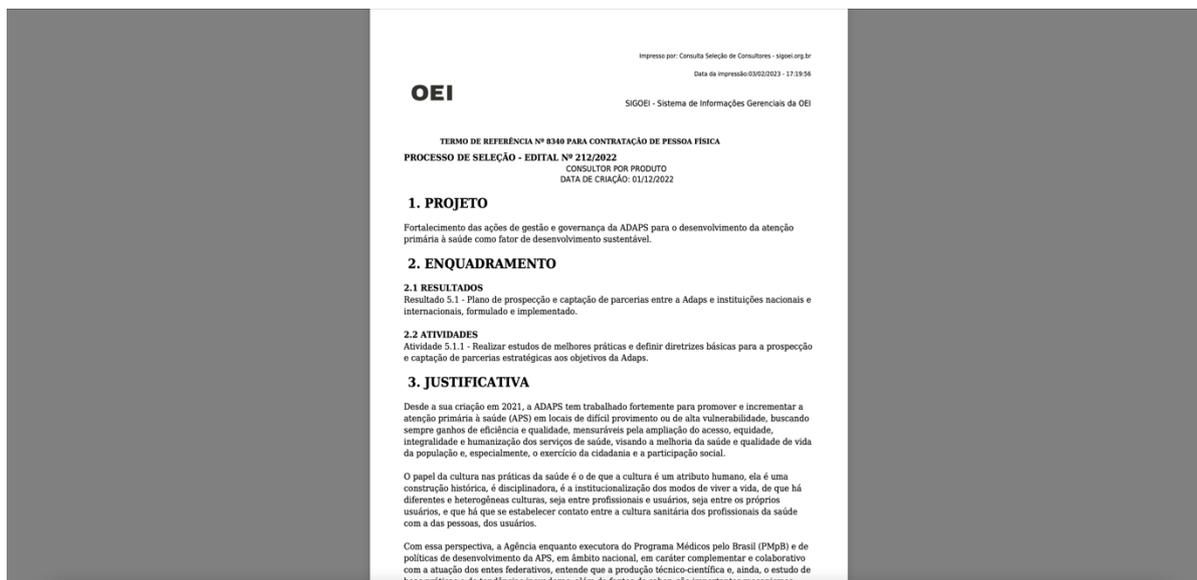
Termo de Referência

Política de Privacidade

* Todas as datas são relativas ao fuso horário de Brasil



<p>QUEM SOMOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Sobre a OEI Estatuto Transparência Contato 	<p>O QUE FAZEMOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Resultados Áreas de trabalho Projetos Publicações Newsletters Formação 	<p>A OEI NA BERO-AMÉRICA</p> <ul style="list-style-type: none"> Bolivia e Espanha Secretaria-geral Argentina Bolivia Brasil Chile Colômbia Costa Rica Equador El Salvador Espanha Honduras 	<p>COM QUEM TRABALHAMOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Parceiros Clientes de valor Parceiros Multilaterais 	<p>TRABALHE CONOSCO</p> <ul style="list-style-type: none"> Ofertas de emprego Licitações e convocatorias Callcenter de atendimento e apoio especialistas 	<p>COMUNICAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> Análise de notícias Notícias Eventos Programas Sala de Imprensa
--	---	---	--	---	---



2.7. Etapas do Processo Seletivo dos Consultores

A seleção dos consultores cadastrados para as vagas foi realizada pela equipe técnica da OEI, composta por um gerente de projetos e um analista de projetos.

Os candidatos selecionados para a entrevista *on-line* (virtual) são comunicados por *e-mail*, onde são indicados a data e horário da entrevista. Por sua vez, o candidato deve confirmar o recebimento do *e-mail* e sua participação na entrevista na data e horário indicados.

A contratação foi efetuada mediante processo seletivo composto de três etapas:

- a) **1ª etapa:** análise curricular de caráter eliminatório. Nessa etapa são analisados os requisitos mínimos de qualificação.
- b) **2ª etapa:** análise curricular de caráter classificatório. Nessa etapa é analisado o grau de atendimento dos candidatos aos critérios de pontuação de experiência profissional e acadêmica, explicitados neste Termo de Referência.
- c) **3ª etapa:** entrevista *on-line* (virtual) de caráter classificatório. Nessa etapa é avaliado o domínio do candidato em relação às atividades previstas no termo de referência, assim como sua desenvoltura na articulação de temas e ideias relativos ao objeto da contratação, de acordo com os critérios de pontuação definidos neste Termo de Referência.

Foram realizadas 46 entrevistas para 12 Editais. No caso do Edital 2020/2022 as entrevistas serão realizadas em 2023. Ao final do processo, foram selecionados 21 consultores. Toda documentação do processo seletivo é mantida arquivada pela OEI.

2.8. Resultado do Processo Seletivo dos Consultores

Apresentamos quadro com o resultado do processo seletivo de consultadores:

Nº Edital	Nº TR	Nº Inscritos	Quantidade perfis	Não atenderam os requisitos	Selecionados p/ entrevista	Aprovados
191/2022	8239	10	2	7	3	2
192/2022	8243	22	1	19	3	1
193/2022	8245	13	1	9	4	1
196/2022	8246	7	1	4	3	1
205/2022	8326	4	2	1	3	2
206/2022	8328	18	3	12	6	3
207/2022	8331	9	2	5	4	2
208/2022	8332	20	4	15	5	4
212/2022	8340	18	1	15	3	1
213/2022	8339	14	1	11	3	1
214/2022	8338	8	1	6	2	1
215/2022	8336	21	2	14	7	2
220/2022(*)	8409	15	1	-	-	-

(*) seleção suspensa – entrevistas serão realizadas em 2023.

2.9. Efetivação da Contratação dos Consultores

Após a realização das entrevistas e a seleção dos consultores, os profissionais foram comunicados pela OEI e orientados a apresentarem a documentação necessária para a contratação. Após assinarem seus respectivos contratos, os consultores podem iniciar suas tarefas.

2.10. Cadastramento dos Consultores no SIGOEI

Fonte OEI.

2.11. Acompanhamento e Monitoramento dos Resultados/Atividades

Resultado	Valor Disponível a ser Executado	Valor Aprovisionado	Valor Executado	Saldo a ser Executado	Saldo do Valor Aprovisionado
1.1. Processos gerenciais e de Governança estruturados, modernizados e aprimorados que resultem em ganhos de eficiência institucional para ADAPS.					
	540.000,00	336.000,00	53.000,00	283.000,00	204.000,00
2.1. Plano de Comunicação interna e externa formulado e implementado.					
	540.000,00	160.000,00	40.000,00	120.000,00	380.000,00
3.1. Plano de Gestão de Riscos consolidado e implementado.					
	540.000,00	96.000,00	48.000,00	48.000,00	444.000,00
3.2. Escritório de Projetos e Processos na ADAPS implantado e equipe capacitada.					
	540.000,00	0,00	0,00	0,00	540.000,00
4.1. Políticas implementadas: a) de Gestão de Pessoas; b) de Gestão por Resultados; c) de Inovação; d) de Gestão com Foco na Lei Geral de Proteção aos Dados Pessoais; e) de Comunicação; f) de Gestão Orçamentária, Financeira e Contábil; g) de Preservação de Documentos Digitais; e h) de Gestão do Conhecimento.					
	540.000,00	314.000,00	114.000,00	200.000,00	226.000,00
5.1. Plano de prospecção e captação de parcerias entre a ADAPS e instituições nacionais e internacionais, formulado e implementado.					
	540.000,00	52.000,00	13.000,00	39.000,00	488.000,00
6.1. Constituição de acervo editorial próprio da ADAPS.					
	540.000,00	0,00	0,00	0,00	540.000,00
6.2. Rede Nacional de Cooperação e intercâmbio implementada entre a ADAPS e instituições públicas e privadas.					
	540.000,00	84.000,00	14.000,00	70.000,00	456.000,00
6.3. Programa sistemático e continuado de Desenvolvimento de Pessoas implementado.					
	540.000,00	0,00	0,00	0,00	540.000,00
6.4. Projeto de Gestão de Clima Organizacional implementado.					
	540.000,00	0,00	0,00	0,00	540.000,00
6.5. Modelo de monitoramento integrado implementado.					
	540.000,00	0,00	0,00	0,00	540.000,00
6.6. Qualificação de Metodologias sistemáticas e ferramentas de análise e processamento de banco de dados formuladas, validadas e incorporadas às rotinas da ADAPS.					
	540.000,00	0,00	0,00	0,00	540.000,00
Totais		1.042.000,00	282.000,00		

Fonte: SIGOEI

Legendas: Saldo a ser Executado = Valor Aprovisionado – Valor Executado

Saldo do Valor Aprovisionado = Valor Disponível a ser Executado – Valor Aprovisionado

Obs.: Foi excluído do Valor Aprovisionado o valor de R\$ 50.000,00 referente ao Edital nº 220/2022, TR nº 8409, cujas entrevistas serão realizadas em 2023.

2.12. Análise da Execução Orçamentária

Do total provisionado (R\$ 1.042.000,00), foi executado cerca de 27,06% do valor (R\$ 282.000,00). No quadro do item 2.11 anterior, está detalhado o valor executado em cada Resultado, que são:

1.1. Processos gerenciais e de Governança estruturados, modernizados e aprimorados que resultem em ganhos de eficiência institucional para ADAPS – R\$ 53.000,00

2.1. Plano de Comunicação interna e externa formulado e implementado – R\$ 40.000,00

3.1. Plano de Gestão de Riscos consolidado e implementado – R\$ 48.000,00

4.1. Políticas implementadas: a) de Gestão de Pessoas; b) de Gestão por Resultados; c) de Inovação; d) de Gestão com Foco na Lei Geral de Proteção aos Dados Pessoais; e) de Comunicação; f) de Gestão Orçamentária, Financeira e Contábil; g) de Preservação de Documentos Digitais; e h) de Gestão do Conhecimento – R\$ 114.000,00

5.1. Plano de prospecção e captação de parcerias entre a ADAPS e instituições nacionais e internacionais, formulado e implementado – R\$ 13.000,00

6.2. Rede Nacional de Cooperação e intercâmbio implementada entre a ADAPS e instituições públicas e privadas – R\$ 14.000,00

O próximo repasse do projeto está previsto para maio de 2023, no valor de R\$ 4.000.000,00 (quatro milhões de reais).

2.13. Resultados Alcançados

De acordo com o cronograma de execução, algumas ações foram priorizadas para serem realizadas no final de 2022 e início de 2023, nas quais serão descritas abaixo.

Linha Prioritária	Objetivo Específico	Resultado	Atividades	Produtos	Indicadores	Fontes de Verificação
Linhas Prioritárias das Ações na Área de Planejamento, Gestão, Avaliação e Transparência no fortalecimento da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde.	1. Fortalecer a capacidade institucional da ADAPS com foco na modernização das sistêmicas e mecanismos gerenciais e de Governança.	1.1. Processos gerenciais e de Governança estruturados, modernizados e aprimorados que resultem em ganhos de eficiência institucional para a ADAPS.	1.1.1. Realizar diagnóstico situacional de informações estruturantes (Macroprocessos, ações e atividades e necessidades da ADAPS e suas Unidades) com vistas à implantação de estratégias de modernização organizacional.	Documento técnico contendo estudos categorizados e qualificados sobre o contencioso da ADAPS, no período de 2021.	Número de informações estruturantes levantadas.	Levantamentos realizados.
			1.1.2. Elaborar estudos acerca dos impactos da legislação e normativos internos vigentes sobre os processos de trabalho da Agência e no que se refere à atualização, criação, integração, padronização, desburocratização, otimização, racionalização e automatização, quando couber, de seus procedimentos.	Documento contendo o histórico do provimento de equipes para a Atenção Primária à Saúde das populações Indígenas, bem como de apoio e determinantes ambientais em saúde indígena.	Número de estratégias, sistêmicas e mecanismos de modernização apresentados.	Levantamentos realizados.
				Documento técnico com o levantamento das formas de provimento das equipes que atuam no território, com	Número de estratégias, sistêmicas e mecanismos de modernização apresentados.	Levantamentos realizados.

Linha Prioritária	Objetivo Específico	Resultado	Atividades	Produtos	Indicadores	Fontes de Verificação
				formas de contratação, legislação, demandas judiciais e estudos correlatos.		
			1.1.3. Desenvolver estratégias, sistemáticas e mecanismos de modernização, que estabeleçam uma cultura de planejamento, métricas, indicadores e análise de resultados.	Documento Técnico contendo o relatório das atividades descritas no item 5.1 nos 30 primeiros dias, desenvolvidas como assistente do projeto.	Percentual de estratégias, sistemáticas e mecanismos de modernização aprovados para o alcance dos objetivos da ADAPS.	Diagnósticos; Pareceres e documentos técnicos.
				Relatório de gestão dos primeiros 30 dias do projeto com detalhamento das atividades desenvolvidas no período, o histórico, próximas etapas e pontos de atenção para ciência da Direção e Coordenação da ADAPS.	Percentual de estratégias, sistemáticas e mecanismos de modernização aprovados para o alcance dos objetivos da ADAPS.	Diagnósticos; Pareceres e documentos técnicos.
Linhas Prioritárias das Ações na Área de Ensino, Pesquisa, Extensão, Estudo, Tratamento, Sistematização, Divulgação e Disseminação Orientada das Informações e Resultados das Ações da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde.	2. Ampliar o alcance e a efetividade das ações de comunicação da Agência de forma estruturada.	2.1. Plano de Comunicação interna e externa formulado e implementado.	2.1.3. Apoiar o aprimoramento dos canais e conteúdos de comunicação.	Documento Técnico contendo o relatório das atividades descritas no item 5.1 nos 30 primeiros dias.	Percentual de estratégias, sistemáticas e mecanismos de modernização aprovados para o alcance dos objetivos da ADAPS.	Diagnósticos; Pareceres e documentos técnicos.
				Documento técnico contendo levantamento de estratégias de comunicação relacionada à saúde indígena no âmbito da atenção primária à saúde.	Plano de Comunicação interna e externa implementado.	Levantamentos realizados; Diagnósticos; Pareceres e documentos técnicos; Relatórios; Plano de ação; Proposta de melhorias.
				Documento técnico contendo mapeamento de notícias relacionadas à atenção primária à saúde com foco no provimento médico no Mundo no período de outubro a dezembro de 2022.	Plano de Comunicação interna e externa implementado.	Levantamentos realizados; Diagnósticos; Pareceres e documentos técnicos; Relatórios; Plano de ação; Proposta de melhorias.
Linhas Prioritárias das Ações na Área de Planejamento, Gestão, Avaliação e Transparência no fortalecimento da Agência para o	3. Fomentar ações de desenvolvimento voltadas à Gestão Estratégica da ADAPS.	3.1. Plano de Gestão de Riscos consolidado e implementado.	3.1.1. Promover a revisão bibliográfica sobre o tema.	Documento técnico contendo o levantamento bibliográfico relacionado à temática de gestão de riscos.	Percentual de implantação do plano de gestão de riscos.	Levantamentos realizados; Estudos e pesquisas.
				Documento técnico contendo levantamento de instituições com o modelo	Percentual de implantação do plano de	Levantamentos realizados; Estudos e pesquisas.

Linha Prioritária	Objetivo Específico	Resultado	Atividades	Produtos	Indicadores	Fontes de Verificação
Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde.				de gestão similares à ADAPS que já possuem plano de gestão de riscos.	gestão de riscos.	
				Documento técnico contendo levantamento de bibliográfico sobre atenção primária e gestão de riscos.	Percentual de implantação do plano de gestão de riscos.	Levantamentos realizados; Estudos e pesquisas.
				Documento técnico contendo levantamento bibliográfico e de legislação sobre <i>compliance</i> .	Percentual de implantação do plano de gestão de riscos.	Levantamentos realizados; Estudos e pesquisas.
Linhas Prioritárias das Ações na Área de Planejamento, Gestão, Avaliação e Transparência no fortalecimento da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde.	4. Implementar políticas de gestão e de governança prioritárias para o desenvolvimento sustentável da Agência.	4.1. Políticas implementadas: I. de Gestão de Pessoas; II. de Gestão por Resultados; III. de Inovação; IV. de Gestão com foco na Lei Geral de Proteção aos Dados Pessoais; V. de Comunicação; VI. de Gestão Orçamentária, Financeira e Contábil; VII. de Preservação de Documentos Digitais; VIII. de Gestão do Conhecimento.	4.1.1. Promover levantamento bibliográfico e de legislação aplicável à cada frente temática.	Documento técnico contendo levantamento bibliográfico relacionado à liderança de equipes de alta performance.	Diagnósticos situacionais realizados.	Estudos bibliográficos e de legislação aplicável a cada temática.
				Documento técnico contendo levantamento bibliográfico à temática de auditoria em saúde e sua correlação com a gestão de pessoas.	Diagnósticos situacionais realizados.	Estudos bibliográficos e de legislação aplicável a cada temática.
				Documento técnico contendo proposta de metodologia para mapeamento de <i>stakeholders</i> relacionados às temáticas saúde tendo como foco atenção primária e de provimento médico no Congresso Nacional e na Câmara dos Deputados.	Diagnósticos situacionais realizados.	Documentos técnicos contendo proposta de políticas de gestão próprias para a ADAPS.
				Documento técnico contendo levantamento Bibliográfico sobre a temática de gestão financeira.	Diagnósticos situacionais realizados.	Estudos bibliográficos e de legislação aplicável a cada temática.
				Documento técnico contendo levantamento Bibliográfico sobre a temática de gestão orçamentária.	Diagnósticos situacionais realizados.	Estudos bibliográficos e de legislação aplicável a cada temática.
				Documento técnico contendo levantamento de legislação relacionada gestão de pessoas e adequação ao modelo de gestão da ADAPS.	Diagnósticos situacionais realizados.	Estudos bibliográficos e de legislação aplicável a cada temática.

Linha Prioritária	Objetivo Específico	Resultado	Atividades	Produtos	Indicadores	Fontes de Verificação
				Documento técnico contendo levantamento de legislação referente inovação e adequação ao modelo de gestão da ADAPS.	Diagnósticos situacionais realizados.	Estudos bibliográficos e de legislação aplicável a cada temática.
Linhas Prioritárias das Ações na Área de Planejamento, Gestão, Avaliação e Transparência no fortalecimento da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde.	5. Promover ações de prospecção e captação de parcerias, nacionais e internacionais, para o alcance dos objetivos institucionais da Agência.	5.1. Plano de prospecção e captação de parcerias entre a ADAPS e instituições nacionais e internacionais, formulado e implementado.	5.1.1. Realizar estudos de melhores práticas e definir diretrizes básicas para a prospecção e captação de parcerias estratégicas aos objetivos da ADAPS.	Documento técnico contendo levantamento bibliográfico referente a iniciativas sociais e culturais em saúde, realizadas a nível interinstitucional e, também, pelo setor público no Brasil.	Número de melhores práticas e diretrizes básicas de prospecção e captação de parcerias efetivas.	Estudos e documentos técnicos.
Linhas Prioritárias das Ações na Área de Planejamento, Gestão, Avaliação e Transparência no fortalecimento da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde.	6. Ampliar a capacidade da ADAPS com foco no desenvolvimento institucional.	6.2. Rede Nacional de Cooperação e Intercâmbio implementada, entre a ADAPS e instituições públicas e privadas.	6.2.3. Estabelecer estratégias e mecanismos para criação e implementação de uma rede nacional de cooperação e intercâmbio, entre a ADAPS e instituições públicas e privadas, em temáticas prioritárias aos objetivos da Agência.	Documento Técnico contendo levantamento bibliográfico referente à execução das políticas públicas de atenção primária à saúde, tendo como foco o provimento médico na Austrália.	Número de mecanismos de intercâmbio estabelecidos.	Levantamentos realizados; Estudos e pesquisas; Documentos técnicos; Relatórios.

Resumos dos Produtos Entregues pelos Consultores (Dez/2022 – Jan/2023)

LINHA PRIORITÁRIA DAS AÇÕES NA ÁREA DE PLANEJAMENTO, GESTÃO AVALIAÇÃO E TRANSPARÊNCIA NO FORTALECIMENTO DA AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No que se refere à Linha Prioritária 1 que é focada em ações na área de planejamento, gestão, avaliação e transparência no fortalecimento da ADAPS os objetivos gerais são:

- 1) Fortalecer a capacidade institucional da ADAPS com foco na modernização das sistemáticas e mecanismos gerenciais e de Governança.;
- 2) Ampliar o alcance e a efetividade das ações de comunicação da Agência de forma estruturada;
- 3) Fomentar ações de desenvolvimento voltadas à Gestão Estratégica da ADAPS;
- 4) Implementar políticas de gestão e de governança prioritárias para o desenvolvimento sustentável da Agência.

Essa Linha Prioritária é composta por 4 (quatro) Objetivos Específicos, 4 (quatro) Resultados e 29 (vinte e nove) Atividades.

Objetivos Específicos	Valor Aprovisionado referente à 1ª parcela de repasse	Valor Executado	% de Execução do recurso	% de execução da meta
1. Fortalecer a capacidade institucional da ADAPS com foco na modernização das sistemáticas e mecanismos gerenciais e de Governança.	336.000,00	53.000,00	15,77%	14,2%
2. Ampliar o alcance e a efetividade das ações de comunicação da Agência de forma estruturada.	160.000,00	40.000,00	25,00%	20%
3. Fomentar ações de desenvolvimento voltadas à Gestão Estratégica da ADAPS.	96.000,00	48.000,00	50,00%	16,7%
4. Implementar políticas de gestão e de governança prioritárias para o desenvolvimento sustentável da Agência.	314.000,00	114.000,00	36,30%	18%

- Média de execução: 17,22%.

A seguir são apresentados os resultados por Objetivo Específico:

1.1. FORTALECER A CAPACIDADE INSTITUCIONAL DA ADAPS COM FOCO NA MODERNIZAÇÃO DAS SISTEMÁTICAS E MECANISMOS GERENCIAIS E DE GOVERNANÇA.

RESULTADO 1.1. Processos gerenciais e de governança estruturados, modernizados e aprimorados que resultem em ganhos de eficiência institucional para a ADAPS.

ATIVIDADE 1 – Realizar diagnóstico situacional de informações estruturantes (Macroprocessos, ações e atividades e necessidades da ADAPS e suas unidades) com vistas à implantação de estratégias de modernização organizacional.

Produtos Entregues:

01. Documento técnico contendo estudos categorizados e qualificados sobre o contencioso da ADAPS, no período de 2021.

O documento técnico teve em questão o objetivo de verificar a causa de pedir, bem como os fundamentos para as decisões proferidas em processos cuja Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde faz parte do polo passivo. Considerando a implementação do Programa Médicos pelo Brasil, instituído pela Lei Federal nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019, com a finalidade de incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade e de fomentar a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade, no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

Deste modo foram realizados estudos categorizados e qualificados sobre o contencioso da ADAPS, no período de 2021/2022.

Preliminarmente, foi realizada uma contextualização de que o Programa Médicos pelo Brasil nasceu à partir de um estudo relacionado ao Programa anterior ao Mais Médicos que se chegou à conclusão de que, em que pese o crescimento da quantidade de médicos ao longo dos últimos 10 (dez) anos, é possível identificar o seguinte quadro de desistência dos médicos que ingressam no PMMB.

Ano de entrada	Qtd. Ingressos	Qtd. Desistências 1º ano	Qtd. Desistências 2º ano	Qtd. Desistências 3º ano	Qtd. Total Desistências 3 anos
2016	2244	1148	322	141	1611
2017	3527	1046	602	525	2173
2018	6605	1761	1243	1047	4051
2019	1128	347	266	191	804
Total Geral	13504	4302	2433	1904	8639

Ano de entrada	Taxa Desistência 1º ano	Taxa Desistência 2º ano	Taxa Desistência 3º ano	Taxa Desistência Total
2016	51,16%	14,35%	6,28%	71,79%
2017	29,66%	17,07%	14,89%	61,61%
2018	26,66%	18,82%	15,85%	61,33%
2019	30,76%	23,58%	16,93%	71,28%
Total Geral	31,86%	18,02%	14,10%	63,97%

64% taxa alta de desistência

Dentre os desistentes do Programa, em um grupo de mil profissionais, colheu-se os seguintes resultados:

CATEGORIAS DAS JUSTIFICATIVAS DE DESISTÊNCIA	Qtd.	%
CAPACITAÇÃO/QUALIFICAÇÃO	417	41,7%
FATORES PESSOAIS/QUALIDADE DE VIDA	248	24,8%
FATORES PROFISSIONAIS	166	16,6%
MOTIVOS DE SAÚDE	76	7,6%
RELACIONAMENTO COM A COMUNIDADE, GESTORES MUNICIPAIS E/OU EQUIPES (RECONHECIMENTO PROFISSIONAL)	39	3,9%
CONDIÇÕES DE TRABALHO	30	3,8%
SEGURANÇA E VIOLÊNCIA	10	1,0%
BOLSA-FORMAÇÃO E BENEFÍCIOS	7	0,7%
OUTROS	7	0,7%
Total Geral	1000	100,0%

Fonte: SGP/Ministério da Saúde – Março de 2022

Assim, por meio da ADAPS, o PMPB é uma política pública que veio substituir, gradativamente, o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), conforme orientação constante no Acórdão nº 994/2020 – TCU, processo TC 033.641/2019-1, plenário. Para tanto, utilizou-se das experiências obtidas por meio do PMMB, a fim de refinar a determinação das localidades que de fato necessitam, com supremacia da provisão de médicos e fortalecimento da atenção primária à saúde, a fim de suprimir os gargalos, já vivenciado para fixação de médicos ao longo dos 10 (dez) anos no PMMB.

No referido documento técnico foram apresentadas as competências relacionadas ao Ministério da Saúde e à ADAPS com objetivo contextualizar a referida política pública.

Ainda, de acordo com o documento técnico: *“As breves pinceladas da criação da política pública acima foram necessárias para a conclusão de que, é factível que alguns profissionais participantes do PMpB ingressem com ações em juízo, perseguindo alocação da vaga no certame, com o consequente pedido de direito de ingresso ao programa.”*

Assim, foi objeto de análise a busca nos tribunais de demandas contenciosas, referente aos EDITAIS nº 01, ADAPS DE 31 DE DEZEMBRO DE 2021 e EDITAL Nº 1 e Nº02/2022/ADAPS. O Processo Seletivo (EDITAIS nº 01, ADAPS DE 31 DE DEZEMBRO DE 2021), executado pelo INSTITUTO BRASILEIRO DE FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO – IBFC.

A seleção de candidatos para provimento de vagas e formação de cadastro reserva para os cargos de Tutor Médico e Médico de Família e Comunidade, integrantes do Programa Médicos pelo Brasil, distribuídas nas Localidades de Vaga, conforme estabelecido no Anexo I, no total de 4.652 vagas deste Edital, para os Quadros de Pessoal Médico da ADAPS, integrantes do Programa Médicos pelo Brasil, sendo os Tutores Médicos integrados ao quadro de empregados médicos da ADAPS, a partir do presente processo, e os Médicos de Família e Comunidade - médicos bolsistas - admitidos e integrados ao curso de formação da ADAPS, para cumprimento de etapa eliminatória e classificatória preliminar/estágio experimental remunerado às etapas necessárias à sua efetivação enquanto Médico de Família e Comunidade do Quadro de Pessoal da ADAPS.

EDITAL NORMATIVO nº 01/2022 e 02/2022 executado pelo Instituto Americano de Desenvolvimento - IADES. O processo seletivo com um total de 2.500 vagas abertas por meio de dois editais recém-publicados, destinadas às regiões que mais precisam de profissionais no País – divididas entre médicos tutores (312 vagas) e médicos bolsistas (2.188 vagas).

Certo é que, o direito de ação não pode ser impedido, tendo em vista que encontra resguardo constitucional. Entretanto, à luz das correntes da causa de pedir a serem descritas, observando-se a Lei nº 13.958/2019, de forma expressa, e os Editais, entende-se que qualquer reconhecimento de vínculo dessa natureza restaria por macular a legislação vigente.

Deste modo conforme mencionado acima, o referido Documento Técnico procurou verificar a causa de pedir, bem como os fundamentos para as decisões proferidas em processos cuja Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde faz parte do polo passivo.

Para isso, foi realizada busca ativa, no recorte temporal proposto, nos sítios dos Tribunais Regionais Federais (TRFs) e Tribunais de Justiça dos Estados (TJEs) foram localizados 250 processos judiciais protocolados nos TRFs e 30 processos judiciais protocolados nos TJEs. Seguem adiante os principais pedidos.

• Anulação de Eliminação - Banca Examinadora
• Computo de Título - Classificação
• Final de fila/Reserva de vaga – COREME (Cursando Residência Médica)
• Final de fila/Reserva de vaga
• Final de fila/Reserva de vaga - Antecipação da conclusão do curso
• Final de fila/Reserva de vaga - CRM
• Final de fila/Reserva de vaga - Emissão de CRM após REVALIDA (prova)
• Final de fila/Reserva de vaga - Revalidação via universidade
• Final de fila/Reserva de vaga - Não concluiu o curso
• Licença Maternidade
• Quota PCD
• Realocação conforme item do Edital (4º Município)
• Realocação nos Municípios Indicados

A análise realizada abordou, de forma sistemática, os assuntos de que tratam os 88 (oitenta e oito) processos oriundos da Justiça Federal e 8 (oito) processos oriundos da Justiça Estadual e Distrital cuja causa de pedir está relacionada a impossibilidade de apresentação de documentação solicitada conforme requisito disposto no Edital nº 01, ADAPS, de 31 de dezembro de 2021. A seguir especificação de número de ajuizamentos em decorrência da falta de cada documento:

- a) Diploma ou Declaração de Conclusão do curso e do registro junto ao Conselho Regional de Medicina (Instituição de Ensino Brasileira) (68);
- b) Registro junto ao Conselho Regional de Medicina (Instituição de Ensino Brasileira) (5);
- c) Registro junto ao CRM em decorrência de Trâmite de revalidação do diploma via prova (21); e
- d) Registro junto ao CRM em decorrência de Trâmite de revalidação do diploma simplificado (2).



Fonte: Mapeamento com as Justiças Federais

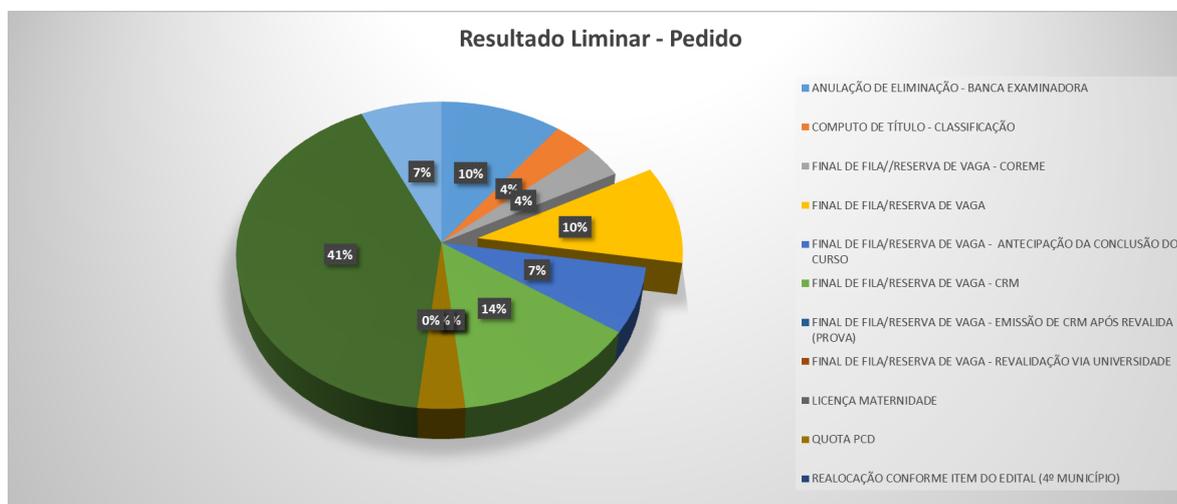
FUNDAMENTOS DAS DECISÕES

Deferimento:

- Direito ao remanejamento ao fim da fila, independentemente de previsão editalícia;
- Prorrogação de prazo para entrega de documento já existente não afronta isonomia;
- Aplicação da Súmula nº 266, STJ - O diploma ou habilitação legal para o exercício do cargo deve ser exigido na posse e não na inscrição para o concurso público.

Indeferimento:

- A previsão constante do edital no que tange à entrega de documentos deve ser respeitada;
- Violação ao princípio da isonomia e da vinculação ao edital;
- A autoridade administrativa deve possuir prazo razoável para análise de validação de diplomas.
- A solicitação de remanejamento para final de fila, se não tiver previsão em edital, não possui embasamento jurídico.



Fonte: Elaborado pelo consultor

**Observações: O processo nº 3000279-46.2022.8.06.0122, em trâmite no TJCE, e o processo nº 0810069-51.2022.4.05.8200, em trâmite no TRF5, não puderam ser acessados no PJE, o que inviabilizou a identificação do pedido e causa de pedir.*

Indicadores aferidos:

- **Numero de informações estruturantes levantadas:** foram localizados 250 processos judiciais protocolados nos TRFs e 30 processos judiciais protocolados nos TJEs;
- **Número de estratégias, sistemáticas e mecanismos de modernização apresentados:** Foram elencadas duas estratégias.

Fontes de verificação:

- Levantamento realizado;
- Diagnóstico;
- Relatório.

ANÁLISE TÉCNICA:

Foi realizado um diagnóstico situacional com relação ao contencioso relacionado ao provimento médico no âmbito do Programa Médicos pelo Brasil. O Mapeamento contemplou, a relação dos processos, bem como as temáticas levantadas, além dos deferimentos realizados, os insumos produzidos, auxiliarão à equipe de Recrutamento e Seleção na elaboração dos próximos editais, também serão importantes para a equipe de Comunicação na elaboração de planos de comunicação com vistas a mitigar possíveis dúvidas.

Percebe-se, inclusive, que a equipe da Unidade de Comunicação da ADAPS tem ampliado no número de peças publicitárias em cada chamamento o que pode gerar a diminuição de processos. Outro ponto que merece destaque é o de que foi realizada a sinalização da necessidade da equipe da Unidade Jurídica realizar ações alinhamento por meio da apresentação dos processos de trabalho da Agência nos Tribunais com o objetivo de fazer com os juízes entendam as especificidades da atuação da ADAPS.

Além disso, é interessante notar que os achados do referido documento técnico auxiliarão no desenvolvimento de todos os objetivos específicos relacionados a linha 1, mas mais especificamente ao “Contribuir para o fortalecimento da capacidade institucional da Adaps com foco na modernização das sistemáticas e mecanismos gerenciais e de Governança” e “Implementar políticas de gestão e de governança prioritárias para o desenvolvimento sustentável da Agência”.

Por fim, é importante mencionar que dois indicadores da meta foram possíveis de ser aferidos em decorrência das fontes de verificação prestadas.

ATIVIDADE 2 - Elaborar estudos acerca dos impactos da legislação e normativos internos vigentes sobre os processos de trabalho da Agência e no que se refere à atualização, criação, integração, padronização, desburocratização, otimização, racionalização e automatização, quando couber de seus procedimentos.

Produtos Entregues:

01. Documento contendo o histórico do provimento de equipes para a Atenção Primária à Saúde das populações Indígenas, bem como de apoio e determinantes ambientais em saúde indígena.

O documento técnico ficou dividido da seguinte forma: definição do termo saúde indígena, breve histórico da saúde indígena, as atribuições relacionadas à Secretaria Especial de Saúde Indígena,

histórico das equipes multidisciplinares, histórico do provimento de equipes para a APS, Apoio aos determinantes ambientais, convênios, contratos temporários, histórico do quantitativo de pessoal.

A população indígena brasileira atual, conforme último Censo Demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, era de, aproximadamente, 896.917 (oitocentos e noventa e seis mil, novecentos e dezessete), incluindo-se os que vivem nos municípios. Naquela contagem, identificou-se cerca 517.383 (quinhentos e dezessete mil, trezentos e oitenta e três e três), vivendo em terras indígenas, sendo chamados de indígenas aldeados.

Atualmente, no entanto, o número de indígenas aldeados já passou de 763 mil indígenas. Esse é o público total que atualmente as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), conforme previsto na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), estão atendendo nas áreas de abrangência dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), conforme se observa na figura 1.



Figura 1: Distrito Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)

Cada Distrito tem autonomia para desempenhar suas ações de saúde nos seus respectivos territórios, seguindo as diretrizes da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), que compõe o Ministério da Saúde. Suas delimitações territoriais se fundamentam em critérios que incluem a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, perfil epidemiológico, disponibilidades dos serviços, profissionais, infraestrutura e vias de acesso à rede do SUS. Todos os Distritos possuem sua rede de atenção própria, organizadas em Polos Base, Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) e Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAI), compondo assim o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi-SUS).

Todas as equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) estão dispostas nos Polos Base e se deslocam para a realização de suas atividades nas Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) ou

mesmo para as aldeias, nos casos onde não há uma unidade básica de saúde indígena propriamente dita, para desenvolvimento das ações de saúde para a população indígena local.

Estrutura das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena

A força de trabalho dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) é composta por médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e agentes indígenas de saúde (AIS). A Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI) prevê a seguinte formação: “As equipes de saúde dos distritos deverão ser compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, contando com a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas e outros especialistas e técnicos considerados necessários.”

Na prática, os Distritos têm executado suas ações de saúde com médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos em enfermagem, técnicos em saúde bucal e agentes indígenas de saúde. Estas equipes são complementadas por profissionais que compõem o Núcleo de Apoio à Saúde Indígena (NASI), sendo estes: farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, técnicos em laboratório e agentes de combate a endemias. Em relação aos determinantes ambientais, há a atuação de engenheiros civis, engenheiros sanitaristas, geólogos, gestores de saneamento, técnicos em saneamento, técnicos em edificações, técnicos em química e agentes indígenas de saneamento (AISAN).

Os Distritos também contam com profissionais que atuam nos cargos de Apoiadores em Saúde e Apoiadores em Saneamento. Tais cargos são previstos nos planos de trabalho distritais junto às entidades conveniadas, sendo ocupados por profissionais com formação em saúde e de saneamento, de nível superior, respectivamente. Possuem como principal atribuição a interlocução entre os entes federados, garantindo assim o acesso da população indígena aos níveis secundários e terciários do SUS.

Assim, os profissionais atuantes nos Distritos incluem os Coordenadores (um por DSEI podendo ser Servidores Públicos ou sendo nomeados para cargo de confiança); Servidores Públicos Federais (podendo, por cessão, serem profissionais de estados ou municípios) que, normalmente, ocupam cargos de gestão/chefia dentro da estrutura organizacional dos Distritos; pessoal contratado a partir das conveniadas; e prestadores de serviços por intermédio de empresas contratadas por meio de licitações e que prestam serviço aos Distritos (motoristas, barqueiros, seguranças, outros).

As equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) destinadas a prestar apoio nas aldeias, as equipes que trabalham nas Casas de Saúde Indígena (CASAI), Apoiadores e Agentes indígenas de Saúde e de Saneamento são contratados por intermédio das 08 (oito) entidades conveniadas ao Ministério da Saúde (MS) conforme regime jurídico estabelecido pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT). O tipo de profissional e a quantidade dependem de cada DSEI e, normalmente, guardam relação com o tamanho das áreas a serem atendidas, distância, modal de transporte e aspectos culturais. Atualmente, a maioria inclui solicitações para a contratação de:

- Médicos (regime integral e parcial)
- Enfermeiros (regime integral e parcial)
- Cirurgiões dentistas (regime integral e parcial)
- Assistentes sociais
- Psicólogos
- Nutricionistas
- Farmacêuticos / Bioquímicos
- Fisioterapeutas
- Engenheiros civis / Engenheiros sanitaristas
- Apoiador técnico em saneamento
- Apoiador técnico em atenção à saúde
- Técnicos de enfermagem
- Técnico em saúde bucal
- Auxiliar de saúde bucal
- Técnico de saneamento
- Técnico de Edificações
- Técnico de Química
- Eletrotécnico
- Agente Indígena de Saúde (AIS)
- Agente Indígena de Saneamento (AISAN)

Observação: antes de 2020, havia a contratação de antropólogos em larga escala. Atualmente, apenas 4 (quatro) profissionais permanecem, tendo em vista a existência de povos de recente contato em alguns Distritos. Essa situação ocorreu porque as contratações da SESAI são para a atividade fim de saúde. Atualmente, a FUNAI tem prestado esse serviço.

Histórico do Provimento de Equipes para a APS, Apoio e Determinantes Ambientais

Conforme dados históricos já apresentados em relação à saúde indígena, a prestação de serviços de saúde aos povos indígenas durante a gestão do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) e da Funai eram realizados apenas em casos de surtos ou feitos de modo esporádico a partir de equipes volantes. O atendimento permanente e sistematizado de Atenção primária à Saúde (APS) para a população indígena só teve início efetivo com a aprovação da Lei 9.836/99. Desta forma, este é o marco legal que irá balizar este texto contendo o histórico do provimento de equipes para a Atenção Primária à Saúde (APS), apoio e determinantes ambientais.

Segundo RAGGIO et al (2009), a primeira forma de atuação que a FUNASA, órgão que passou a ser responsável pela gestão do SasiSUS à época, foi contar com seus próprios servidores. A contratação de pessoal também era realizada, a partir de parcerias, pelos municípios em que os Distritos estivessem situados a partir de recursos da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), conforme previsto na Portaria MS nº 1163, de 14 de setembro de 1999. Para isso, os recursos eram repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde sob a forma de Incentivo de Atenção Básico aos Povos Indígenas (IAB-PI) e de Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI). Posteriormente, a Portaria MS nº 1163 foi substituída pela Portaria MS nº 2656, de 17 de outubro de 2007, visando aprimorar a regulamentação do fornecimento dos incentivos. Assim, os convênios com instituições e organizações era uma forma de contratação complementar.

Em termos práticos, a estratégia de parcerias com estados e municípios e convênios com diferentes tipos de instituições e organizações adotada pela Fundação Nacional de Saúde visando à implantação efetiva e consolidação do SasiSUS resultou numa terceirização dos serviços cuja gestão estava a cargo do seu Departamento de Saúde Indígena (DESAI). Segundo Martins (2013), destacam-se como características dessa estratégia: as parcerias e convênios eram estabelecidos com organizações não-governamentais (ONG); fundações ligadas a universidades; associações ligadas a igrejas, a povos indígenas e a determinadas categorias profissionais; a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), em articulação com a Funasa, passou a concentrar seu foco nas relações e pactuações com os gestores do SUS - secretarias municipais e estaduais de saúde - descentralizando recursos da União, fundo a fundo, para que os entes federados pudessem realizar ações complementares em saúde indígena.

Ainda segundo Martins (2013), na região Amazônica, no início da implantação do subsistema, a maioria dos convênios foi firmada com organizações indígenas, enquanto nas regiões Nordeste e Sul-Sudeste, em função da carência de instituições minimamente preparadas para estabelecer convênios com a União, a opção encontrada foi a descentralização de recursos para os sistemas municipais assumirem a execução das ações.

A FUNASA concentrava os convênios em entidades regidas pelo direito privado classificadas como ONGs, sendo que a maioria delas eram: empresas de consultoria de RH; fundações privadas ligadas a universidades, e associações ligadas a igrejas, a povos indígenas e a categorias profissionais. Entre 2004 e 2007, foram desenvolvidos e acompanhados cerca de 40 Convênios pela FUNASA, somando valores totais de aproximadamente R\$ 307,5 milhões de reais e suplementações no montante de R\$ 153,1 milhões de reais (FUNASA, 2008a).

Na análise das despesas da FUNASA com Convênios celebrados em 2004, há registros de um total de 52 Convênios, somando valores totais de R\$ 120,3 milhões de reais, sendo que sua destinação, por itens disponíveis, foi de: 30% para equipes multidisciplinares de saúde indígena; 5,4% para pessoal

de gerência; 20,4% para cobrir os encargos sociais correspondentes; e 1,9% em capacitação de pessoal (FUNASA, 2008b).

Grande parte destes convênios recebia repasse orçamentário previstos no Plano de Trabalho não só para a contratação de profissionais de saúde, mas também para a aquisição de insumos estratégicos de saúde como: medicamentos, equipamentos de proteção individual, combustível, materiais médicos e odontológicos, aquisição de bens permanentes como veículos, barcos, motores de popa, mobiliário e, até mesmo, para a construção de unidades básicas de saúde indígena (UBSI) e Pólos-Base.

“A partir de 1999, a Funasa viabilizou um modelo de atenção que optou pela renúncia à execução direta de serviços, adotando a estratégia de terceirização (para fins deste texto, consideraremos a terceirização como o processo político-administrativo de transferência total ou parcial das atribuições essenciais do Estado para a esfera privada) das ações de saúde a serem desenvolvidas em áreas indígenas” (GARNELO & SAMPAIO, 2005, p. 1218).

Em 2008, a FUNASA realizou a contratação de 802 (oitocentos e dois) servidores temporários para atuação nos Distritos, regidos pela legislação vigente na condição de Contratos Temporários da União (CTU). No entanto, essa estratégia também encontrou óbices, conforme exemplificado em nota emitida pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena do Leste Roraima:

“O modelo não atende às necessidades da Saúde Indígena por caracterizar um vínculo temporário, com vigência máxima da contratação de quatro anos, provocando a descontinuidade da assistência e a impossibilidade de recontração dos profissionais. Paraviabilizar essa alternativa, seria necessária a realização de um processo amplo de discussão e consulta prévia aos povos indígenas visando à elaboração de uma proposta de Lei Específica para Contratação Diferenciada dos Profissionais da Saúde Indígena, em caráter permanente, a ser apresentada ao Congresso Nacional” (CONDISI LESTERR, 2008).

A partir de 2008, as relações já fragilizadas entre a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e as entidades parceiras e conveniadas recrudesceram, tornando-se ainda mais difíceis, principalmente em decorrência de problemas judiciais recorrentes tendo em vista sucessivos atrasos nos repasses orçamentários estabelecidos nos Planos de Trabalho; denúncias de má utilização dos recursos orçamentários pelas entidades conveniadas. Havia ainda a pressão para que as entidades se convertessem em Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), no intuito de acelerar as prestações de serviços de saúde.

Assim, objetivando sanar ou dirimir tais problemáticas, publicou-se as Portaria nº 69/GM, e nº 70/GM, ambas de 20 de janeiro de 2004, estabelecendo novas diretrizes para a saúde indígena, visando à retomada, por parte da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), da execução direta dos atendimentos de saúde e à redução da participação das entidades conveniadas apenas à contratação e gestão de pessoal.

A Portaria nº 126/FUNASA, de 04 de fevereiro de 2008, estabeleceu critérios para monitoramento da execução das ações complementares de saúde indígena feita pelos convênios com entidades governamentais e não governamentais. Por fim, a Portaria nº 293/FUNASA, de 7 de abril de 2008,

estabeleceu critérios para celebração de convênios com entidades governamentais e não governamentais visando à execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas. Neste contexto, destacou-se a exigência de que a celebração de com entidades privadas sem fins lucrativos deveria ser precedida de chamamento público, por meio de edital. Tratava-se de uma resposta aos Acórdãos do Tribunal de Contas da União no 2.066/2006, nº 2.075/2007 - Plenária; à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (SUS); e ao Decreto nº 6.329/2007, de dezembro de 2007, sobre normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse.

Observa-se que, a partir deste momento, houve a normatização dos convênios para prestação de serviço complementar de saúde, considerando a determinação do TCU contida no Acórdão 2.066/2006-TCU-Plenário, onde passou a ser previsto o Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse (SICONV), também conhecido como Portal dos Convênios, previsto no Decreto 6.170/2007.

Assim, a Portaria no 293/FUNASA, de 7 de abril de 2008, estabeleceu como critérios de habilitação e celebração com os convenientes:

Art. 4º - Somente poderão ser habilitados para celebração de convênios as entidades que atenderem aos seguintes critérios:

I - comprovação de experiência de trabalho estruturado com populações indígenas, fundamentado nos direitos estabelecidos pela Constituição Federal, como:

a) serviços ou ações de saúde pública nos diversos níveis do Sistema Único de Saúde - SUS;

b) serviços ou ações indigenistas; e

c) pesquisas ou estudos relativos a políticas sociais junto aos povos indígenas.

II - ter estrutura administrativa;

III - ter quadro gerencial com a qualificação compatível com o objeto do convênio, composto minimamente por profissionais de nível superior habilitados para as funções de administração, contabilidade e coordenação técnica dos serviços de saúde; e

IV - atendam, no que couber, aos artigos do Decreto nº 6.170, de 25 de julho de 2007, bem como à Lei de Diretrizes Orçamentárias correspondente ao exercício de celebração do convênio.

§1º - Para fins do disposto neste artigo, entende-se como estrutura administrativa, ter capacidade própria de manutenção de estrutura física e administrativa para a sua existência autônoma, independente dos objetivos convencionais;

§2º - A comprovação dos critérios previstos nos incisos I e II será efetuada mediante análise do Estatuto da Entidade e documentação a ser exigida pela Funasa, que se manifestará por intermédio de parecer do Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI e Coordenador Regional aprovado pelo Departamento de Saúde Indígena - Desai, acerca da compatibilidade dos serviços e atividades propostas com o objeto a ser pactuado.

Solicitava-se aos convenientes que fossem apresentados aos Distritos os Planos de Ação, contendo as seguintes informações:

I - razões que justifiquem a celebração do convênio;

II - caracterização do DSEI: extensão Territorial; população indígena; número de municípios com área indígena; quantidade de aldeias; número de etnias;

número de Pólos-Base.

III - antecedentes/justificativas;

IV - descrição completa do objeto geral e específico a serem executados;

V - abrangência das ações conforme a territorialidade;

VI - descrição das metas a serem atingidas, qualitativa e quantitativamente, proporcionais aos recursos previstos e disponibilizados pelo instrumento convencional;

VII- descrição das atividades, etapas ou fases da execução do convênio, com previsão de início e fim;

VIII - proposta orçamentária detalhada por itens de despesas e respectiva memória de cálculo;

IX - cronograma de desembolso; e

X - mecanismos internos de acompanhamento e controle da qualidade dos serviços ofertados. Art. 6º. A habilitação dos proponentes não lhes assegura a celebração dos convênios, ficando a critério da Fundação Nacional de Saúde decidir pela conveniência e oportunidade da realização deste ato.

A própria Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) reconheceu que “a ausência de concurso público durante todos esses anos foi, também, decisiva na busca de outros mecanismos de contratação de recursos humanos para atuarem na atenção à saúde dos povos indígenas”, e que “os servidores disponíveis na Fundação Nacional de Saúde para esta missão, até hoje, são quantitativamente insuficientes e, como estratégia, optou-se, também para o financiamento desta atividade por meio de convênios com organizações não governamentais, organizações indígenas, prefeituras e universidades, que participaram de forma importante neste processo” (BRASIL, 2010b).

Conforme Raggio et al (2009), dados publicados por uma consultoria contratada para realizar um diagnóstico da saúde indígena no Brasil indicaram que, em 2007, havia 12.926 trabalhadores, sendo que 10,2% do total eram servidores da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), ou seja, a maioria era mão-de-obra terceirizada, contratada por meio das prefeituras municipais com incentivos repassados pela SAS/MS (44,9%), ou por meio das organizações não governamentais conveniadas com a Funasa (37,1%), conforme se observa na tabela 1.

Nível de Formação	FUNASA	SAS/MS	Conveniadas	Municípios(M)	Outros(O)	Total
Nível Superior	129	860	57 0	120	2	1.681
Nível Médio + AIS + AISAN	1.188	4.940	4.223	726	168	11.214
Total	1.317	5.800	4.793	846	170	12.895
Percentual	10,2%	44,9%	37,1%	6,5%	1,3%	100%

Fonte: Raggio et al (2009).

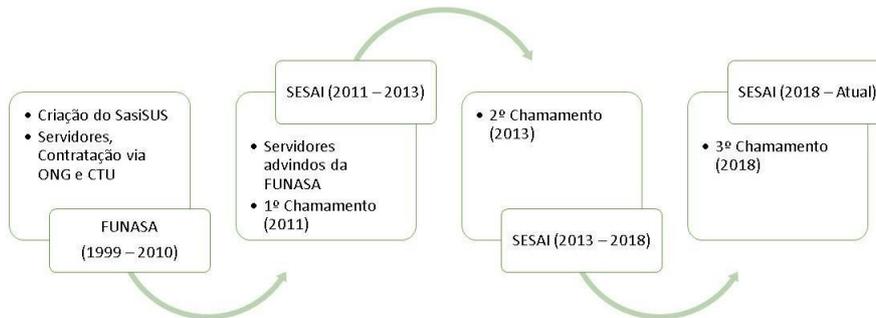
Observações em relação à tabela 1.

(M) Deve-se observar que a SAS repassava recursos para as prefeituras fazerem contratação. No entanto, havia casos em que as prefeituras contratavam com recursos próprios.

(O) Esse tipo de contratação incluía eventuais terceirizações realizadas pelos municípios.

Convênios FUNASA / SESAI

A figura 2 identifica, a partir de uma linha do tempo, a ordem cronológica dos convênios visando ao provimento, via entidades conveniadas, da força de trabalho desde a criação do SasiSUS.



Fonte: Autor (2022)

A força de trabalho que atuava na FUNASA foi transferida para a SESAI, incluindo-se Servidores efetivos e pessoal contratado por meio de convênios celebrados com as Organizações Não-Governamentais (ONG). Em 2011, esses profissionais contratados foram dispensados. A partir desta data, foi também realizada a contratação de profissionais via Contrato Temporário da União (CTU) a fim de suprir as necessidades de força de trabalho nos Distritos.

Em 11 de agosto de 2011, a SESAI lançou seu primeiro edital de chamamento público, o edital nº 1/2011, visando à seleção de entidades privadas sem fins lucrativos para execução, por meio de convênios, das ações complementares na atenção à saúde e saneamento dos povos indígenas. As entidades selecionadas à época foram a Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), com sede em São Paulo, que ficou responsável por 14 DSEI; o Instituto de Medicina Integral Professor Fernandes Figueira (IMIP), com sede em Recife, responsável por 3 distritos, e a Missão Evangélica Caiuá, com sede em Campo Grande, responsável por 17 distritos. O edital previa que os contratos com essas entidades conveniadas tivessem duração de 02 anos, ou seja, da data de sua assinatura até 31 de dezembro de 2013.

Abaixo, pode-se verificar os quadros 1, 2 e 3 com a distribuição dos Distritos e suas respectivas conveniadas, bem como o número de cada convênio firmado com o Ministério da Saúde.

Quadro 1: Instituto de Medicina Integral Professor Fernandes Figueira

Instituto de Medicina Integral Professor Fernandes Figueira (IMIP)		
Distrito	Unidade Federativa	Convênio
Alagoas e Sergipe	AL	759415
Potiguara	PB	758157
Pernambuco	PE	758593

Fonte: Manual de Orientação de tomada de contas especial de convênios firmados no exercício de 2011 para execução da política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

Quadro 2: Associação Paulista Para Desenvolvimento da Medicina (SPDM)

Associação Paulista Para Desenvolvimento da Medicina (SPDM)		
Distrito	Unidade Federativa	Convênio
Alto Purus	AC	758167
Alto Juruá	AC	758155
Araguaia	MT	758163
Kaiapó do Mato Grosso	MT	758162
Kaiapó do Pará	PA	758161
Cuiabá	MT	758168
Xingu	MT	758170
Xavante	MT	758156
Altamira	PA	758169
Rio Tapajós	PA	758154
Guamá-Tocantins	PA	758165
Litoral sul	PR	758160
Interior Sul	SC	758164
Tocantins	TO	758166

Fonte: Manual de Orientação de tomada de contas especial de convênios firmados no exercício de 2011 para execução da política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

Quadro 3: Missão Evangélica Caiuá (Caiuá)

Missão Evangélica Caiuá (Caiuá)		
Distrito	Unidade Federativa	Convênio
Médio Purus	AC	758158
Vale do Javari	AM	758180
Parintins	AM	758161
Médio Solimões	AM	758149
Manaus	AM	758159
Alto Rio Negro	AM	758191
Alto Rio Solimões	AM	758152
Bahia	BA	758107
Ceará	CE	759417
CASAI/DF	DF	759416
Maranhão	MA	757681

Missão Evangélica Caiuá (Caiuá)		
Distrito	Unidade Federativa	Convênio
Minas Gerais e Espírito Santo	MG	757677
Mato Grosso do Sul	MS	757678
Vilhena	RO	757682
Porto Velho	RO	757684
Yanomami	RR	57680
Leste de Roraima	RR	757676

Fonte: Manual de Orientação de tomada de contas especial de convênios firmados no exercício de 2011 para execução da política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena

Considerando-se que os Distritos são unidades gestoras descentralizadas do SasiSUS, com autonomia administrativa, orçamentária e financeira, cuja atuação encontra-se sob responsabilidade da SESAI, os convênios, segundo o Manual de Orientação de tomada de contas especial de convênios firmados no exercício de 2011 para execução da política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena do Fundo Nacional de Saúde, trata-se de:

- Modelo de organização de serviços-orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas, e qualificadas, de atenção à saúde, promovendo a reorganização da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativas, gerenciais, necessárias à prestação da assistência com o Controle Social. Para a execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas, a SESAI realiza convênios para a seleção de entidades beneficentes de assistência social na área da saúde, visando cumprir o disposto na Portaria GM/MS nº 254 de 31 de janeiro de 2002.

(Manual de Orientação de tomada de contas especial de convênios firmados no exercício de 2011 para execução da política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena, 2011, pg 6-7)

Apesar dos esforços, esse modelo fundamentado em conveniadas tornou-se alvo de críticas dos movimentos indígenas, do Ministério Público Federal (MPF) e do Tribunal de Contas da União (TCU) principalmente em função da concentração de recursos e responsabilidades sobre as ações da saúde indígena por apenas 03 (três) entidades conveniadas; da falta de transparência na execução desse modelo de relação convenial; e da falta de um instrumento que possibilitasse o monitoramento de tais convênios,

As auditorias realizadas pelos órgãos de controle apontavam para a insuficiência na estrutura de controle da SESAI sobre as atividades desenvolvidas pelas convenientes e insuficiência na inserção de dados das ações de saúde desenvolvidas in loco no Sistema de Informação à Saúde Indígena (SIASI), fatos que dificultavam o monitoramento e a ação da SESAI em relação às ações de saúde

nos Distritos. Registra-se ainda críticas a exigência de Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), o que segundo o Procedimento Preparatório (PP) nº 1.16.000.003155/2011-43 do MPF, impedia a participação de outras entidades no chamamento público.

A desqualificação de tantas entidades, das quais muitas, destaque-se, já vinham prestando esse mesmo serviço anteriormente, deveu-se à aplicação inconsequente do citado art. 32, in fine, da LDO 2011, que exige a obtenção de CEBAS pelas entidades que pretendam receber recursos a título de subvenções sociais (PP MPF, 2011, pg 5).

Segundo o MPF (2011), pelo menos 08 (oito) instituições que estavam aptas, mas não apresentaram CEBAS não puderam participar, o que, segundo o relatório, configurou-se uma violação aos princípios da isonomia e da impessoalidade que regem toda a Administração Pública.

Na ocasião, visando melhorar o monitoramento e a execução físico-financeira dos convênios, a SESAI publicou a Portaria nº 64 SESAI/MS, de 29 de novembro de 2013, regulamentando os procedimentos, sendo, posteriormente, substituída pela Portaria nº 15 SESAI/MS, de 21 de maio de 2014, atribuindo assim a função de acompanhamento dos convênios aos Coordenadores Distritais e às áreas administrativas dos Distritos, incluindo-se a Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI) e ao Serviço de Edificações e Saneamento ambiental Indígena (SESANI).

A análise, monitoramento e avaliação da execução financeira ficou a cargo do Fundo Nacional de Saúde (FNS), do Ministério da Saúde, com base na Portaria Interministerial MP/MF/CGU nº 127 de 2008, a qual averigua a vinculação da despesa, com o objeto tratado, a inserção dos dados no SICONS, dos respectivos comprovantes de despesas, bem como a aplicação financeira dos recursos repassados e a restituição dos saldos financeiros vinculados a cada convênio. As superintendências estaduais do Ministério da Saúde ficaram responsáveis pela reanálise da prestação de contas de cada convênio, somente no sentido contábil/financeiro, sem avaliação do mérito da execução física dos mesmos. O Fundo Nacional de Saúde, desde o início deste modelo de convênios adotado pela SESAI, emitiu pareceres alertando sobre as preocupações com os resultados previsíveis da análise da prestação de contas dos convênios pactuados devido à constatação de irregularidades e impropriedades detectadas nos respectivos Planos de Trabalho impactando a execução do objeto pactuado entre as partes.

Ainda em 2013, apesar das fragilidades do modelo adotado pela SESAI, conforme registros da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, foram aprovadas propostas e moções com manifestações contrárias à realização de concurso público para a saúde indígena, com base na Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. O posicionamento manifestava que a referida Lei não atendia às especificidades da saúde indígena, sendo necessário encontrar um modelo específico para a saúde indígena. Neste contexto, também foram realizadas algumas deliberações, tais como: cotas para os povos indígenas; vagas e salários regionalizados; gratificação por período de permanência em aldeias, conforme a realidade de

cada Distrito; experiência de trabalho na área indígena; permanência dos servidores públicos em cidades do interior e áreas indígenas após o estágio probatório, dentre outras.

A figura 3 apresenta uma linha do tempo com atividades da Secretaria Especial de Saúde Indígena, incluindo-se o primeiro chamamento público, seu encerramento e discussão sobre as melhores formas de contratação na 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena

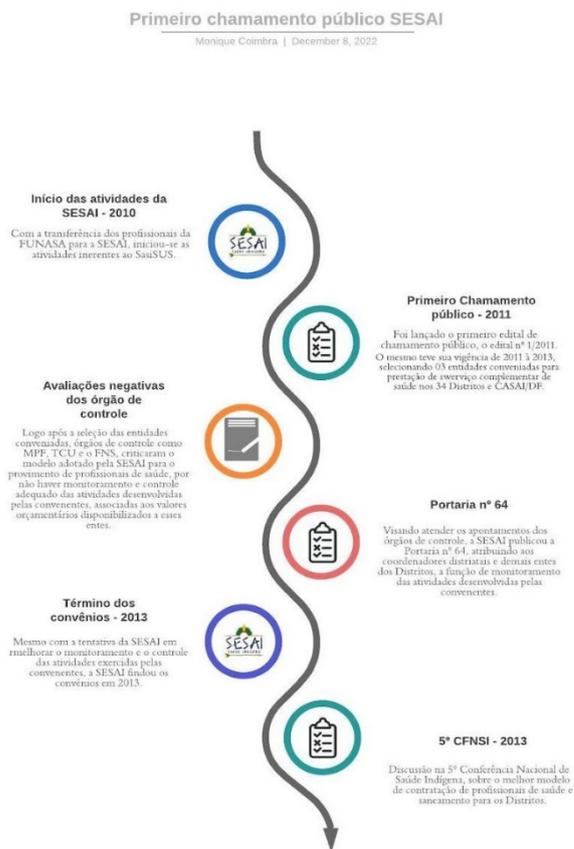


Figura 3 - Início das atividades e primeiro chamamento

Fonte: Autor (2022)

Em 21 de outubro de 2013, seguindo os mesmos moldes do edital de 2011, a SESAI lançou um novo edital de chamamento público (nº 7/2013) visando selecionar entidades privadas sem fins lucrativos para execução, por meio de convênios, das ações complementares na atenção à saúde e saneamento dos povos indígenas. Segundo registros da imprensa à época, não houve a participação do Controle Social na construção do edital, gerando insatisfação da população indígena.

Sagraram-se vencedoras desse novo chamamento as mesmas convenientes do edital de 2011, mudando, no entanto, os Distritos que estariam a cargo de cada conveniada. Os quadros 4, 5 e 6 identificam essa nova configuração.

Quadro 4: Instituto de Medicina Integral Professor Fernandes Figueira (IMIP)

Instituto de Medicina Integral Professor Fernandes Figueira (IMIP)		
Distrito	Unidade Federativa	Convênio
Alagoas e Sergipe	AL	797536
Potiguara	PB	797440
Pernambuco	PE	797442
Maranhão	MA	797441
Bahia	BA	797438
Ceará	CE	797439

Fonte: Manual de Orientação de tomada de contas especial de convênios firmados no exercício de 2013 para execução da política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

Quadro 5: Associação Paulista Para Desenvolvimento da Medicina (SPDM)

Associação Paulista Para Desenvolvimento da Medicina (SPDM)		
Distrito	Unidade Federativa	Convênio
Araguaia	MT	798358
Kaiapó do Mato Grosso	MT	798366
Cuiabá	MT	798360
Xingu	MT	798353
Xavante	MT	798345
Altamira	PA	798349
Rio Tapajós	PA	798355
Guamá-Tocantins	PA	798363
Kaiapó do Pará	PA	798365

Fonte: Manual de Orientação de tomada de contas especial de convênios firmados no exercício de 2013 para execução da política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

Quadro 6: Missão Evangélica Caiuá (Caiuá)

Missão Evangélica Caiuá (Caiuá)		
Distrito	Unidade Federativa	Convênio
Alto Rio Purus	AC	797503
Alto Rio Juruá	AC	797511
Médio Purus	AC	758158
Vale do Javari	AM	797506
Parintins	AM	797521
Médio Solimões	AM	797500
Manaus	AM	797501
Alto Rio Negro	AM	797492
Alto Rio Solimões	AM	797522
Médio Rio Purus	AM	797524
Litoral Sul	PR	797502

Missão Evangélica Caiuá (Caiuá)		
Distrito	Unidade Federativa	Convênio
CASAI/DF	DF	797489
Interior Sul	SC	797504
Minas Gerais e Espírito Santo	MG	797512
Mato Grosso do Sul	MS	797509
Vilhena	RO	797484
Porto Velho	RO	797520
Yanomami	RR	797494
Leste de Roraima	RR	797486
Tocantins	TO	797497

Fonte: Manual de Orientação de tomada de contas especial de convênios firmados no exercício de 2013 para execução da política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena

Conforme os quadros apresentados, observa-se que, na ocasião, a entidade conveniada Instituto de Medicina Integral Professor Fernandes Figueira (IMIP) passou a gerenciar 05 Distritos, todos localizados na região Nordeste, a Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina (SPDM) 09 Distritos, todos da região do Mato Grosso e Pará, ea Missão Evangélica Caiuá (Caiuá) com 19 Distritos, mais a CASAI/DF.

Finalizada a etapa de seleção das entidades beneficentes de assistência social na área saúde, as mesmas foram oficiadas e necessitaram apresentar a proposta de Plano de Trabalho. Este necessariamente deveria ser composto observando o disposto no Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) e Plano de Ação de cada Distrito, disponibilizados pela SESAI.

O Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) é um instrumento utilizado para balizar, desenvolver e aprimorar o planejamento de ações de saúde e saneamento nos Distritos, a partir da análise situacional dos mesmos, e está alinhado com o Planejamento Estratégico da SESAI e a previsão orçamentária individual, garantindo a viabilidade para a execução das ações. Neste, estão presentes ainda as intenções, os objetivos e metas a serem alcançadas no período de quatro anos (quadriênio).

O Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) parte de diretrizes elaboradas pela Secretaria Especial Indígena (SESAI), no âmbito central, cabendo aos Distritos organizarem as demandas que emergiram das Conferências Locais e Distrital de Saúde Indígena para embasarem a elaboração do Plano Distrital de Saúde Indígena, garantindo a construção coletiva e com ampla participação social, considerando principalmente as características de cada Distrito, como dados populacionais, dados de etnias, extensão territorial e área de abrangência, situação de saúde, entre outras.

Os Planos de ação dos Distritos estão inseridos dentro dos Planos Distritais de Saúde Indígena (PDSI), e refletem o planejamento das ações de saúde a serem desenvolvidas pelos Distritos, bem como os resultados programados e estabelecidos pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), como, por exemplo, ação de qualificação da linha de cuidado de prevenção do suicídio em povos indígenas,

ações de vacinação em cumprimento ao Plano Nacional de Vacinação (PNI), campanhas como novembro azul (prevenção ao câncer de próstata), outubro rosa (prevenção aos câncer de mama), supervisão técnica orientativa para alinhamento das ações voltadas para a saúde das crianças e das mulheres, etc.

Atualmente os Planos Distritais de Saúde Indígena (PDSI) se encontram vigentes até 2023, considerando que os mesmos foram confeccionados em 2020, e que os mesmos são válidos por quadriênios, conseqüentemente, os planos de ação também possuem a mesma validade.

Realizada as devidas análises pelas entidades conveniadas no que tange os Planos Distritais de Saúde Indígena (PDSI) e os Planos de Ação, as entidades confeccionam então os Planos de Trabalho Distritais, os quais são válidos por somente 01 (um) ano, devendo ser refeitos, conforme a renovação dos convênios, realizada por intermédio de Termo Aditivo.

O Objetivo dos Planos de Trabalho Distritais é estabelecer as ações complementares de saúde e saneamento ambiental à população indígena, a serem desenvolvidas nos Distritos, tomando como base a Política Nacional de Atenção Primária à Saúde Indígena (PNASPI), os Planos de Trabalho Distritais (PDSI) e os Planos de Ação.

Desta forma, a entidade beneficente selecionada será responsável, em caráter complementar, pelo desenvolvimento das ações de vigilância e assistência à saúde aos povos indígenas, em parceria com o Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), visando resguardar o direito fundamental à saúde, garantia da continuidade das ações básicas de saúde, o fortalecimento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) e a melhoria dos processos de trabalho para aprimorar o atendimento diferenciado à população indígena, considerando as complexidades culturais e epidemiológicas, a organização territorial e social, bem como as práticas tradicionais e medicinais alternativas a medicina ocidental.

Para a confecção dos Planos de Trabalho Distritais, são consideradas ainda as seguintes diretrizes:

1. Atenção integral à saúde da mulher indígena, com ênfase no diagnóstico, na prevenção e no tratamento do câncer de colo de útero e de mama em mulheres em idade fértil, bem como na atenção ao pré-natal e prevenção do óbito materno;
2. Atenção integral à saúde da criança e do adolescente indígenas, com ênfase nas ações dos programas de imunização, conforme calendário vacinal indígena aprovado pelo Ministério da Saúde, crescimento e desenvolvimento, vigilância alimentar e nutricional e das doenças prevalentes na infância, com vistas à redução da morbidade e mortalidade infantil;
3. Atenção psicossocial e abordagem dos determinantes sociais e ambientais dos povos indígenas, com enfoque na promoção da saúde mental e na qualidade de vida para a redução do uso prejudicial do álcool, prevenção do suicídio e outras violências sociais;

4. Atenção integral à saúde bucal indígena, por meio da execução de ações coletivas e individuais e em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde Bucal; e Vigilância à Saúde Indígena;
5. Apoio ao funcionamento das Casas de Saúde Indígena (CASAI), com mecanismos de garantia da atenção integral à saúde dos indígenas referenciados pelas unidades do SasiSUS para atendimento no âmbito do SUS junto aos Estados e Municípios;
6. Desenvolvimento de estratégias para a promoção do uso racional de medicamentos no SasiSUS;
7. Apoio às ações de saneamento e edificações de saúde indígena, visando garantir as condições sanitárias adequadas para prevenção de doenças evitáveis e o desenvolvimento sustentável dos povos indígenas, por meio da implementação de infraestruturas de abastecimento de água, esgotamento sanitário e estabelecimentos de saúde, além do acompanhamento dos programas de monitoramento da qualidade da água e da gestão de resíduos sólidos nas aldeias;
8. Apoio ao fortalecimento do controle social na saúde indígena;
9. Apoiar o processo de educação permanente para os trabalhadores do SasiSUS;
10. Apoio ao desenvolvimento e valorização das práticas e saberes tradicionais relacionados à saúde e sustentabilidade dos povos indígenas.

Os Planos de Trabalho Distritais são divididos em 06 (seis) etapas, sendo elas: etapa de Recursos Humanos (RH), educação permanente, práticas integrativas, controle social, custeio de passagens e diárias, apoio às atividades de supervisão e organização dos processos de trabalho em área (DIASI, SESANI e CONDISI) e apoio à gestão administrativa e gestão das informações em saúde, em caráter complementar povos indígenas.

Atualmente, cerca de R\$ 1 bilhão de reais do orçamento total da SESAI são direcionados aos convênios sendo que mais de 70 % desse recurso é destinado à contratação de pessoal. O uso desses recursos, no entanto, não estão indexados ao alcance de metas e indicadores, uma vez que o que é pactuado nos instrumentos referem-se apenas a metas quantitativas, ou seja, número de atendimentos realizados por categoria profissional. Desta forma, excluem-se destes o alcance das metas qualitativas relacionadas aos indicadores de saúde preconizados pelo Ministério da Saúde e os previstos nos Planos Distritais de Saúde Indígena (PDSI).

Visando ilustrar essa situação, a tabela 2 contém um exemplo de plano do trabalho do DSEI Interior Sul de 2021.

Tabela 2: Plano de Trabalho - Interior Sul

Etapa	Descrição	Início	Término	Valor
1	Contratação, Gestão e Apoio a manutenção e permanência das equipes multidisciplinares de saúde indígena, incluindo ainda profissionais da gestão, de Edificações, Saneamento Ambiental e equipes do Controle Social (incluindo encargos sociais).	JAN/2022	DEZ/2022	R\$ 47.449.447,91
2	Apoio à Educação Permanente	JAN/2022	DEZ/2022	R\$ 285.119,96
3	Apoio ao Controle Social.	JAN/2022	DEZ/2022	R\$ 211.425,00
4	Práticas Integrativas	JAN/2022	DEZ/2022	R\$ 42.305,00
5	Apoio às atividades de supervisão e organização dos processos de trabalho em área (DIASI, SESANI e CONDISI).	JAN/2022	DEZ/2022	R\$ 400.000,00
6	Apoio à gestão administrativa e gestão das informações em saúde, em caráter complementar dos povos indígenas.	JAN/2022	DEZ/2022	R\$ 4.524.786,04
Total				R\$ 52.913.083,91

Fonte Elaborado pelo autor com base em pesquisas.

O Plano de Trabalho Distrital deve conter ainda a descrição detalhada das despesas previstas em cada uma das etapas descritas acima, conforme exemplo abaixo:

- Título: Curso de Atualização para AIS
- Carga Horária: 24 horas (8 horas por dia - 3 dias)
- Data provável: 1.^a turma: 14 a 16/03/2022, 2.^a turma: 21 a 23/03/2022
- Participantes: 56 (Agentes Indígenas de Saúde) e 9 Técnicos da DIASI que serão facilitadores
- Local: Baía da Traição ou Rio Tinto

A Tabela 3 exemplifica a descrição de uma despesa realizada no DSEI Potiguar.

Tabela 3: Descrição de Despesa - DSEI Potiguar

Descrição	Etapa	UND	Valor	Quant.	Total
Diária do Instrutor	2.1	UND	150,00	15,0	2.250,00
Material Gráfico (bloco de anotações, entre outros)	2.2	UND	5,00	28,0	140,00
Material Didático e apoio	2.3	UND	15,00	28,0	420,00
Locação de Ambiente	2.4	UND	1000,00	3,0	3.000,00
Almoço	2.5	UND	40,0	81,0	3.240,00
Total por Turma					9.050,00
Quantidade de Turmas					2
Total					18.100,00

Fonte: Plano de Trabalho Distrital 2022- DSEI Potiguar

Desta forma, o documento Plano de Trabalho Distrital torna-se o documento balizador para a execução das atividades complementares de saúde, pelas entidades conveniadas, e para o monitoramento e acompanhamento das ações por parte das equipes dos Distritos.

Segundo o relatório da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, no ano de 2005, período ainda sobre gestão da FUNASA, cerca de 90 milhões foram utilizados para pagamento de convênios com organizações não-governamentais e universidades, as quais eram responsáveis pela contratação dos colaboradores de saúde e saneamento componentes das equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI). Nessa época, os Distritos contavam com um quantitativo total de 12.564 profissionais, divididos entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, engenheiros, técnicos de saneamento, entre outros.

Em dezembro de 2007, segundo os registros da FUNASA, estavam atuando nos Distritos um total de 12.895 pessoas, sendo 1.681 de nível superior (Médico, Enfermeiro, Dentista, Nutricionista, Antropólogos, dentre outros) e 11.214 pessoas de nível médio (Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Técnicos e Auxiliares de Consultório Dentário, Microscopistas, AIS, AISAN, dentre outros).

Segundo Raggio et al (2008), ainda em 2007, apenas 10,21% do total de pessoal na saúde indígena eram Servidores da Funasa. Havia uma carência de profissionais em praticamente todos os Distritos, havendo apenas 57% dos médicos necessários para o desenvolvimento das ações de saúde nos Distritos. A precariedade dos contratos de trabalho e o atraso de pagamentos foram fatores apontados pelo autor como os principais que contribuíram para a não fixação dos profissionais em terras indígenas.

No ano de 2013, a força de trabalho dos Distritos foi reforçada com a implantação do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Registrou-se, segundo dados internos da própria Secretaria, um impacto positivo na implantação do Programa. Dos 543 médicos em atuação na saúde indígena, 372 (68%) eram provenientes do Programa. Assim, em 2015, a força de trabalho passou a ser integrada por: 2.040 cargos efetivos; 269 CTU; 4.553 terceirizados, dos quais se incluem barqueiros, motoristas, limpeza, segurança, não sendo pagos com recurso dos convênios; 13.317 contratados por meio de convênios; e 78 cargos comissionados sem outro vínculo, totalizando 20.257 trabalhadores da SESAI distribuídos nos 34 DSEI, CASAI, Polos Base, Aldeias e na sede da SESAI.

O relatório da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 2015, continuou apresentando reivindicação das comunidades para a necessidade do aumento do número de trabalhadores a ser contratado pelas conveniadas. Importante ressaltar que, entre 2011 e 2013, as entidades conveniadas se mantiveram, não havendo registros de acréscimos de vagas de profissionais de saúde e saneamento nos planos de trabalho distritais, ou seja, a saúde indígena contou durante todo esse período com cerca de 13.317 contratados pelas conveniadas.

Em 2018, com o novo edital de seleção dos novos convênios, os quantitativos de profissionais de saúde e saneamento dos Distritos foi revisto, passando a 13.890 profissionais contratados. Em 2019, conforme registros da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), 56% da força de trabalho era composta por indígenas, destacando-se 100% dos Agentes Indígenas de Saúde e de Saneamento, cerca 56% dos técnicos ou auxiliares de saúde bucal, 30% dos técnicos ou auxiliares de enfermagem indígenas; e 8,5% de enfermeiros indígenas. Dentre os demais profissionais, não havia quantitativos significativos de indígenas.

Em 2020, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) implementou importantes medidas administrativas para contratação e acompanhamento dos convênios, destacando-se: exigência de processo seletivo; reposição de profissionais afastados pelo INSS, inclusive por licença maternidade, portal da transparência; e programas especiais para a contratação de indígenas. No intuito de diminuir o déficit de profissionais em terras indígenas, os Planos de Trabalho das 8 entidades conveniadas passaram a totalizar 14.270 profissionais.

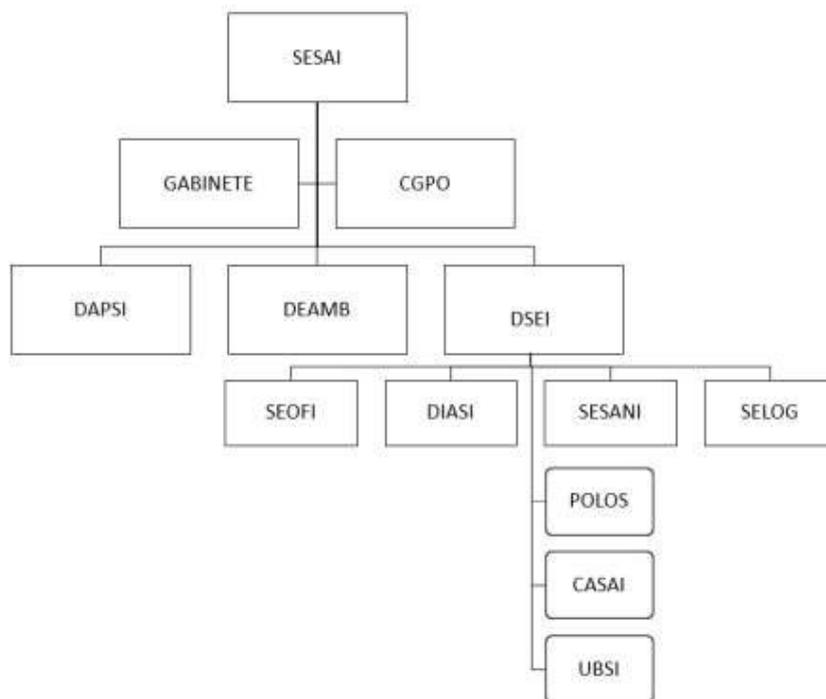
No mesmo ano, devido à pandemia de covid-19, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), implementou as equipes de resposta rápida (ERR) nos Distritos, visando dar apoio às ações de combate à covid-19, conforme Portaria n.º 55, de 13 de abril de 2020. Com isso, foram disponibilizadas até 2 equipes para cada Distrito, composta cada uma delas por 1 médico, 2 enfermeiros e 4 técnicos de enfermagem, totalizando assim, mais 476 vagas para todos os Distritos. Desta forma, em 2021, após a contratação dos profissionais das equipes de resposta rápida, e pelo fato dos mesmos já estarem inseridos nas equipes multidisciplinares (EMSI) de saúde indígena, estes foram incorporados aos Planos de Trabalho dos Distritos, os quais passaram de um total de 14.270 profissionais, para 15.961, um acréscimo real de mais de 2.000 profissionais. Atualmente, os planos de trabalho distritais totalizam aproximadamente 16.144 trabalhadores conveniados.

01. Documento técnico com o levantamento das formas de provimento das equipes que atuam no território, com formas de contratação, legislação, demandas judiciais e estudos correlatos.

O foco do referido documento foi mapear equipes que atuam no território, com formas de contratação, legislação, demandas judiciais e estudos correlatos. Para tanto, foi necessária a apresentação de um breve contexto histórico acerca da origem do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi-SUS) e processo de criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena, competências da SESAI e dos DSEI, tipos de contratações, demandas judiciais e estudos correlatos.

Foi apresentado um organograma simplificado da SESAI elaborado pelo autor.

Figura: Organograma simplificado SESAI



No que se refere aos tipos de contratação da Saúde Indígena de acordo com o que foi levantado no Documento Técnico, a principal dificuldade para a viabilização do Subsistema Especial de Atenção à Saúde Indígena no Brasil diz respeito ao mecanismo de contratação dos Recursos Humanos para o desenvolvimento das ações de assistência à saúde em terras indígenas. Assim, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, apesar dos esforços, sempre se fundamentou na excepcionalidade para realizar contratações de pessoal.

Segundo Quirino (2017), sempre houve a consideração de que a contratação por meio de Concurso Público e Regime Jurídico Único não seria viável para as características excepcionais da assistência à saúde prestada diretamente nas comunidades indígenas. Ainda segundo o autor, isso caracteriza uma privatização da saúde indígena por meio de Institutos, Fundações ou Organizações Sociais (OS), comprometendo os princípios básicos da autonomia e do controle social nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Assim, trata-se de uma situação que carece de um marco regulatório legal mais adequado às relações entre o Estado e o Terceiro Setor.

Diversos debates já ocorreram a fim de que se pudesse encontrar um modelo que se aproximasse do ideal, conforme demonstrado no Relatório Final do Grupo de Trabalho instituído pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), em 2017. As conclusões do grupo, formado por gestores, trabalhadores, representantes de organizações sociais e dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) de cada DSEI sobre cada modelo de contratação da força de trabalho e melhoria da atenção à saúde indígena, incluindo-se vantagens e desvantagens, constam do quadro 1. É importante lembrar ainda que, no contexto do SasiSUS, o controle social é altamente participativo, ou seja, a adoção de

medidassem a participação efetiva dos indígenas, representados por meio dos CONDISI é um erro que não pode ser cometido.

Quadro: Modelos de Contratação

MODELO	VANTAGENS	DESVANTAGENS	IMPLICAÇÕES/ RISCOS	ENCAMINHAMENTOS DE POSSIBILIDADES DE RESOLUÇÃO
1. Convênios com ONG / OS / OCIPS (Modelo Atual)	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão do DSEI; • Agilidade nas contratações; • Seleção de pessoal atende os critérios estabelecidos pelos Povos Indígenas; • Direitos trabalhistas assegurados; • Controle social fortalecido. 	Instabilidade e tipo de vínculo trabalhista.	Ação Civil Pública de iniciativa do MPT/MPF.	Elaboração de Proposta de Emenda à Constituição – PEC para prever a contratação indireta (sem concurso).
2. Concurso público diferenciado	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria dos índices de mortalidade infantil. • Amparo legal; • Vínculo estável; e • Continuidade da assistência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Legislação veda a publicação de editais com previsão de cotas específicas para a comunidade indígena; • Falta de plano de carreira; e • Eventuais remoções e vacâncias. 	Tendência à judicialização (recursos, denúncias etc.).	Elaboração de Projeto de Lei – PL para disciplinar a carreira com todas as especificidades (com previsão de cotas, valorização, aposentadoria especial, regime de trabalho diferenciado, adicionais etc.).
3. Processo seletivo simplificado	<ul style="list-style-type: none"> • Amparo legal; • Maior agilidade no processo de seleção, se comparada ao concurso público. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vínculo transitório (CTU); • Vigência máxima da contratação de 4 anos (2 anos + 2 anos); e • Interstício de 2 anos inviabiliza • recontração dos atuais agentes. 	Descontinuidade do serviço.	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de Projeto de Lei – PL para sanar os entraves quanto à limitação de prazo; e • Proposta de alteração da Lei nº 8.745/1993 para ampliar o prazo para a saúde indígena.

MODELO	VANTAGENS	DESVANTAGENS	IMPLICAÇÕES/ RISCOS	ENCAMINHAMENTOS DE POSSIBILIDADES DE RESOLUÇÃO
4. Organizações Sociais (OS) com Universidades Federais	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisas e qualificação de pessoal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Somente possibilitaria convênios com OS federais; e • Replica o modelo atual à medida em que prevê a contratação indireta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de OS federais carecem de regulamentação; • Critérios rígidos de qualificação dificultam a adesão ao modelo; e • Proposta contraria o acordo judicial. 	
5. SAA – Instituto Nacional de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo Governança; • Agilidade nas contratações (pessoal e logística); • Vínculo formal (Regime CLT); e • Exclusivo para saúde indígena. 	<ul style="list-style-type: none"> • Subordinação DSEI ao INSI; • Enfraquecimento do Controle Social; • Execução da assistência é privada; • Maior ingerência política; e • Jurisdição da Justiça Estadual (em casos de assuntos de fiscalização de recursos tendência). 	Proposta contraria o acordo judicial.	

Fonte: RELATÓRIO FINAL DO GRUPO DE TRABALHO (GT) SOBRE O MODELO DE CONTRATAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO E MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA, 09 de agosto de 2017.

Servidores, Contratações a Amparo Legal

a) Servidores Públicos Federais

Atualmente, apenas uma pequena parcela dos trabalhadores que compõem o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) é constituída por Servidores Públicos Federais. São profissionais que, normalmente, ocupam cargos de gestão nos Distritos, como Coordenadores das Divisões de Atenção à Saúde Indígena (DIASI), Coordenadores dos Serviços de Edificações e Saneamento ambiental Indígena (SESANI), Serviços de Orçamento e Finanças (SEOFI), Serviços Logísticos (SELOG), considerando que tais funções só podem ser ocupados por Servidores Públicos, conforme legislação vigente. Importante destacar ainda que há a possibilidade de que Servidores cedidos pelos Estados ou Municípios possam integrar a equipe dos DSEI e da SESAI.

Em 2013, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) contava com aproximadamente 2.454 (dois mil quatrocentos e cinquenta e quatro) Servidores Públicos Federais, conforme exposto na tabela 1.

Tabela 1: Servidores Públicos Federais (2013)

Tipologia dos Cargos	Lotação	
	Autorizada	Efetiva
1. Servidores em Cargos Efetivos (1.1 + 1.2)	0	1880
1.1. Membros de poder e agentes políticos	-	-
1.2. Servidores de Carreira (1.2.1+1.2.2+1.2.3+1.2.4)	0	1880
1.2.1. Servidores de carreira vinculada ao órgão	-	1880
1.2.2. Servidores de carreira em exercício descentralizado	-	-
1.2.3. Servidores de carreira em exercício provisório	-	-
1.2.4. Servidores requisitados de outros órgãos e esferas	-	-
2. Servidores com Contratos Temporários	-	574
3. Servidores sem Vínculo com a Administração Pública	-	-
4. Total de Servidores (1+2+3)		2454

Fonte: CGESP/MS-Relatório de Gestão do Exercício de 2013 - SESAI/MS

Em 2017, a conforme tabela 2, a Secretaria teve esse efetivo reduzido para 2021 (dois mil e vinte e um) Servidores Públicos Federais.

Tabela 2 - Servidores Públicos Federais (2017)

Tipologia dos Cargos	Lotação	
	Autorizada	Efetiva
1. Servidores em Cargos Efetivos (1.1)	0	1789
1.2. Servidores de Carreira (1.2.1+1.2.2+1.2.3+1.2.4)	0	1789
1.2.1. Servidores de carreira vinculada ao órgão	-	1773
1.2.2. Servidores de carreira em exercício descentralizado	-	2
1.2.3. Servidores de carreira em exercício provisório	-	-
1.2.4. Servidores requisitados de outros órgãos e esferas	-	1 4
2. Servidores com Contratos Temporários	-	204
3. Servidores sem Vínculo com a Administração Pública	-	2 8
4. Total de Servidores (1+2+3)	0	2021

Fonte: CGESP/MS-Relatório de Gestão do Exercício de 2017 - SESAI/MS

Atualmente, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) contam com 944 (novecentos e quarenta e quatro) Servidores Públicos Federais, conforme tabela 3:

Tabela 3 - Servidores Públicos Federais (2022)

Tipologia dos Cargos	Lotação	
	Autorizada	Efetiva
1. Servidores em Cargos Efetivos (1.1)	-	871
1.2. Servidores de Carreira (1.2.1+1.2.2+1.2.3+1.2.4)	-	871
1.2.1. Servidores de carreira vinculada ao órgão	-	916
1.2.2. Servidores de carreira em exercício descentralizado	-	-
1.2.3. Servidores de carreira em exercício provisório	-	-
1.2.4. Servidores requisitados de outros órgãos e esferas	-	28
2. Servidores com Contratos Temporários	-	-
3. Servidores sem Vínculo com a Administração Pública	-	28
4. Total de Servidores (1+2+3)	0	944

Fonte: CGESP/MS-Relatório de Gestão do Exercício de 2022 - SESAI/MS

Identifica-se uma redução do número de Servidores Públicos Federais entre os anos de 2013 e 2022. O último concurso público ocorreu no ano de 2017 e Secretaria Especial de Saúde Indígena

(SESAI) recebeu 37 (trinta e sete) novos servidores. No decorrer desse período, não houve a renovação das perdas de servidores afastados por aposentadoria, motivos de saúde ou falecimento. O relatório de gestão da SESA, Exercício de 2017, apontou alguns fatores considerados determinantes para o decréscimo de servidores no órgão como:

- Alta rotatividade de trabalhadores em razão da dificuldade de fixação de profissionais em áreas de difícil acesso;
- Término dos contratos dos CTU e não aprovação para realização de novos concursos;
- Aposentadoria de servidores públicos e não reposição em quantitativo equivalente à vacância.

Os Servidores Públicos Federais são regidos pela Lei n.º 8112, de 11 de dezembro de 1990, determinada pelo Art. 13 da Lei n.º 9527, de 10 de dezembro de 1997, que dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais, bem como pela Lei 9784, de 29 de janeiro de 1999, que regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal, e a Constituição Federal principalmente em seu Art. 37, o qual trata da administração pública. Desta forma, todos os concursos realizados até o momento, bem como todos os servidores públicos federais atuantes no SasiSUS, são regulamentados por essa legislação

b) Contratos Terceirizados

Enquanto unidades gestoras, os Distritos realizam as suas contratações a partir de aviso prévio ao nível central da SESA, cabendo ao Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPSI) e ao Gabinete da SESA a análise de mérito e instrução processual dessas contratações. No entanto, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) não monitora esses contratos. Logo, não constam dos dados oficiais da SESA as informações sobre esses os contratos de serviços, incluindo-se o número de profissionais contratados.

Observa-se que esses colaboradores são contratados via regime celetista, conforme legislação vigente. Assim, cabe à empresa terceirizada todo e qualquer encargo trabalhista de seus colaboradores, uma vez que esses profissionais não têm sem qualquer vínculo com a esfera pública, ou seja, o Ministério da Saúde. Esse tipo de contratação inclui diversos serviços de logística e apoio, incluindo-se, por exemplo, conserto de carros, barcos, motores, motoristas, pilotos fluviais, cozinheiras, seguranças patrimoniais, outros.

c) Programa Mais Médicos

O Programa Mais Médicos (PMM), foi implementado em 2013, a partir da Medida Provisória nº 621, que, posteriormente, em outubro de 2013, foi convertida na Lei nº 12.871. O objetivo foi aumentar a oferta de médicos e mitigar o número de municípios brasileiros com condições assistenciais precárias. Assim, o Programa Mais Médicos foi composto por três eixos de ação:

- investimento na melhoria da infraestrutura das redes de Atenção à Saúde;
- ampliação da oferta de cursos e vagas em medicina;
- implantação do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB).

Segundo dados do Ministério da Saúde, o Programa Mais Médicos (PMM) alocou, entre 2013 e 2017, um total de 519 médicos cubanos para as áreas indígenas: 313 nos DSEI da região Norte, 102 na região Nordeste, 85 no Centro-Oeste, 21 no Sul e 10 no Sudeste. Em 2019, o programa disponibilizou apenas 54 novas vagas, sendo que 18 foram destinadas ao DSEI/Bahia. Em 2022, conforme dados da Secretaria de Atenção primária à Saúde (SAPS/MS), 372 vagas foram destinadas aos Distritos, porém pouco mais da metade foi preenchida. Segundo Guimarães M.P et al (2022), em sua estrutura de funcionamento, o programa prevê a existência de um supervisor acadêmico para prestar assistência de até dez médicos atuantes no programa e, como apoio a cada grupo de dez supervisores, a previsão de um tutor acadêmico. Supervisores e tutores tinham como origem as comunidades acadêmicas de universidades públicas do país. Atualmente, segue o processo de substituição do Programa Mais Médicos pelo Programa Médicos pelo Brasil a cargo da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS).

d) Programa Médicos pelo Brasil

O Programa Médicos pelo Brasil, instituído pela Lei Federal nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019, tem a finalidade de incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade e de fomentar a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo dados da própria Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), o objetivo é atender os vazios assistenciais do Brasil, com maior concentração no Norte e Nordeste do País, por intermédio de processo seletivo estruturado. Coube ao Ministério da Saúde, entre outras ações, o estabelecimento das regras operacionais do programa, sendo elas:

- a relação dos Municípios aptos a serem incluídos no Programa Médicos pelo Brasil, conforme a definição de locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade, observado o disposto no art. 2º desta Lei;

- a relação final dos Municípios incluídos no Programa Médicos pelo Brasil e o quantitativo de médicos da ADAPS que atuarão em cada Município;
- os procedimentos e os requisitos para a adesão dos Municípios ao Programa Médicos pelo Brasil;
- as formas de participação dos usuários do Programa Médicos pelo Brasil na avaliação dos serviços prestados e do cumprimento de metas.

No ano de 2022, a Agência disponibilizou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) 128 (cento e vinte e oito) vagas para médicos advindos do programa. Destas, 56 (cinquenta e seis) foram autorizadas a contratação pela Secretaria de Atenção Primária Saúde (SAPS). Mas, no momento, por falta de interessados, somente 31 se encontram preenchidas, conforme dados disponibilizados pela agência.

e) Colaboradores Conveniados

Representando mais de 80% do quantitativo total de profissionais atuantes no SasiSUS, as 8 (oito) entidades conveniadas contabilizam um total de 16.031 (dezesesseis mil e trinta e um) colaboradores, sendo esses os principais responsáveis pelo desenvolvimento das ações de saúde e saneamento nos 34 (trinta e quatro) Distritos.

O edital de Chamamento Público nº 11/2018, que previu a seleção de entidades beneficentes de assistência social na área da saúde para a execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas, é o instrumento legal atual que orienta os formatos de contratação dos colaboradores envolvidos na execução dos convênios. É um documento fundamental para que se possa compreender como esse processo ocorre, conforme exposto no item 7.2 e suas subdivisões:

Despesas financeáveis. De acordo com art. 11-B do Decreto 6.170/2007 combinado com o art. 39 da Portaria Interministerial no 424/2016, nos convênios e contratos de repasse firmados com entidades privadas sem fins lucrativos, é permitida a remuneração da equipe dimensionada no plano de trabalho, inclusive, de pessoal próprio da entidade, podendo contemplar despesas com pagamentos de tributos, FGTS, férias e décimo terceiro salário proporcionais, verbas rescisórias e demais encargos sociais, desde que tais valores:

- Correspondam às atividades previstas e aprovadas no programa de trabalho;
- Correspondam à qualificação técnica para a execução da função a ser desempenhada;
- Sejam compatíveis com o valor de mercado da região onde atua a entidade privada sem fins lucrativos;
- Observem, em seu valor bruto e individual, 70% (setenta por cento) do limite estabelecido

para a remuneração de servidores do Poder Executivo federal;

- A despesa com a equipe observará os limites percentuais máximos de 85% (oitenta e cinco por cento) estabelecidos no edital de chamada pública; e
- Sejam proporcionais ao tempo de trabalho efetivamente dedicado ao convênio ou contrato de repasse.

7.2.1 - A seleção e a contratação pela entidade privada sem fins lucrativos de equipe envolvida na execução do convênio observarão a realização de processo seletivo prévio, observadas a publicidade e a impessoalidade, considerando os critérios de seleção estabelecidos pela SESAI/MS, garantida a participação do Controle Social, com preferência para os trabalhadores da saúde indígena em exercício com qualificação e produtividade compatíveis com a função desempenhada.

A fim de dar mais transparência aos processos de seleção e contratação, em 2020, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) estabeleceu regras objetivas para a formulação dos Termos de Referência para Processos Seletivos Simplificados. O documento norteador traz em sua composição orientações quanto à necessidade de realização de processo seletivo prévio às contratações, validade dos editais e fases a serem cumpridas, incluindo-se análise curricular, entrevista, prova objetiva (se houver), bem como as pontuações a serem atribuídas em cada fase para os candidatos aos processos seletivos.

O edital de Chamamento Público também traz questões acerca da necessidade de transparência quanto aos valores pagos aos colaboradores, bem como vedações a contratações ou formas de contratação em casos que contrariem os princípios fundamentais da administração pública, conforme descrito nos itens 7.2.2 e 7.2.3:

7.2.2 - A entidade privada sem fins lucrativos deverá dar ampla transparência aos valores pagos, de maneira individualizada, a título de remuneração de sua equipe de trabalho vinculada à execução do objeto do instrumento.

7.2.3 - Não poderão ser contratadas com recursos do instrumento as pessoas naturais que tenham sido condenadas por crime:

- Contra a Administração Pública ou o patrimônio público;
- Eleitorais, para os quais a lei comine pena privativa de liberdade; ou
- De lavagem ou ocultação de bens, direitos e valores.

Destaca-se ainda o fato de que os colaboradores contratados por intermédio das entidades conveniadas não caracterizam vínculo público, ou seja, não são de responsabilidade da Secretaria, nem Ministério da Saúde, conforme previsto no item 7.2.4, do edital de chamamento

7.2.4 - A inadimplência da entidade beneficente em relação aos encargos trabalhistas, fiscais e comerciais não transfere à Administração Pública a responsabilidade por seu pagamento, nem poderá onerar o objeto do instrumento.

Também merece destaque o Manual de orientação e tomada de contas especial dos convênios no exercício de 2013 para execução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos povos Indígenas segundo a qual a previsão de custeio de Recursos Humanos encontra amparo na Cláusula 16ª do Termo dos convênios firmados com as Convenientes, a qual estabelece que:“(…) a seleção de profissionais de saúde e agentes indígenas de saúde e saneamento, cuja contratação venha ser imprescindível ao cumprimento exclusivo do objeto e com recursos oriundos, é de competência exclusiva do CONVENIENTE e se dará em qualquer interferência do CONCEDENTE, devendo observar o princípio da impessoalidade e moralidade no momento da seleção pessoal”.

Além disso, todos os contratos de trabalho dos colaboradores advindos das entidades conveniadas são regidos pelo Decreto Lei n.º 5452, de 1º de maio de 1943, ou seja, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Desta forma, atuam sob o regime celetista e cumprem todas as regras estabelecidas para empregados e empregadores, excetuando-se a permissão de pagamento de aviso indenizável, conforme orientação jurídica emitida no Parecer n.º 00116/2016/CONJUR-MS/CGU/AGU, de 15 de fevereiro de 2016, onde há a orientação de cumprimento do aviso de forma trabalhada pelo colaborador, pois essa despesa pode ser paga com recurso orçamentário do convênio.

Demandas Judiciais

A Saúde indígena, desde a criação do SasisSUS, tem sido alvo de diversas demandas judiciais, principalmente as advindas do Ministério Público Federal (MPF). Constantemente, a SESAI e os DSEI são instados pela Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde (CONJUR/MS) visando responder processos judiciais diversos, incluindo-se: requerimentos de populações indígenas solicitando atendimento, inclusive fora das terras indígenas; atendimento a indígenas estrangeiros; contratação de profissionais de saúde e saneamento; obras de saneamento e qualidade da água; construção de Unidades Básicas de Saúde Indígenas e questões trabalhistas. Sendo demandas que se configuram como as mais importantes e volumosas enfrentadas pelo SasiSUS.

Observa-se, ainda, que essas demandas judiciais advindas dos profissionais ocupantes dos cargos de Servidores Públicos Federais, Programas Mais Médicos, Médicos pelo Brasil terceirizados e conveniados, não recaem diretamente sobre a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), mas sim nos órgãos e entidades responsáveis pelos colaboradores, uma vez que se configuram como contratantes desses trabalhadores.

Deve-se observar ainda:

- Súmula nº 331 do Tribunal Superior do Trabalho (TST), expressa em seus itens IV, V e VI, as condições da União nestes casos, *in verbis*:

IV – O inadimplemento das obrigações trabalhistas, por parte do empregador, implica a responsabilidade subsidiária do tomador dos serviços quanto àquelas obrigações, desde que haja participado da relação processual e conste também do título executivo judicial.

V – Os entes integrantes da Administração Pública direta e indireta respondem subsidiariamente, nas mesmas condições do item IV, caso evidenciada a sua conduta culposa no cumprimento das obrigações da Lei n.º 8.666, de 21.06.1993, especialmente na fiscalização do cumprimento das obrigações contratuais e legais da prestadora de serviço como empregadora. A aludida responsabilidade não decorre de mero inadimplemento das obrigações trabalhistas assumidas pela empresa regularmente contratada.

VI- A responsabilidade subsidiária do tomador de serviços abrange todas as verbas decorrentes da condenação referentes ao período da prestação laboral.

- Súmula nº 11 do Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região - refere-se à responsabilidade subsidiária da administração pública direta e indireta nos contratos de prestação de serviço, Lei 8.666/93:

“A norma do art. 71, § 1º, da Lei nº 8.666/93, não afasta a responsabilidade subsidiária das entidades da administração pública, direta e indireta, tomadoras dos serviços.”

Neste sentido, a responsabilidade da Secretaria Especial de Saúde Indígena, compreendendo-se da União, é solidária e somente recaindo sobre a administração pública os casos onde comprovada a “culpa in vigilando”, ou seja, nos casos onde não houvera a fiscalização adequada e de forma eficaz do contrato da prestadora de serviço.

Como a maioria dos colaboradores da Secretaria Especial de Saúde Indígena é contratada pelas entidades conveniadas, a maior parte das demandas judiciais encontradas acabam recaindo sobre essas organizações. Neste sentido, prevendo essas situações, o Termo de Convênio e seus respectivos Planos de Trabalho possibilitam o pagamento de encargos trabalhistas dos empregados contratados pelas convenientes com recursos alocados pela concedente. Em relação à essa questão, o manual de orientações para análise financeira de convênios 2012, do Fundo Nacional de Saúde (FNS/MS), identifica essa possibilidade conforme descrito abaixo, *in verbis*:

Admitir-se-á a utilização de recursos alocados pelo CONCEDENTE e pelo CONVENIENTE em face da contrapartida, os encargos relativos às despesas natureza fiscal, trabalhista, previdenciária ou social, derivadas de obrigações do empregado e empregador, vinculados às obrigações decorrentes da relação contratual, excetuando-se o disposto no subitem 2.8 da Cláusula Segunda II.

Entretanto, na própria Cláusula Décima Sexta, Parágrafo Segundo, condiciona-se o não pagamento de multas e encargos (custas e preparo recursal) derivadas das relações trabalhistas em caso de acionamento judicial. Em relação às demandas judiciais referentes às necessidades de contratação de colaboradores para a saúde indígena, é importante frisar que há muitos problemas que decorrem de estudos que abordem o dimensionamento da força de trabalho em saúde âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Desde a criação do Subsistema, não há registros de trabalhos que possibilitem quantificar e qualificar essa força de trabalho, considerando-se as especificidades do subsistema. Trata-se assim de uma necessidade que precisa ser considerada por estratégias e ações que visem a aprimoramento sobre essa temática.

Conforme registros da Secretaria Especial de Saúde Indígena, desde o mês de junho de 2022, vem sendo realizado, em conjunto com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), um trabalho de dimensionamento da força de trabalho em saúde considerando-se os indicadores de saúde do SasiSUS, questões logísticas e culturais da população indígena. Esse trabalho também se justifica em função das inúmeras recomendações de diversos órgãos de controle, incluindo-se Tribunal de Contas da União (TCU), Ministério Público Federal (MPF), entre outros, que reiteradamente solicitam justificativas para os quantitativos de profissionais que são disponibilizados pelos convênios.

A título de exemplificação acerca de algumas das demandas judiciais recebidas pelo órgão, cita-se Recomendação nº 1/2021/MPF/AM e RR, a qual resolve recomendar ao Secretário da SESAI e ao Coordenador do DSEI/Yanomami, *in verbis*

“I – reformular o plano de trabalho do DSEI/Yanomami, observando-se à necessidade de:

- a) elaborar diagnóstico mais preciso do território indígena e da população assistida, incorporando informações de perfil epidemiológico, dados de geografia mais detalhados (meios de transporte e tempo de deslocamento das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) em regiões de difícil acesso) e aspectos socioculturais das regiões atendidas (locais de conflitos intercomunitários), assim como das suas necessidades operacionais e logísticas – em especial das áreas de difícil acesso, como a Serra de Surucucus –, não se atentando apenas a quantitativos populacionais;
- b) identificar prioridades de acordo com esse diagnóstico, demonstrando o nexo entre o plano de trabalho e as atividades ou projetos e metas a serem atingidos no Plano Distrital de Saúde Indígena e nos planos de ação para os principais agravos de saúde da TIY;
- c) redimensionar o quadro de profissionais de saúde, identificando as fragilidades para

composição das EMSI nas escalas de trabalho e incrementando profissionais nas regiões e áreas identificadas como prioritárias, em especial Medicina, Biologia, Antropologia, Nutrição e Enfermagem;

II – readequar o sistema de governança e gestão no tocante ao gerenciamento de recursos humanos, de modo a compatibilizar o controle de risco da administração de pessoal com a necessária celeridade dos procedimentos de contratação, substituição e desligamento de profissionais de saúde;

III – desenvolver planos de ação mais específicos para os principais agravos de saúde verificados na TIY, especialmente as causas de mortalidade infantil, malária e subnutrição, integrando a atuação com os demais órgãos competentes, na forma do art. 19-G, §3º, da Lei nº 8.080/90, com a estipulação de:

- a) metas e resultados a serem atingidos;
- b) prazos de execução ou cronograma;
- c) critérios objetivos de avaliação de desempenho, mediante indicadores de resultado;
- d) metodologia de monitoramento da execução do planejamento, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados;

IV – finalizar o procedimento licitatório para contratação de serviço de transporte aéreo, devendo compatibilizar a necessidade da padronização das contratações com as especificidades da Terra Indígena Yanomami, especialmente quanto ao quantitativo adequado de horas-voos para prestação eficiente dos serviços de atribuição do DSEI Yanomami, conforme RECOMENDAÇÃO Nº 26/2020/MPF/RR, de 23 de outubro de 2020.

V – a partir de consulta nos termos da Convenção nº 169 da OIT ao povo Yanomami, proceder à criação de subdistrito de saúde indígena Yanomami com sede no estado do Amazonas e com referenciamento adequado ao Amazonas ou Roraima (média e alta complexidade), nos termos da consulta a ser realizada.”

Ainda nesta seara, pode-se citar também alguns Acórdãos como, por exemplo, o Acórdão 1439/2017-Plenário, que teve como partes interessadas a Secretaria Especial de Saúde Indígena e as entidades conveniadas (Associação Paulista para o Desenvolvimento da medicina (SPDM), Instituto de Medicina Integral professor Fernando Figueira (IMIP) e Missão Evangélica Caiuá (Caiuá)) onde, após auditoria para verificação da conformidade da gestão de recursos orçamentários repassados por meio dos convênios em 2014 e 2015, identificou-se o seguinte:

- 1) Profissionais contratados com jornadas de trabalho de outros empregos incompatíveis com suas contratações junto às ONG conveniadas;
- 2) A fiscalização dos convênios não cumpria todas as exigências da Portaria Interministerial

CGU/MF/MP N° 507/2011 e da Portaria SESAI N° 15/2014;

- 3) Não havia critério consistente na definição e aprovação dos percentuais repassados às ONG conveniadas a título de custeio de despesas administrativas, tampouco controles ou procedimentos de supervisão sobre a utilização desses recursos por parte da SESAI.
- 4) Não havia critério consistente na definição e aprovação dos percentuais repassados às ONG conveniadas a título de custeio de despesas administrativas, tampouco controles ou procedimentos de supervisão sobre a utilização desses recursos por parte da SESAI.

Diante dos fatos constatados, o Acórdão solicitou providências da Secretaria, consequentemente do Ministério da Saúde (MS). E, neste caso específico, a recomendação do Ministério Público Federal foi atinente a diversas esferas da estrutura da Secretaria, incluindo-se as formas de convênios; contratação de pessoal; contratos de prestação de serviço dos Distritos; aplicação de planos de ação envolvendo saúde e saneamento; e necessidade de reestruturação do Distrito.

Estudos Correlatos

Apesar de ser um tema de fundamental importância para o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e para a Secretaria Especial de Saúde Indígena, não há registros de estudos correlatos aos formatos de contratações de equipes de saúde na Secretaria ou em repositórios pesquisados. Neste contexto, entende-se que há a necessidade de aprofundamento sobre o tema visando dar maior subsídio para o próprio Ministério da Saúde acerca de aprimoramentos ou outros modelos que permitam melhor atender a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).

A conclusão do Documento Técnico é a de que se evidencia que o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é complexo e diferenciado, principalmente em razão das especificidades que a atuação no interior dos territórios indígenas requer. Isso inclui uma logística complexa em virtude das grandes distâncias, falta de profissionais em áreas remotas, inúmeros problemas judiciais dos trabalhadores em virtude das condições complexas de trabalho e o modelo de contratação que sempre é questionado pelos órgãos de controle.

Assim, apesar do controle social e trabalhadores considerarem que o modelo de contratação atual é a melhor opção para o SasiSUS, é imprescindível que uma alternativa que viabilize menos rotatividade e melhor acompanhamento do uso dos recursos seja implementado.

Indicador aferido:

Número de informações estruturantes levantadas: Foram levantadas as seguintes informações:

- Histórico da saúde indígena;
- Quantitativo, localidade e nome das conveniadas;
- Levantamento dos vínculos na saúde indígena
- Levantamento das profissões;
- Levantamento de possibilidades de provimento.

Fontes de verificação:

- Levantamentos,
- Diagnósticos,
- Relatórios.

ANÁLISE TÉCNICA:

Conforme idealizado na elaboração do Termo de Referência, ambos produtos se complementam e trazem um panorama com relação ao percurso histórico da saúde indígena, sendo realizado mapeamento e diagnóstico das formas de provimento.

Também é apresentado um mapeamento dos contratos vigentes e das lacunas, além de possibilidades de provimento levantadas. O modelo de gestão da ADAPS é análogo ao do projeto de criação do Instituto de Saúde Indígena que foi mencionado no documento.

Deste modo, seria possível incorporar na Agência a contratação dos profissionais de saúde hoje ligados às conveniadas, a centralização dos contratos em um único local pode gerar economia na cobrança de taxas administrativas, além disso, podem ser pensadas ofertas de educação permanente mais efetivas com a participação ativa da SESAI.

ATIVIDADE 3 - Desenvolver estratégias, sistemáticas e mecanismos de modernização, que estabeleçam uma cultura de planejamento, métricas, indicadores e análise de resultados.**Produtos Entregues:****01. Documento Técnico contendo o relatório das atividades descritas no item 5.1 nos 30 primeiros dias, desenvolvidas como assistente do projeto.**

Foram elaboradas minutas de ofício, de sistematização dos termos de referências e participação em reuniões.

01. Relatório de gestão dos primeiros 30 dias do projeto com detalhamento das atividades desenvolvidas no período, o histórico, próximas etapas e pontos de atenção para ciência da Direção e Coordenação da ADAPS.

Foram apresentados detalhamento da execução financeira, reuniões realizadas, levantamento de TRs, metodologia empregada na entrevista e foram realizadas ações de monitoramento do projeto.

Indicador aferido:

Número de informações estruturantes levantadas.

- 1) Levantamento de TRs;
- 2) Levantamento de execução financeira;

Fontes de verificação:

- Levantamentos,
- Diagnósticos,
- Relatórios.

ANÁLISE DAS ENTREGAS:

Para a execução do projeto, foi contratada uma pessoa para realizar a Coordenação e outra para atuar como assistente, o objetivo das referidas contratações foi elaborar documentos, notas técnicas, organizar reuniões e monitorar a execução do Projeto na OEI.

É interessante notar que a atuação das referidas consultorias, oportunizou a execução da “ATIVIDADE 4 - Promover a participação técnica da ADAPS, mediante encontros, para validação dos produtos definidos.”, por meio da validação dos produtos.

Por fim, é interessante notar que no que se refere ao objetivo estratégico “Fortalecer a capacidade institucional da ADAPS com foco na modernização das sistemáticas e mecanismos gerenciais e de governança”, das oito atividades listadas, quatro atividades foram realizadas de força parcial, totalizando 18% do percentual de execução.

1.2. AMPLIAR O ALCANCE E A EFETIVIDADE DAS AÇÕES DE COMUNICAÇÃO DA AGÊNCIA DE FORMA ESTRUTURADA

Resultado 1.2.1. Plano de Comunicação interna e externa formulado e implementado.

ATIVIDADE 3 - Apoiar o aprimoramento dos canais e conteúdos de comunicação da ADAPS.

Produtos Entregues:

01. Documento Técnico contendo o relatório das atividades descritas no item 5.1 nos 30 primeiros dias.

Foi apresentado documento técnico que tem como objetivo reter a memória organizacional da ADAPS, bem como realizar gestão do conhecimento e divulgar as ações da Agência para levar saúde ao cidadão, faz-se necessário trabalho de comunicação, em especial os registros em vídeos e fotos para (retro)alimentar os canais oficiais, em materiais e postagens que posicionem a instituição e amplie o alcance do Programa Médicos pelo Brasil. Com pouco mais de um ano de existência da Agência, a linha de comunicação visa a construção da imagem e reputação.

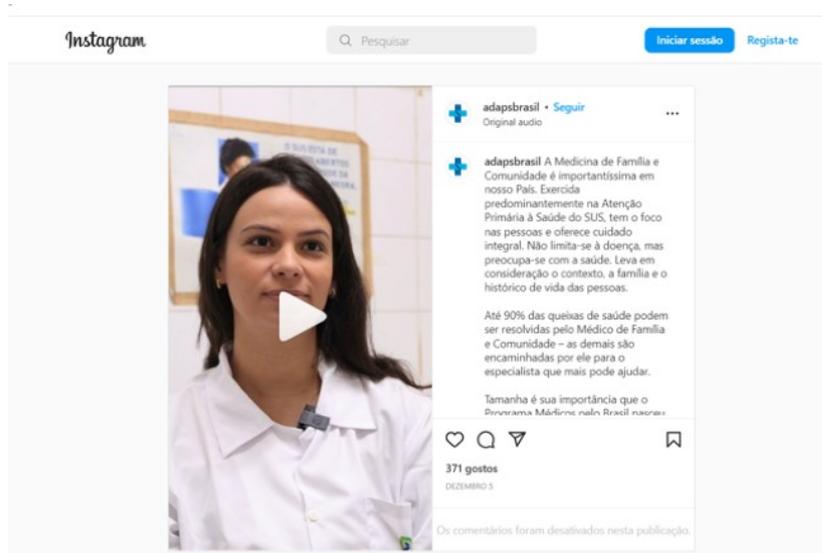
Nesse caso, a frente de trabalho de fotos e vídeos foi pautada para não só fazer os registros das ações do mês de dezembro (para a memória institucional) mas também, dentro das diretrizes da Unidade, humanizar a Agência no conceito de que a ADAPS é feita de pessoas para pessoas. E, ainda, com a chegada do fim de ano, relembrar os fatos mais marcantes do início da atuação da agência e do processo seletivo do Programa Médicos pelo Brasil, com a chegada dos primeiros médicos aos municípios

Ações realizadas:

Para o Dia do Médico de Família e Comunidade (MFC), comemorado em 5 de dezembro, uma data central para a Agência, houve a produção de um vídeo em homenagem aos médicos.

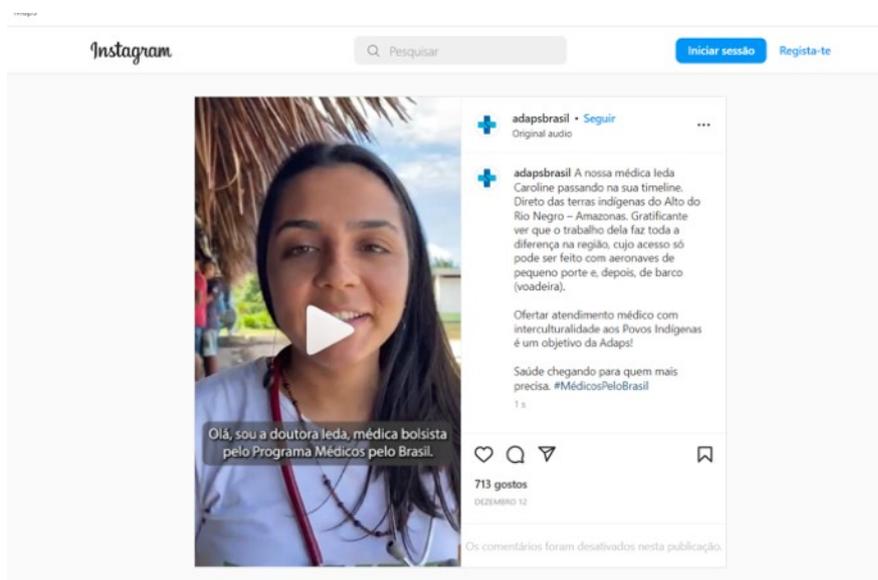
Além de contratar profissionais da especialidade, uma das diretrizes do programa é promover a formação de novos médicos. Assim, o trabalho encaminhou-se para a edição de um vídeo com imagens e depoimentos de médicos. A MFC traduzida pelos próprios médicos. Postado na rede social, o produto obteve mais de 11 mil visualizações, mostrando que a especialidade é muito importante para o País, sobretudo no âmbito do SUS.

O vídeo também foi enviado para os médicos do programa, como uma forma de homenagem.
Link de acesso: <https://www.instagram.com/reel/Cly2SZjDcaf/?igshid=YmMyMTA2M2Y%3D>



Dentro da proposta de humanização da Agência e do PMpB e para que os médicos também deixem seus testemunhais sobre o programa, houve o pedido de edição do depoimento da médica Ieda Caroline para vídeo (formato *reels*), direto das terras indígenas do Alto do Rio Negro – Amazonas. Objetivo: mostrar um rosto do programa e o trabalho feito nos Distritos Sanitários Indígenas, onde o PMpB tem presença. Produto feito em parceria com o Núcleo de Articulação com os DSEIs da ADAPS.

Link: <https://www.instagram.com/reel/CmEWkCivCSE/?igshid=YmMyMTA2M2Y%3D>



Visando a avaliação dos resultados alcançados a partir dos trabalhos desenvolvidos pelas três diretorias que compõem a Agência (Diretoria Executiva, Diretoria Técnica e Diretoria Administrativa), com suas respectivas gerências, foi realizada a última Reunião de Análise Estratégica (RAE) do ano (14 de dezembro).

Para essa ocasião, a Unidade de Comunicação encomendou um vídeo com uma mensagem de fechamento do ano. A proposta desenvolvida foi um resumo da entrega no Médicos pelo Brasil, com o primeiro ano de execução do programa e a chegada dos profissionais nos municípios, fazendo uma mescla com o trabalho (interno da Agência) que possibilitou essa conquista. A ideia era também mostrar o rosto dos colaboradores e de médicos, com um agradecimento a todos. Um vídeo para motivar e engajar.

Ainda na RAE de dezembro, foi realizada a cobertura fotográfica e edição de imagem da reunião objetivando a retenção da memória institucional dos eventos corporativos da Agência.



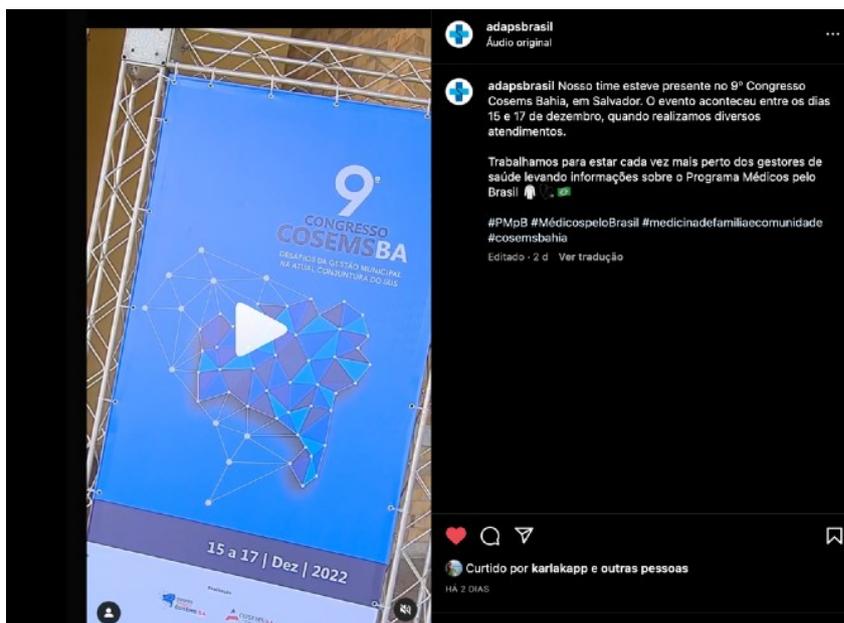
Em parceria com o Núcleo de Acolhimento, Lotação e Suporte da Agência, realizamos a edição de dois vídeos (formato *reels*) para as redes sociais sobre a presença da ADAPS no Congresso Cosems (Conselho de Secretarias Municipais de Saúde) da Bahia, realizado entre os dias 15 e 17 de dezembro em Salvador. 9º Congresso Cosems (Conselho de Secretarias Municipais de Saúde) da Bahia, realizado entre os dias 15 e 17 de dezembro em Salvador.

O primeiro vídeo (formato *reels*) é um resumo dos atendimentos realizados com o intuito de trazer mais informações para os gestores municipais (um *stakeholder* importante) sobre o Programa Médicos pelo Brasil.

O segundo vídeo contempla o depoimento colhido por um dos colaboradores do Núcleo, editamos um vídeo (formato *reels*) com a explanação da médica Larissa Cavalcante, de Salvador, sobre a

experiência de ser tutora no Programa Médicos pelo Brasil e atuar na formação de novos médicos de família e comunidade. Vídeo que dialoga com médicos do programa.

Link: <https://www.instagram.com/p/CmXPslDLDAv/>



<https://www.instagram.com/p/Cmgoxu2KCTE/>

Médica Larissa Cavalcante

<https://www.instagram.com/p/Cmgoxu2KCTE/>

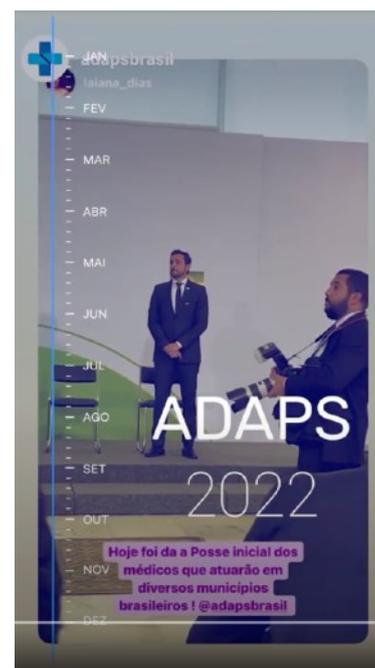


Como proposta de publicizar e apontar para a sociedade as entregas feitas pela ADAPS à população brasileira, em especial aos usuários do SUS, realizamos a edição de três vídeos formato reels de retrospectiva para serem divulgados nas redes sociais da agência com relatos coletados nas visitas de acolhimento dos médicos nos municípios do Brasil.

No primeiro vídeo, relembramos a primeira viagem feita pela equipe da ADAPS realizada em maio de 2022, no estado do Maranhão ao município de São José de Ribamar, onde entrevistamos Francimar Fagundes, usuária da UBS Recanto Verde, que fala da importância da chegada do médico do Programa à região.

No segundo vídeo editado, resgatamos a viagem feita até Palmeira dos Índios, no estado de Alagoas, onde podemos acompanhar o acolhimento realizado pela comunidade indígena Xukuru Kariri ao médico do Programa Hélio Vieira. Em depoimento, a moradora da comunidade e usuária do SUS, a indígena Itawanã Ferreira, resume a importância do cuidado da saúde indígena para a preservação das gerações e da cultura da própria etnia.

No terceiro e último vídeo editado para finalizar a retrospectiva dos impactos da ADAPS na Atenção Primária à Saúde, foram apresentadas as interações dos médicos da ADAPS dentro de suas redessociais com as redes da Agência. A interação digital entre a agência, médicos e pacientes reforça e divulga o Programa de forma orgânica.



Para a campanha de Natal e Ano Novo da Agência, propomos retratar os médicos do Programa Médicos pelo Brasil dentro do seu ambiente de trabalho. Para tanto, visitamos a região administrativa

de Samambaia, segunda maior em população do Distrito Federal, que conta com médicos do Programa.

Na UBS 13 de Samambaia, com a médica Priscila Borges, tivemos a oportunidade de fotografá-la durante a consulta da Maria Carla, gestante de 40 semanas. Trazer para as redes oficiais da ADAPS os médicos é uma das maneiras de humanizar e dar representatividade aos profissionais que compõem o Programa. Ainda em Samambaia, mas na UBS 03, também retratamos o médico. Éder Medeiros, profissional do Programa. Optamos por realizar um retrato dele nas instalações da unidade. Ambos retratos serão utilizados nas campanhas comemorativas das festividades de fim de ano.

Estes produtos buscaram, a partir do trabalho de comunicação interno e externo, não somente fazer o registro e reter a memória organizacional, bem como realizar a divulgação das ações da ADAPS, do Programa Médicos pelo Brasil e da mensagem institucional, como reforço de imagem e construção de reputação da Agência e da própria política pública tão relevante para o País.



Análise: O referido documento técnico elencou as principais ações relacionadas à realização de edição de imagens, confecção de vídeos, *reels* e fotografias. Atualmente a ADAPS utiliza como estratégia de comunicação externa o seu *hotsite*, *Instagram*, *Linkedin*, *Twitter*.

- No *Instagram* conta com 15.900 (quinze mil e novecentos seguidores), 269 postagens fixas e centenas de postagens temporárias;
- No *Linkedin* conta com 749 seguidores e postagens diárias;
- No *Twitter* conta com 135 seguidores e também realiza postagens diárias;
- No *site* oficial da Agência, segundo dados de monitoramento da equipe da Unidade de Tecnologia da Informação e comunicação, foram realizados 800 mil acessos no período de novembro/22 a janeiro/23.

No que se refere à comunicação interna, as fotos, vídeos também são disponibilizados na intranet, o que promoveu maior engajamento da equipe e noção de pertencimento. De acordo com

informações recebidas pela Ouvidoria e Central de Atendimento, o percentual de satisfação com relação aos canais de atendimento é de 89%

Indicador aferido: Percentual de satisfação do público externo com os canais e conteúdos de comunicação da ADAPS é de 89%.

Fontes de verificação: Publicações, matérias publicadas, vídeos, fotos, *reels*.

ANÁLISE TÉCNICA:

O referido documento técnico elencou as principais ações relacionadas à realização de edição de imagens, confecção de vídeos, *reels* e fotografias. Atualmente a ADAPS utiliza como estratégia de comunicação externa o seu *hotsite*, *Instagram*, *Linkedin* e *Twitter*.

- No *Instagram* conta com 15.900 (quinze mil e novecentos seguidores), 269 postagens fixas e centenas de postagens temporárias.
- No *Linkedin* conta com 749 seguidores e postagens diárias;
- No *Twitter* conta com 135 seguidores e também realiza postagens diárias;
- No site oficial da Agência, segundo dados de monitoramento da equipe da Unidade de Tecnologia da Informação e comunicação, foram realizados 800 mil acessos no período de novembro/2022 a janeiro/2023.

No que se refere à comunicação interna, as fotos, vídeos também são disponibilizados na intranet, o que promoveu maior engajamento da equipe e noção de pertencimento. De acordo com informações recebidas pela ouvidoria e *contact center*, o percentual de satisfação com relação aos canais de atendimento é de 89%

02. Documento técnico contendo levantamento de estratégias de comunicação relacionada à saúde indígena no âmbito da atenção primária à saúde.

O documento técnico teve como objetivo elaborar um Plano de Comunicação Estratégica para ações relacionadas a saúde indígena no âmbito da atenção de saúde primária. Para isso, foi elaborado com o intuito de definir estratégias e ações para a divulgação de informações por meio de mídias usadas nas aldeias como o rádio, as mídias sociais como *WhatsApp*, *Instagram*, *Facebook*, *Youtube*, *Tik Tok* e mídias alternativas locais.

As estratégias visam, também, promover atenção primária à saúde, de maneira inclusiva e participativa, levando em consideração as singularidades epidemiológicas socioculturais dos indígenas. Além disso, esse Plano de Comunicação visa um planejamento de ações coerentes e ordenadas.

DESAFIOS DA COMUNICAÇÃO DIRECIONADA PARA OS POVOS INDÍGENAS DO PAÍS:

- Desenvolver representatividade por meio da mídia e da publicidade.
- Transmitir o que cada aldeia está pensando e fazendo, levando em consideração a língua de cada povo, e manter a comunidade atualizada sobre o que está acontecendo no Brasil.
- Combate as *Fake News*, disseminando conteúdo verdadeiro e de qualidade.
- Priorizar ações para preservar a cultura e a vida dos povos indígenas no país.
- Redução por meio de prevenção de casos de doenças como o câncer de colo de útero em mulheres indígenas. Redução ainda de casos de doenças como anemia, e obesidade, que de acordo com pesquisas da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), são comuns nos povos indígenas. E proteção contra a disseminação da covid-19 que de acordo com pesquisas Organização Nacional de Saúde levou a óbitos mais a população indígena do país.
- Contextualizar a informação de acordo com as 154 línguas indígenas existentes no Brasil.

1.1 AÇÃO

As estratégias de comunicação irão focar em quatro pontos principais que são: parceria com a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), parceria com coletivos indígenas, divulgação nas estações de rádios e mídias sociais.



1.2 AÇÃO PLANEJADA

As ações planejadas fortalecerão a disseminação das informações sobre o setor de saúde básicas, nas aldeias indígenas de todo o país. Contribuindo para que haja uma atenção importante em relação a saúde básica desses povos.

2. SAÚDE ÍNDIGENA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO DE SAÚDE PRIMÁRIA NO BRASIL

De acordo com o Ministério da Saúde, no Brasil, o Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena (DAPSI) é responsável pelas atividades de atenção integral à saúde dos povos indígenas, por meio da atenção básica, da educação em saúde e da articulação de gestores do SUS para realização de ações especializadas.

Dessa forma, entende-se que a atenção a saúde indígena é composta por um conjunto de ações que implementam a Atenção Primária à Saúde nos territórios indígenas.

Segundo o Art.41. Ao **Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena compete:**

- I - Planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as atividades de atenção integral à saúde dos povos indígenas, assim como sua integração com o SUS;
- II - Garantir as condições necessárias à gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e sua integração com o SUS;
- III - Promover o fortalecimento da gestão nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;
- IV - Propor mecanismos de organização gerencial e operacional da atenção à saúde indígena;
- V - Orientar e apoiar a implementação de programas de atenção à saúde para a população indígena, observados os princípios e as diretrizes do SUS, como foco na integração entre o subsistema e o SUS;
- VI - Planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as atividades de educação em saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;
- VII - Coordenar a elaboração de normas e diretrizes para a operacionalização das ações de atenção à saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e sua integração com as instâncias assistenciais do SUS na região e nos Municípios que compõem cada Distrito Sanitário Especial Indígena;
- VIII - Apoiar as equipes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no desenvolvimento das ações de atenção à saúde e sua integração com as instâncias assistenciais do SUS na região e nos Municípios que compõem cada Distrito Sanitário Especial Indígena;
- IX - Apoiar a elaboração dos Planos Distritais de Saúde Indígena na área de atenção integral à saúde indígena;
- X - Gerenciar o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena - Siasi e analisar as informações referentes à atenção à saúde indígena, de modo a promover a sua integração com os demais sistemas de informação do Ministério da Saúde;
- XI - Coordenar as atividades relacionadas com a análise e a disponibilização de informações de gestão da saúde indígena; e
- XII - Programar a aquisição e a distribuição de insumos em articulação com as unidades competentes do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2019)

3. A NECESSIDADE DA SAÚDE BÁSICA PARA OS INDÍGENAS

Os povos indígenas têm direito a uma atenção à saúde básica integral e diferenciada, garantida pelo governo federal. É importante também reconhecer a eficiência das medicinas naturais com base no direito dos povos indígenas e suas culturas diversas, com isso é de total conhecimento que o Serviço Único de Saúde (SUS), atue com esses povos de forma articulada, respeitando os sistemas tradicionais indígenas de saúde.

Para melhor atender os povos indígenas, implementou-se a Política Nacional de Atenção à Saúde do Povos Indígenas que adota um modelo diferente de organização de serviços, que frisam a proteção, segurança e destacam a recuperação da saúde indígena e fortalece a cidadania dos índios em todo o seu território.

4. AÇÕES E PROGRAMAS DO GOVERNO FEDERAL VOLTADOS PARA A SAÚDE BÁSICA INDÍGENA

Segundo o Ministério da Saúde, é desenvolvido pelo órgão um programa voltado para atenção à saúde das mulheres e das crianças indígenas desenvolvido pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, no âmbito do SasiSus, que é executado pelas equipes Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), dentro dos territórios indígenas.

O direcionamento do programa segue a valorização e saberes das práticas indígenas, com destaques ao papel principal das mulheres e das famílias indígenas na saúde, na proteção e na segurança da saúde das crianças.

As equipes que executam o programa devem ter como modelo, outras políticas do Ministério da Saúde, em destaque a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Mulheres (Pnaism), a Política de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc) e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan).

As estratégias que são prioridades:

- **Saúde da Mulher:** Promoção de qualificações de atenção à saúde da mulher gestante e das mulheres pós-parto. Atua na prevenção de cânceres de útero e de mamas. Promove o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV na população feminina. Orientação ao planejamento familiar.
- **Saúde da criança:** Acompanhar o desenvolvimento infantil. Imunização e vigilância das doenças imunopreveníveis. Prevenção e vigilância dos óbitos infantis, fetais e óbitos de crianças de 1 a 4 anos. Implementação da Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância.
- **Imunização:** É uma das ações mais relevantes na Atenção Primária, pois proporciona proteção para a comunidade de forma individual e coletiva, contra as doenças imunopreveníveis, contribui também para a redução da morbimortalidade infantil.
- Nas aldeias a imunização é uma ação prioritária, que ocorre de forma expansiva, sendo atuação bem importante. E existe estratégia específica de intensificação da vacinação nos setores indígenas. O governo federal tem um serviço intensivo que visa de forma permanente sempre melhorar a cobertura vacinal, com prioridade para áreas que tem difícil acesso.

Dentro das coberturas vacinais existe a “Operação Gota” que visa a vacinação em áreas de difícil acesso, sempre levando em conta a rotina dos povos indígenas, e a promoção das campanhas nacionais de vacinação.

Importante frisar as vacinas que estão disponíveis no sistema de saúde básica que são: Hepatite B, Hepatite A, Rubéola, Coqueluche, Sarampo, Caxumba, Difteria, Tétano, Poliomielite, Febre Amarela, Varicela, formas graves de Tuberculose, Gastroenterites causadas por Rotavírus, HPV (tipos 6, 11, 16 e 18), Influenza, Pneumonias, Meningites e outras infecções bacterianas graves, as vacinas são aplicadas conforme o Calendário Nacional de Vacinação.

5. SOBRE O PAPEL IMPORTANTE DA VIGILÂNCIA DE SAÚDE NO PAÍS

Para que haja uma atuação importante do governo federal, foi criado um sistema de Vigilância em Saúde, que é um processo contínuo e disciplinado de coleta de dados, relacionados a situação das populações indígenas. Deste mapeamento, origina-se informações que são utilizadas para planos estratégico que são inseridos em ações de saúde nas aldeias de todo o país. Com isso, a Vigilância de Saúde procura fazer um levantamento de informações sobre a questão epidemiológica para realizar ações de prevenção e controle de doenças e evitar situações graves de casos de indígenas com a saúde afetada.

6. SAÚDE BUCAL FAZ PARTE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dentro das ações do governo federal voltadas para a Saúde Indígena, estão a disponibilidade de cirurgiões, dentistas, auxiliares e técnicos em saúde bucal. Esses profissionais fazem o serviço de ações coletivas e individuais de atenção à saúde bucal nas terras e nos territórios indígenas, levando em considerações aspectos epidemiológicos e culturais.

Durante as atividades coletivas executadas por profissionais de saúde bucal, estão as ações de escovação dental com supervisão, aplicação de flúor e doação de kits de higiene bucal para a população indígena.

As atividades educativas de promoção de saúde bucal levam em consideração as questões culturais de cada tribo indígena.

7. SAÚDE MENTAL TAMBÉM É QUESTÃO DE SAÚDE BÁSICA PARA INDÍGENAS

A saúde mental precisa ser parte da saúde básica para indígenas de todo país, com isso já existem equipes multidisciplinares da Secretaria Especial de Saúde Indígena que fazem ações de desenvolvimento de ações e ainda promovem a saúde mental e qualidade de vida, com acolhimento e apoio psicológico a pessoas em sofrimento com doenças mentais. Os atendimentos das equipes são individuais ou por meio de grupos terapêuticos.

Os profissionais que realizam essas ações de promoção à saúde mental, são psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, médicos. Os profissionais da área de psicologia apoiam as equipes de

saúde fazendo um monitoramento de transtornos mentais e problemas com uso abusivo de álcool e drogas. Ações para prevenção do suicídio também são realizadas.

8. ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO É AÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA PARA POPULAÇÃO INDÍGENA

Existe uma equipe mantida pelo governo federal que é responsável pela vigilância alimentar e nutricional em relação as condições de alimentação e nutrição da população indígena, com o intuito de gerenciar ações de planejamento, monitoramento e gerenciamento de programas para melhorar as condições alimentares dos povos indígenas.

As ações de vigilância são orientadas pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição, do governo federal.

9. CONSCIENTIZAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE INDÍGENA

Os profissionais de saúde indígena são inseridos em espaços coletivos educacionais, promovidos pelo Ministério da Saúde, que levam a reflexão e avaliações de todos os processos realizados no campo da saúde, para que haja uma consciência da rotina de trabalho na promoção da informação. Essa conscientização integra os diferentes serviços de saúde e cria espaços coletivos para a reflexão e a avaliação das ações e técnicas do campo da saúde indígena, com análises do cotidiano do trabalho e da formação em saúde.

As temáticas para conscientização e estudo dos profissionais que atuam na área de saúde básica são: “Saúde Indígena: Interculturalidade em Rede”, “Conhecendo a Realidade da Saúde Indígena no Brasil”.

Tem, ainda, o projeto “Pensando e Fazendo o Trabalho em Saúde Indígena: Módulos de Educação Permanente”, com acesso on-line, no site do SESAI, direcionados aos profissionais de saúde indígenas.

Entende-se que a conscientização educacional, desempenha um papel importante para o trabalho em saúde, formando profissionais capazes de serem mais críticos em relação a saúde dos indígenas. Formando ainda profissionais mais humanizados.

10. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002.



11. PROMOÇÃO DA SAÚDE BÁSICA POR MEIO DA COMUNICAÇÃO AUDIOVISUAL

Atualmente, quem cuida da saúde de todos os indígenas do país é a Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), que tem responsabilidade em coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão de Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSus), no Sistema Único de Saúde (SUS).

A SESAI promove a atenção primária à saúde dos indígenas, respeitando a questão epidemiológica e cultural de cada população indígena. Conta com mais de 22 mil profissionais de saúde, entre eles estão médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, dentistas, auxiliares bucais, agentes indígenas de saneamento, agentes indígenas de saúde e assistente social. Desses profissionais, 52% são indígenas.

Sabendo da atuação direta da SESAI, com os povos indígenas do país, as ações estratégicas de comunicação, irão trabalhar junto com esse órgão que foi criado em 2010, que atende hoje mais de 762 mil indígenas aldeados em todo o país.

11.1 COMO SERÁ A PARCERIA COM O SESAI?

- ***Produção de podcast para transmissão via rádio SESAI***

A SESAI atualmente tem uma rádio, que produz conteúdo de prevenção a doenças e para informações sobre saúde indígena. Esse material sonoro chega em aldeias que tem acesso a sinal de rádio ou internet.

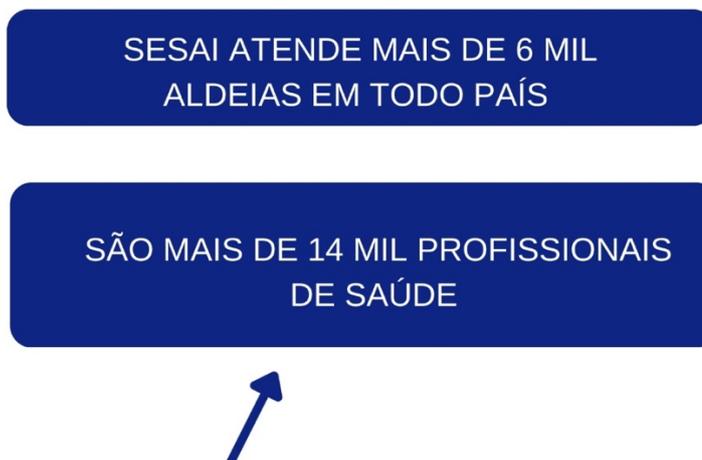
A rádio SESAI será uma ferramenta estratégica de comunicação, para a criação de programas em formato de *podcast*, direcionados com linguagem própria para aldeias alcançadas pela frequência. Nos programas em formato de *podcast*, será passado informações sobre prevenção e tratamento de doenças frequentes na população indígenas do país.

- **Media Training para especialistas em saúde palestrarem em aldeias distantes**

Formação por meio de diversas técnicas de comunicação específicas de profissionais de saúde, com o intuito deles serem porta-voz, para expressar de forma clara e sucinta informações importantes sobre saúde básica para os indígenas das aldeias visitadas pelo SESAI.

- **Confecção de material impresso para distribuição nas aldeias**

Confecção de boletins, cards e materiais informativos em formato impresso, levando em consideração uma linguagem mais visual na língua da aldeia visitada. O material será entregue pelos servidores do SESAI.



*Lembrando que as ações mencionadas acima, serão executadas em parceria com a Secretaria de Saúde Indígena (SESAI).

12. PARCERIA COM COLETIVOS DE COMUNICAÇÃO INDÍGENAS INFLUENTES PARA A DISSEMINAÇÃO DE INFORMAÇÕES VERDADEIRAS

Nas principais redes sociais (*Instagram, Facebook, Youtube*), diversos povos indígenas por meio de coletivos, conseguem chamar a atenção de instituições nacionais e internacionais para pautas indígenas importantes.

Hoje, existem coletivos que atuam com informações verídicas no fortalecimento da comunicação como ferramenta de apoio aos indígenas. Esses meios de comunicação mostram a vida dos indígenas brasileiros sem passarem uma imagem negativa e preconceituosa.

12.1 COLETIVOS INDÍGENAS ATUANTES NA COMUNICAÇÃO QUE PODEM SER PARCEIROS

- **Mídia Índia**

Coletivo criado em 2015, foi idealizado com o propósito de dar visibilidade às lutas dos indígenas no Brasil, formado por povos Guajajara do Maranhão. Um dos fundadores é o indígena Guajajara, Ronilson. O Coletivo tem conquistado protagonismo e tem fortalecido os direitos dos povos indígenas da região do nordeste.

- **Mídia Terena**

O Coletivo surgiu em 2021, em um acampamento em Brasília, onde vários indígenas estavam acampados lutando contra retrocessos que afetavam diretamente a vida dos povos indígenas.

O objetivo desse Coletivo é promover a realidade experimentada pela juventude, anciões e lideranças indígenas. A equipe do Coletivo é formada por 12 jovens do povo Terena, todos da região do Mato Grosso do Sul.

- **Rede Xingu +**

A Rede Xingu + surgiu em 2018, com o intuito de garantir proteção territorial. Formada por comunicadores que são indígenas de diferentes aldeias, que utilizam a comunicação de textos, vídeos e áudios, para defender a Bacia do Xingu.

12.2 COMO SERÁ A PARCERIA ESTRATÉGICA COM OS COLETIVOS?

Por meio de parceria com os coletivos, iremos utilizar os principais meios de comunicação (*Instagram e Facebook*), para divulgar vídeos, postagens informativas e também *podcasts* para informações sobre saúde básica.

Os canais de comunicação desses coletivos influentes, serão ferramentas para alertar sobre prevenção e tratamento da epidemiologia indígena.

OS COLETIVOS DE COMUNICAÇÃO
INDÍGENAS SÃO FERRAMENTAS
IMPORTANTES PARA A MANIFESTAÇÃO
DA DIVERSIDADE CULTURA DOS POVOS
ORIGINÁRIOS.

13. PARCERIAS COM RÁDIOS LOCAIS COM FREQUÊNCIAS QUE CHEGAM NAS ALDEIAS:

As estações de rádios desempenham um papel importante nas comunidades indígenas, também é um meio de comunicação que garante o direito à liberdade de expressão dos povos indígenas. O instrumento mais eficaz para disseminar informações sobre questões de saúde básica indígena.

Importante destacar que, em lugares onde a internet não chega, é o rádio que garante que as informações tenham um alcance maior. Algumas aldeias, reúnem todos os seus povos em um horário específico para ouvir rádio.

13.1 Estações de rádio na região norte (Amazonas):

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a maior concentração de povos indígenas fica localizada na Região Norte, no Amazonas. Nessa região no Alto do Rio Negro, o mais importante veículo de comunicação é o rádio.

Por meio de dados fornecidos pelo Instituto Socioambiental (ISA), são 300 estações distribuídas em três municípios amazonenses que são Barcelos, São Gabriel da Cachoeira e Santa Isabel do Rio Negro, nessas rádios os comunicadores que são indígenas informam com formatos de boletins de áudio as entrevistas com profissionais de saúde. Além disso, de acordo com dados do ISA, o Comitê de Enfrentamento à Covid-19, utilizou a comunicação por rádio como ação estratégica no combate ao vírus no Rio Negro.

DE ACORDO COM PESQUISAS
RECENTES, O RÁDIO PROVOU SER
CAPAZ DE MOBILIZAR OS POVOS
INDÍGENAS.



14. POR MEIO DO PROGRAMA DO GOVERNO FEDERAL “WI-FI BRASIL”, A INTERNET CHEGA ATÉ AS ALDEIAS INDÍGENAS

O Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério das Comunicações, instalou 437 pontos de *wi-fi* nos Distritos Especiais Indígenas e aldeias de todo o País. Um exemplo de aldeia com acesso remoto que foi contemplada com internet é a comunidade indígena Guató, localizada no Pantanal sul-mato-grossense, para se ter acesso a comunidade precisa navegar oito horas de barco. Antes da chegada da internet só era possível contato com a comunidade por meio de um telefone, que ficava na base do Exército na aldeia.

Segundo a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), a comunicação com a comunidade Guató ficou mais prática com a chegada da internet, a comunicação com a comunidade é possível atualmente por meio de aplicativo de mensagem via internet.

A velocidade da internet fornecida pelo governo federal é de até 10 Megas. A internet facilitou a comunicação com as comunidades de difícil acesso visando trazer agilidade no atendimento à saúde indígena.

15. DE *PODCAST* COMO ESTRÁTÉGIA DE COMUNICAÇÃO PARA LEVAR INFORMAÇÕES BÁSICAS SOBRE SAÚDE

Os podcasts estão cada vez mais populares nas aldeias indígenas, isso porque o áudio ele é mais prático, e pode ser ouvido, mesmo com a capacidade reduzida do sinal da internet em algumas aldeias que se encontram em lugares remotos.

- **Acessibilidade:** o conteúdo pode ser ouvido em qualquer lugar ou momento.
- **Público-alvo:** os áudios são produzidos em tópicos específicos, direcionados para assuntos que o público precisa aprender ou discutir mais.

Usar *podcast* nas estratégias de promoção de informações de saúde básica para os indígenas pode gerar ainda um canal de relacionamento entre os povos originários e a informação de saúde, fazendo uma expansão de presença digital.

16. ALINHAMENTO ESTRATÉGICO DAS MÍDIAS SOCIAIS PARA DIFUSÃO DE INFORMAÇÕES PARA OS INDÍGENAS

As mídias sociais mais usadas, como *Whatsapp*, *Youtube*, *Instagram*, *Facebook* e *Tik Tok*, são importantes para a padronização e normatização de todos os canais com ações estratégicas de alcance e engajamento, influenciando de forma positiva as aldeias no país. Além disso, fortalece a disseminação de informações verídicas em todos os campos alcançados.

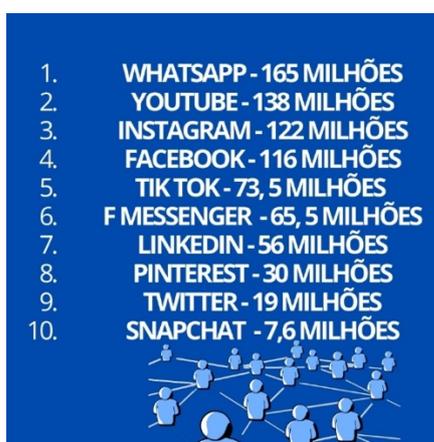
16.1 A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO DIGITAL

Encurtam a distância entre pessoas, uma ferramenta rápida para transmissão de informação. Consegue mobilizar um alto número de pessoas com engajamento de várias causas sociais.

ESTUDOS RECENTES, DE ABRIL DE 2022, MOSTRAM QUE OS BRASILEIROS PASSAM EM MÉDIA, 3 HORAS E 47 MINUTOS POR DIA CONECTADOS ÀS REDES SOCIAIS.



16.2 RANKING DAS 10 MÍDIAS SOCIAIS MAIS ACESSADAS NO BRASIL



16.3 PESQUISA DA FOLHA DE SÃO PAULO INDICA AS REDES SOCIAIS PREFERIDAS NO PAÍS



**Importante lembrar que o aplicativo de mensagem atualmente mais usados pelos povos indígenas é o WhatsApp, pela facilidade de envio e de entrega das informações, por esse motivo é importante mostrar o número de pessoas que acessam.*

16.4 PRINCIPAIS CANAIS QUE SERÃO UTILIZADOS PARA INFORMAÇÕES NAS ALDEIAS

- **WhatsApp:** Será utilizado com prioridade por ser uma ferramenta de recebimento e entrega de mensagem rápida, podendo utilizar os áudios que são mais práticos para os recebimentos em algumas aldeias, que possuem o acesso remoto e sinais reduzidos de internet.

Ações na rede: Boletins informativos em áudio e *cards* confeccionados sobre assuntos importantes que focam na saúde básica indígena.

- **Youtube:** É uma rede social que pode ampliar informações por meio de produtos audiovisuais que desempenham o papel de informar sobre a questão da saúde básica para indígenas. De acordo com pesquisas deste ano, o Brasil já é o segundo maior mercado do mundo em horas assistidas de vídeos no *Youtube*.

Ações na rede: Organizar vídeos segundo temáticas relacionadas a saúde. Fazer campanhas para aumentar inscritos indígenas. Usar *cards* para interligar outros vídeos de audiência. Realizar *lives* e monitorar *chats* ao vivo. Produção de conteúdo para vídeos sobre saúde básica indígena.

- **Instagram:** Ferramenta poderosa que foca no visual. De acordo com pesquisas citadas anteriormente mantém um engajamento em alta, principalmente por ser uma rede social que é usada como plataforma pelos principais veículos de comunicação de notícias.

Ações na rede: Produção de *lives*, *cards*, *reels* e vídeos curtos para a promoção de informações úteis sobre saúde.

- **Facebook:** Rede social importante pela capacidade de se adaptar ao comportamento do usuário, oferecendo-lhe, a melhor experiência possível.

Ações na rede: Produção de *cards*, vídeos curtos e promoção de *lives*.



16.5 ESTRATÉGIAS QUE PRIORIZAM AS PRINCIPAIS MÍDIAS SOCIAIS

Foi comprovado por meio de pesquisas no setor de mídias sociais, que as estratégias que levam em consideração a atuação das redes sociais, tem resultados positivos, com uma entrega de informações alto, gerando sucesso na divulgação informativa planejada.

Dessa forma, se torna primordial a participação das mídias sociais dentro das estratégias de ações de comunicação a serem realizadas para levar informação sobre saúde básica para indígenas de todo o país

17. EQUIPE BÁSICA PARA COLOCAR O PLANO ESTRATÉGICO EM AÇÃO

Para execução do plano estratégico de comunicação, citado acima, é necessário inicialmente de uma equipe básica formada por cinco pessoas, que são:

- **Jornalista 1**
Ação: Repórter, apresentador(a).
- **Jornalista 2**
Ação: Assessoria de Imprensa, Social Media.
- **Produtor audiovisual**
Ação: Edição de imagem e áudio, operar câmera e produzir roteiro.
- **Designer gráfico**
Ação: Produção de cards impressos e para redes sociais, produção de cartilhas e boletins para impressão e confecção de plataformas digitais visuais.

Indicador aferido:

Plano de Comunicação interna e externa implementado. Foi elaborada minuta preliminar de plano de comunicação externo focado na saúde indígena.

Fontes de verificação:

- Levantamentos realizados;
- Diagnósticos;
- Esboço de Plano de Comunicação

ANÁLISE TÉCNICA:

De acordo com o que foi apresentado no documento técnico, foi realizado um mapeamento dos projetos e ações organizados pela Secretaria Especial de Saúde Indígena e elencadas possibilidade de parcerias.

Também foram apresentados os desafios da comunicação direcionada para os povos indígenas no país e quais ações deverão ser organizadas para superá-los.

Desde o dia 20 de janeiro de 2023 foi decretada Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional para combate à dessassistência sanitária dos povos que vivem em território indígena Yanomami, em Roraima, a portaria foi publicada em edição extra do Diário Oficial.

O Ministério da Saúde instalou o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-yanomami) para mobilizar recursos para o reestabelecimento dos serviços de saúde e a articulação com os gestores estaduais e municipais do SUS. A ADAPS conta com dois médicos, dos 40 (quarenta) contratados para os Distritos Sanitários Indígenas participantes Programa atuando no yanomami.

O referido documento técnico também auxiliou na realização da atividade 4 - Subsidiar a elaboração da proposta de plano de comunicação da ADAPS.

01. Documento técnico contendo mapeamento de notícias relacionadas à atenção primária à saúde com foco no provimento médico no Mundo no período de outubro a dezembro.

Foi realizado levantamento de notícias em jornais e revistas e foram encontradas seis notícias em jornais brasileiros e quatro em jornais internacionais no referido período.

Análise: O produto apresenta um mapeamento preliminar de notícias, sendo que foi solicitada revisão do conteúdo.

Indicador aferido:

Não foi possível correlacionar a nenhum indicador diretamente. Indiretamente ele se aplica ao número de melhorias identificadas, uma vez que as notícias dos jornais e *clippings* poderão auxiliar na melhoria dos processos de trabalho de comunicação.

Fontes de verificação:

- Levantamento realizado;
- Relatório.

No que concerne ao percentual de execução do objetivo “Ampliar o alcance e a efetividade das ações de comunicação da ADAPS de forma estruturada, considerando que são cinco atividades pré-definidas e apenas uma foi realizada, pode-se considerar que se chegou a 20% de execução.

1.3. FOMENTAR AÇÕES DE DESENVOLVIMENTO VOLTADAS À GESTÃO ESTRATÉGICA DA ADAPS

Resultado 1.3.1 - Plano de Gestão de Riscos consolidado e implementado.

3.1.1. Promover revisão bibliográfica sobre o tema.

Produtos Entregues:

01. Documento técnico contendo o levantamento bibliográfico relacionado à temática de gestão de riscos.

O referido documento técnico teve como objetivos:

- Obter conhecimento especializado sobre teorias e estruturas de gerenciamento de risco por meio dos cursos de educação continuada e módulos de treinamento avançado da ADAPS.
- Avaliar os impactos dos riscos para criar planos e ações de prontidão antes de implementá-los.

A gestão de riscos é um conjunto de atividades coordenadas que visam gerir e controlar a organização em relação as potenciais ameaças, independentemente da sua manifestação. Trata-se de planejar e utilizar os recursos humanos e materiais para minimizar ou tratar riscos.

Existem dois tipos de riscos a serem observados: riscos inerentes e riscos adquiridos. Os primeiros são baseados no próprio processo ou nas características do paciente submetido ao procedimento. O outro não surge da natureza do processo ou da pessoa que está sendo ajudada. Identifique-os com base em evidências e na opinião de especialistas.

Os riscos adquiridos são o foco de nossa gestão. Classificar e categorizar os impactos de cada risco adquirido identificado para que seja sempre priorizada a perspectiva assistencial, ou seja, o impacto que o risco tem na saúde do paciente. A classificação do impacto é feita estimando a gravidade e o grau de dano possível (ou mais frequente) caso o risco seja cumprido no evento. O grau de impacto do risco é o primeiro elemento que define a posição do risco na matriz de risco de cada processo.

Existe uma confusão comum entre risco e fator de risco, que pode levar ao fracasso da gestão. Risco é o que você realmente quer evitar. Algo que acontece a qualquer momento está fadado a causar danos, por menores que sejam. Fatores de risco são eventos ou situações que aumentam a probabilidade de os riscos se concretizarem, mas nem sempre há dano ocorrerá quando eles ocorrerem. Por exemplo, identificar erroneamente um paciente (fator de risco) aumenta a chance de realizar um procedimento no paciente errado (risco).

A ocorrência de risco em um evento pode incluir morte, lesão física ou psicológica. Quando isso acontece, é sinal de que a qualidade do serviço pode precisar ser melhorada. As estruturas e processos de cuidado hospitalar devem, portanto, causar danos aos pacientes.

A gestão de indicadores é uma aplicação de um processo de gestão com foco na capacitação. Aplica-se tanto aos gestores como à equipe, com o objetivo de utilizar metodologias adequadas e uma abordagem crítica.

Foram elencados artigos, livros, periódicos que versão sobre a temática de riscos.

Indicador aferido: Como é uma análise preliminar, não se aplica a nenhum indicador.

Fontes de verificação:

- Levantamento;
- Relatório.

ANÁLISE TÉCNICA:

O referido documento fez uma análise geral sobre os principais conceitos de gestão de riscos servirá de insumo para subsidiar a elaboração de documentos, cartilhas, instruções normativas.

01. Documento técnico contendo levantamento de instituições com o modelo de gestão similares à ADAPS que já possuem plano de gestão de riscos.

De acordo com o exposto no Documento Técnico, em termos de similaridade a pesquisa realizada busca instituições que tenham modelos de gestão similares ao da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) de forma que os documentos encontrados que possuam gestão de risco, possam fazer parte do relatório de desenvolvimento e pesquisas para a construção de relatório específico para a agência, produzindo de forma técnica e estruturada um documento de gestão de risco que esteja de acordo com a estrutura e objetivos da agência.

Conforme orientado nos termos de referência desse documento, as buscas realizadas de forma bibliográfica, sites referenciados, bibliotecas virtuais, sites acadêmicos e de artigos, tanto nacionais quanto internacionais, resultaram em poucas instituições que possuam total similaridade com a ADAPS, devido a diferenças em suas finalidades no caso das nacionais e da diferença de legislação das internacionais.

O formato de gestão da saúde, muda em relação as leis de cada país, tornando a relação de OSS (Organização Social de Saúde) muito específica, no Brasil a amplitude de nomenclaturas possíveis dentro da relação de auxílio, formação, gestão direta e indireta do SUS é ampla, o que não acontece em outros países, tornando a gestão de risco muito pontual e ligada a regras internacionais gerais. Nesse relatório inicial foram listadas organizações semelhantes ou análogas a ADAPS:

- **ONG – A expressão Organização-Não-Governamental (ONG) – Apareceu pela primeira vez**

em 1950, sendo usada pela ONU – Organização das Nações Unidas - para designar as instituições da sociedade civil que não estivessem vinculadas ao Estado. Hoje, elas são definidas como instituições privadas sem fins lucrativos e com uma finalidade pública. Em geral, estão vinculadas a causas como direitos humanos, meio ambiente, saúde, educação popular, entre outras. É importante salientar que o termo ONG não está definido na legislação brasileira, assim, toda ONG existe ou sob a forma de uma associação ou sob a forma de uma fundação. Entretanto, O termo ONG não pode ser aplicado a todas associações e fundações, mesmo que sejam organizações privadas sem fins lucrativos, como clubes, hospitais, escolas filantrópicas, sindicatos, cooperativas, entre outras.

- **OSCIPS – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público** – São privadas sem fins lucrativos e criadas por particulares, com ou sem a autorização da administração pública, a fim de exercer atividade de interesse social; Trata-se de qualificação jurídica dada a pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, instituídas por iniciativa de particulares, para desempenhar serviços sociais não exclusivos do Estado com incentivo e fiscalização pelo Poder Público, mediante vínculo jurídico instituído por meio de termo de parceria.

OSS – Organizações Sociais – A qualificação jurídica dada a pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, instituída por iniciativa de particulares, e que recebe delegação do Poder Público, mediante contrato de gestão, para desempenhar serviço público de natureza social. Nenhuma entidade nasce com o nome de organização social; a entidade é criada como associação ou fundação e, habilitando-se perante o Poder Público, recebe a qualificação; trata-se de título jurídico outorgado e cancelado pelo Poder Público.

O levantamento bibliográfico levou em conta os objetivos, missão e valores ligados a saúde, das instituições, organizações e empresas ligadas a saúde no Brasil e países que possuem sistemas de saúde e gestão de risco implementadas ou em andamento.

Na bibliografia internacional, as pesquisas mostram instituições gerais e uma gestão de risco ligada a regras gerais e internacionais como listagem e documentos da OMS (Organização Mundial de Saúde) e ONU:

Perspectiva Internacional		
Localidade	Instituição/Organização/Empresa	Bibliografias
Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> • HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) • e-PHI (protected health information ou informação eletrônica de saúde protegida) 	https://www.healthit.gov/topic/privacy-security-and-hipaa/hipaa-basics

Perspectiva Internacional		
Localidade	Instituição/Organização/Empresa	Bibliografias
<p>HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) que se traduz como a Lei de Portabilidade e Responsabilidade do Seguro de Saúde dos EUA. As entidades cobertas precisam avaliar a probabilidade e o impacto de riscos potenciais para a e-PHI (protected health information ou informação eletrônica de saúde protegida), a fim de implementar as medidas de segurança adequadas para abordar áreas de risco. Além da proteção aos dados sensíveis, a HIPAA – lei aplicada a qualquer entidade que presta ou paga por serviços de cuidados de saúde, incluso aquelas que contam com operação híbrida, como as universidades que contam com hospitais, por exemplo.</p>		
Europa	EMA (European Medicines Agency)	https://www.ema.europa.eu/en
<p>Na Europa, além das agências e órgãos reguladores de cada país ou comunidade de mercado, o sistema regulatório também é supervisionado pela EMA (European Medicines Agency) que busca consolidar e unificar prazos, processos e legislações, assim como a gestão de risco. Sendo a EMA uma agência</p>		
Londres	Sistema de saúde utiliza o modelo de Acidente Organizacional de James Reason	https://actiosoftware.com/2017/03/protocolo-de-londres/
	Reason	https://www.imperial.ac.uk/patient-safety-translational-research-centre/education/training-materials-for-use-in-research-and-clinical-practice/the-london-protocol/ https://www.imperial.ac.uk/patient-safety-translational-research-centre/education/training-materials-for-use-in-research-and-clinical-practice/the-london-protocol/ https://www.lean.org.br/comunidade/saude/ebcp/pdfs/cap4doc6.Protocolo_de_Londres_-_Analise_Causa_Raiz.pdf
<p>Protocolo de Londres utiliza o modelo de Acidente Organizacional de James Reason. Onde as análises devem ter uma compreensão mais ampla da causa do incidente, com menos foco no indivíduo que comete um erro e mais voltada aos fatores organizacionais que possam fornecer as condições e até induzir ao erro. Um dos modelos mais utilizados em agências, instituições e organizações pelo mundo em relação a saúde.</p>		
Portugal	<ul style="list-style-type: none"> • ARS (Associações regionais de saúde) • ACSS (Administração central do sistema de saúde) 	https://www.arslvt.min-saude.pt/equipa-de-parcerias-publico-privadas/ https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/15684 https://hff.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/07/Plano-Preven%C3%A7%C3%A3o-Risco-2020-2.pdf
		https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Verisk_FinalReport_vpor%202010.pdf
<p>Portugal divide-se em ARS (Associações regionais de saúde) em cada uma delas ou grupo, existe um conselho de administração, responsável perante o Ministério da Saúde pela gestão da saúde da população, supervisão dos hospitais, gestão dos centros de cuidados primários e implementação dos objetivos da política nacional de saúde. Porém a gestão é feita pela ACSS (Administração central do sistema de saúde) em parceria público-privada.</p> <p>A gestão é feita pela ACSS incluindo a formulação da gestão como feito em 2010, onde emitiu documento que permitiu avaliar a qualidade dos dados de diagnóstico (hospitais e cuidados de saúde primários) e dados de medicamentos prescritos numa Região de Saúde de Portugal e analisar os resultados de alguns modelos básicos relativamente aos dados disponíveis da ACSS, assim construindo métodos de gestão de risco para o sistema.</p>		
Reino Unido	<p>National Health Service (NHS)</p> <p>The NHS Constitution</p> <p>3. NICE The National Institute for Health and Care Excellence</p>	https://www.nice.org.uk/ https://www.nice.org.uk/Guidance/CG179 https://www.longtermplan.nhs.uk/publication/nhs-long-term-plan/
<p>O NHS na Inglaterra é supervisionado pelo Departamento de Saúde. Enquanto isso, desde 2013, foram criados os Grupos de Comissionamento Clínico. Todos os bairros contam com um <i>General Practitioner Surgery</i> de referência e um médico geral é designado para atender à população daquela região. Esse profissional faz atendimentos e encaminha os pacientes para especialistas, caso considere necessário, tornando-o próximo a Atenção Primária utilizada no Brasil.</p>		

Perspectiva Internacional		
Localidade	Instituição/Organização/Empresa	Bibliografias
Holanda	Health Care – modelo de sistema	https://healthmanagement.org/c/it/issuearticle/the-healthcare-system-in-netherlands https:// pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=health+risk+management
<p>Quando você estiver com seu seguro saúde em mãos é hora de se cadastrar no Médico da Família o “Huisarts“. Na Holanda você não pode ligar para o consultório de um ginecologista, otorino, dermatologista ou cardiologista e marcar uma consulta. Toda sua vida agora será “resolvida” pelo seu Huisarts. Para cada bairro e região existe um médico da família, você normalmente se cadastra no mais próximo da sua casa. Para quase todo mundo isso significa 15 minutos de distância a pé da sua casa. A gestão de risco é feita por setores da saúde, como autismo, enfermagem, unidades intensivas e diversas outras.</p>		
Austrália	Medicare – sistema de seguro e gestão	https://pt.abcdef.wiki/wiki/Australian_Aid https://www.health.gov.au/topics/medicare/about https:// www.servicesaustralia.gov.au/medicare
<p>Na Austrália o sistema é gerenciado pela Medicare que é o esquema de seguro de saúde universal da Austrália. Ele garante a todos os australianos (e alguns visitantes estrangeiros) acesso a uma ampla gama de serviços de saúde e hospitalares a baixo ou nenhum custo.</p> <p>Desenvolvem e gerenciam políticas nacionais do Medicare e assessoram o governo australiano em decisões sobre: quais serviços e medicamentos subsidiar, valores de benefício e limiares da rede de segurança (gestão de saúde)</p>		

No âmbito nacional a bibliografia é restrita a teorias gerais da administração em relação a gestão de risco. As empresas, instituições, agências, buscam metodologias gerais e possui poucas agências com a nomenclatura de registro da ADAPS e suas formas da lei que possuam consolidada gestão e documentos de base públicos sobre a gestão de risco nas unidades de saúde e direcionadas para a saúde primária, sendo assim, grande parte das referências vem ainda da esfera da União, ONGs, OSCIPs e OCs. A relação de PPP (Parceria Público Privada) é restrita em documentos de domínio público.

Perspectiva Nacional		
Localidade	Instituição/Organização/Empresas	Referência Bibliográfica
Nacional	SESI SENAI	https://fiepi.com.br/media/uploads/2022/03/21/3-politica-de-riscos-sesi-senai_eEHIEjv.pdf
	Agência Nacional de Saúde	https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-lanca-manual-de-gestao-de-riscos
Paraná	Escola de Saúde do Estado doParaná	http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Gerenciamento_de_Risco.pdf https://www.drgrasil.com.br/valoremsaude/relacao-entre-gestao-de-riscos-e-seguranca-do-paciente
Belo Horizonte - MG	Secretaria de Saúde de Minas Gerais	https://audhosp.com.br/wp-content/uploads/2019/09/Jomara-Alves-da-Silva-APRESENTA%C3%87%C3%83O-DRG.pdf
Salvador -BA	Prodal saúde – Sistema PPP	https://sbap.org.br/ebap/index.php/home/article/view/526 http:// www.hospitaldosuburbio.com.br/prodal/?page_id=5320 http:// www.hospitaldosuburbio.com.br/?page_id=5337

Perspectiva Nacional		
Localidade	Instituição/Organização/Empresas	Referência Bibliográfica
São Paulo Goiás	Instituto Sócrates Guanaes - PPP - São José dos Campos	https://isgsaude.org.br/o-que-fazemos/promocao-de-atencao-basica-a-saude/ http://tede2.uefs.br:8080/handle/tede/679
Rio de Janeiro	- Goiânia - Niterói	https://isgsaude.org.br/hrr/noticias/gerenciamento-de-riscos-ganha-aliados-no-hrr/?lang=pt-br https://isgsaude.org.br/hrr/?s=GEst%C3%A3o+de+risko https://isgsaude.org.br/heal/ https://isgsaude.org.br/ceapsol/ https://isgsaude.org.br/hdt/

Indicador aferido:

Como é uma análise preliminar, não se aplica a nenhum indicador.

Fontes de verificação:

- Levantamento;
- Relatório;

ANÁLISE TÉCNICA:

Este produto em sua primeira etapa de acordo com o termo de referência, buscou listar de forma técnica, o levantamento de instituições com o modelo de gestão similares à ADAPS que já possuem plano de gestão de risco ou similaridade com a instituição e seus objetivos. Apesar de já existir a relação de parceria público privada há cerca de 12 anos no Brasil, não existe ainda um sistema consolidado e padronizado, as empresas que são parceiras do sistema de saúde no formato de PPP, ainda são poucas até 2014 existiam cerca de 24 parcerias e dentre elas, grande parte relacionada a construção e não a gestão completa de serviços e no caso específico, relacionados a saúde.

Também foi realizada pesquisa internacional com instituições relacionadas à saúde. O levantamento auxiliará na realização de benchmarkings e em uma melhor qualificação dos processos de trabalho do âmbito da ADAPS.

Os documentos ainda não são abertos e de ampla consulta, pois são utilizadas regras internas e específicas das empresas que possuem a gestão, havendo mudanças de acordo com o necessário e implantando os sistemas de gestão por meio de modelos, comissões, documentos internos e por setores.

A sistematização das referências, vai oportunizar a possibilidade de benchmarking de metodologias com vistas a elaborar um modelo que tenha sinergia com a ADAPS.

03. Documento técnico contendo levantamento de bibliográfico sobre atenção primária e gestão de riscos.

A atenção primária de saúde e a atenção básica são termos equivalentes (sinônimos), nesse prisma, é preciso primeiramente destacar que essa parte do Sistema Único de Saúde (SUS), não deve ser associado com pobreza, problemas crônicos ou mesmo algo exclusivo do Brasil, considerando que esse modelo também é utilizado por outras nações (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

Esse modelo é essencial para a proteção coletiva de pessoas, além de ser essencial para o fornecimento de diagnósticos e também para a análise da realidade de uma população local. Também é inserido na atenção primária, a mitigação de danos e também cuidados paliativos, que são aspectos fundamentais para um sistema de saúde democrático e descentralizado, como é o caso do adotado no território brasileiro (SAMPAIO, 2020).

No Brasil, segundo Tasca *et al.* (2020), é fundamental destacar que a atenção básica é também a porta de entrada do SUS, por isso, ela está inserida no primeiro nível, no qual os médicos possuem um contato direto com os pacientes e podem observar qual é a sua realidade, assim como a necessidade (ou não) de seguir para os próximos níveis (médicos especialistas).

Mesmo que o SUS seja uma revolução no sistema de saúde no Brasil, ainda existem problemas, que podem ser reduzidos com modelos de gestão como o gerenciamento de riscos ou ainda por meio da implantação de modelos de análises de grandes volumes de dados. Por meio desses mecanismos, é evidente que a atenção primária pode melhorar de forma considerável em curto e longo prazo, trazendo ainda mais benefícios para a população (ORDUNEZ *et al.*, 2022).

A primeira parte do estudo foi a compreensão da estrutura de uma unidade básica de saúde, uma vez que esse foi um importante contato dos autores com o atendimento médico e também com os pacientes (FAUSTO *et al.*, 2018). Ademais, também foram observados ambientes importantes desse local de atendimento, como o ambiente de entrada e saída de pacientes (fluxos envolvidos), sala de atendimento médico (sendo que na UBS visitada existem dois médicos), sendo que ela é voltada para saúde da família.

Além disso, também foram vistas salas como o expurgo (responsável pela deposição de resíduos sólidos, algo essencial em um ambiente de saúde) (MEDINA *et al.*, 2020).

Também foram observadas regiões de fluxo como a entrada de pacientes, caso não esteja com o atendimento marcado, é necessário que cada um deles busque uma senha própria, algo que pode ser feito na recepção. Outros ambientes também foram vistos, como uma sala específica para esterilização de objetos. Compreender a estrutura e profissionais presentes na atenção primária, certamente é uma maneira de conseguir vincular esse ambiente com o produto ofertado nesse documento técnico (GIOVANELLA, 2018).

Durante a análise da estrutura da Unidade básica, é possível observar, primeiramente, a presença de dois fluxos diferentes. O primeiro, está relacionado com a própria Unidade Básica de Saúde da Família, onde as pessoas têm acesso a atendimentos básicos como dentista, clínico geral (sendo dois médicos), enfermeiro, farmácia, dentre outros. O segundo fluxo de atendimento, que é separado da UBS é a vacinação, durante a visita, foi possível observar diversos pacientes entrando em outro local – ao lado do atendimento convencional – para terem acesso às vacinas de Covid-19 e outras doenças corroboradas por agentes infecciosos (RODRIGUES, 2014).

Como profere o Departamento de Transporte da Califórnia (Caltrans, 2012), a palavra risco deve ter um entendimento abrangente para atenuar entraves e direcionar a um gerenciamento eficiente dos possíveis riscos nos quais os empreendimentos estão expostos.

Grosso modo, o termo risco, em associação ao gerenciamento de projetos, é um evento ou um condicionamento incerto que, caso venha a acontecer, tem um efeito em ao menos uma segmentação do projeto em execução (PMBOK, 2013). Nesse contexto, essa palavra é concitada em paralelo a sua possibilidade de ocorrência e pelos danos que eles podem impactar o andamento do projeto.

Outra definição para risco é dissertada por Leite (2021), que direciona essa palavra à representação de um resultado incerto. Não obstante, riscos podem ocasionar em resultados dissonantes, ou seja, tanto positivos, quanto negativos. Um risco considerado negativo é aquele que é delineado como uma possível ameaça ao desenvolvimento de um projeto. Por outro lado, o risco positivo é aquele que pode ser definido como uma possível oportunidade (AVALOS, 2017).

Assim, depreende-se que o gerenciamento de riscos, sendo o mesmo como uma oportunidade ou ameaça, possui uma série de etapas, tais como: Identificação, análise e desenvolvimento de estratégias para acentuar as oportunidades e atenuar as ameaças consonantes aos principais objetivos do empreendimento (LEITE, 2021).

Como direciona o guia PMBOK (2013), a elaboração de um gerenciamento de riscos adentra os processos de planejamento, identificação, análise, planejamentos de respostas, monitoramento e controle.

As seguintes etapas precisam ser elaboradas para uma gestão funcional de riscos: Identificação dos possíveis entraves, avaliação de riscos negativos e positivos, análise, atenuação, alocação, monitoramento e atualização. Como proferido por Caltrans (2012), embora as características dos processos de riscos possam ser divergentes em acordo com o empreendimento em que tais etapas estão sendo aplicadas, a gestão de riscos, em última análise, está principalmente segmentada nas seguintes etapas: identificação, análise e ação.

Ainda de acordo com o PMBOK (2012), existem duas formas divergentes da gestão de riscos: a qualitativa e quantitativa. A análise qualitativa de riscos, segmenta o alicerce para a realização da

análise quantitativa dos riscos, de modo que, é um processo de priorização dos possíveis riscos dispostos, para a segmentação de uma ação adicional, por intermédio da avaliação e junção de sua possibilidade de ocorrência, assim como o seu impacto para unidade básica de saúde (DE CASTRO, RODRIGO PIRONTI AGUIRRE; GONÇALVES, 2019).

Conquanto, a análise de cunho qualitativa não foi abordada no presente artigo, pois, de acordo com o disposto no “*Project Risk Management Handbook: a Scalable Approach*” (Caltrans, 2012), para a elaboração de projetos que possuam um regime contratual esteja de acordo com o *design-build* (contratação de cunho integrado), não é necessário a análise qualitativa, de modo que, parte-se da identificação de riscos de forma direta para a análise de forma quantitativa.

Apesar do modelo segmentado não aderir à esfera de análise qualitativa propriamente dita, é possível avaliar que existe uma priorização dos riscos, pois uma análise quantitativa dispõe do uso de dados históricos que abordam famílias de serviço – que elencam riscos, será abordado como esse método de gestão pode ser aplicado para a atenção primária. Isto posto, a segmentação de uma análise quantitativa se agrega nos riscos prioritários (DE CASTRO, RODRIGO PIRONTI AGUIRRE; GONÇALVES, 2019).

O presente documento técnico foi estruturado nos desafios da atenção primária de saúde, considerando a sua importância para o sistema único brasileiro, ao passo que é considerada a porta de entrada os setores secundários e terciários, partindo de uma estrutura hierárquica que é seguida pelo SUS.

Assim, buscar formas de otimizar esse setor é essencial, pois, ele possui uma grande relevância para a sociedade. É papel da saúde primária ter contato direto com pessoas, saber a sua realidade econômica, estado de saúde e também o contingente de verbas que deverá ser enviado pelos entes federados.

Sem uma gestão adequada, diversos problemas de saúde pública podem não ser reduzidos, justamente por essa proximidade que a base do SUS possui em reconhecimento dos municípios, por meio da territorialização e também entender quais são as principais doenças e comorbidades que estão em volta de uma determinada região.

Nessa perspectiva, é fundamental a aplicação de sistemas de gestão e controle de dados, assim como programas que possam realizar análises aprofundadas sobre essa realidade, todas as informações necessárias para tal prática, são coletadas diariamente pelas agentes comunitárias, que possuem um papel muito relevante na atenção primária. Um tipo de ferramenta que pode ser aplicada para essa finalidade, é justamente o *Big Data*.

A gestão de riscos, aparece como outro produto importante para a atenção primária, pois, é um modelo baseado na administração de gastos, gerenciamento de equipes e também no planejamento

financeiro antes de aplicar qualquer ação. Isso torna esse modelo compatível com essa parcela do SUS, melhorando a chegada de recursos e também analisando se os serviços prestados por esse setor estão sendo realizados.

Sendo assim, analisar o risco para tomar decisões, principalmente que envolvem a parte financeira é algo que precisa ser cuidado na atenção básica de saúde. Dessa forma, não apenas a equipe terá uma maior autonomia em seus processos internos, mas as pessoas poderão receber um atendimento mais humanizado e focado em suas necessidades. O relatório mostrou que a versatilidade da gestão de riscos, é um dos seus principais pontos positivos, podendo ser aplicado em várias esferas do setor primário. A literatura aponta que esse método de gestão é compatível não apenas com o setor primário, mas também com outros níveis hierárquicos do sistema de saúde.

Análise:

Foram pesquisados mais de 20 documentos entre artigos, livros e *sites* relacionados à temática.

Indicador aferido:

Como é uma análise preliminar, não se aplica a nenhum indicador.

Fontes de verificação:

- Levantamento;
- Relatório.

ANÁLISE TÉCNICA:

Foram pesquisados mais de 20 documentos entre artigos, livros e sites relacionados à temática e sua aplicação no contexto da atenção primária à saúde. Os achados auxiliarão a contextualizar os documentos de gestão de risco tendo como referência a parte assistencial.

04. Documento técnico contendo levantamento bibliográfico e de legislação sobre *compliance*.

Esta pesquisa teve como principal objetivo a realização de um levantamento bibliográfico dos estudos sobre a *compliance* relacionada ao Setor Público, publicados entre os anos de 2013 até 2022, abordando o tema e os requisitos elencados pelas doutrinas nacional e estrangeira para que o programa de *compliance* público seja eficaz e apto a prevenir a prática de condutas corruptivas.

Este estudo evidenciou que a *compliance*, além de outras ferramentas da governança corporativa, podem ser utilizadas como alternativa para auxiliar na melhoria da gestão pública. Apesar de

normalmente utilizada nas instituições privadas é possível por meio de adaptação e implementado de forma correta, além do uso de meios para realizar fiscalizações, a *compliance* seja considerada como possível meio para a excelência na administração pública e, como consequência, melhorar a vida dos cidadãos e sociedade como um todo.

Os resultados pretendidos com este estudo dizem respeito ao alinhamento dos pilares para desenvolver o Programa de Fortalecimento das Ações de Gestão e Governança da ADAPS, para posterior desenvolvimento e implantação de um Programa de *Compliance* (ou de Integridade) efetivo e Plano de Gestão de Riscos consolidado.

As buscas ocorreram entre os dias 15 a 23 de dezembro de 2022, sendo utilizados os seguintes descritores: *Compliance*, *Compliance* na Administração Pública, Administração e *Compliance*, Estudos em *Compliance*, Gestão de riscos e *Compliance* e Gestão de riscos na administração pública.

Para esta pesquisa, foi adotada a proposta de Sampaio e Mancini (2007, p. 83) quanto as etapas indicadas para a elaboração de uma revisão sistemática de literatura.

A pesquisa exploratória tem como o seu principal objetivo o do esclarecimento, desenvolvimento e modificação de ideias e conceitos. O intuito é o de obter maior familiaridade com o que está sendo pesquisado, além de proporcionar critérios e compreensão sobre o assunto (De Oliveira, 2011)

O processo foi composto de etapas de: identificação do tema e elaboração das questões norteadoras, determinação de critérios para inclusão e exclusão de estudos e busca nas bases de dados pertinentes, análise crítica das informações extraídas dos estudos selecionados, interpretação dos resultados; e apresentação da revisão sintetizada dos conteúdos discutidos.

Para seleção dos artigos e sua inclusão foi feito uma leitura criteriosa de seus títulos e de seus resumos, e dos pré-selecionados foi feita uma leitura integral e crítica da publicação, no período compreendido de 2013 a 2022, disponíveis em português, inglês e espanhol que tivessem relação com tema *Compliance* na Administração Pública.

Foram excluídos todos os artigos que não se relacionavam diretamente com o tema ou que hajam extrapolado o espaço temporal proposto, além de, estudos que não estivessem disponíveis de forma integral.

A busca de dados foi iniciada nas bases de dados já enunciadas, aplicada a combinação dos seguintes termos descritores com o operador booleano “and”: “*Compliance*”, “*Compliance* na Administração Pública”, “*Compliance* e Gestão Pública”, “*Compliance* no Contrato público”, “Gestão de risco e *Compliance*”, ‘Gestão de risco com foco em *Compliance* na administração pública’.

A definição das palavras-chave foi estabelecida pela quantidade e qualidade dos artigos encontrados nas simulações prévias, de acordo com o tema de pesquisa.

A seleção dos artigos respeitou o seguinte esquema: 1º Busca dos artigos na base de dados; 2º Aplicação dos critérios de inclusão e exclusão; 3º Análise dos achados, criticamente e comparativamente e 4º Elaboração de resumo sintético das informações.

A triagem inicial se deu pela leitura dos títulos e resumos, e posteriormente pela leitura completa. Um segundo revisor colaborou com a leitura dos artigos com interesse potencial ou artigos duvidosos, que não atenderiam aos critérios propostos na pesquisa.

Foram encontradas 556 publicações via Google *Academics*. Após leitura dos títulos e resumos dos respectivos trabalhos encontrados foram excluídas 452 publicações, tendo em vista a fuga do tema proposto, ou que não se relacionavam diretamente ou ainda, que não atendiam as exigências da pesquisa. Foi realizada a leitura na íntegra de 104 trabalhos pré-selecionados de todas as plataformas disponíveis, exceto de obras literárias, que também somaram a pesquisa.

Ao término, somente 23 trabalhos integram a amostragem desta pesquisa literária. Conforme descrito na figura a seguir:

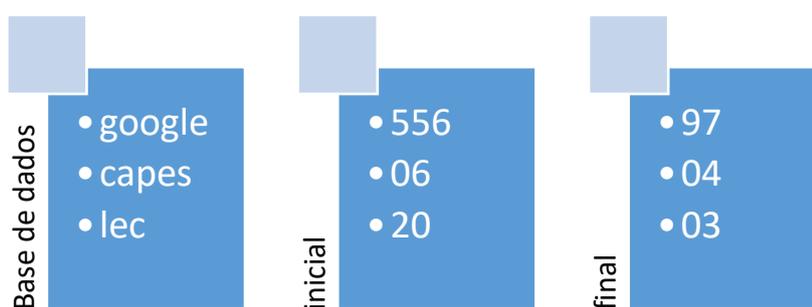


Figura 1: Fluxograma da seleção dos artigos nas bases de dados.

Indicador aferido:

Como é uma análise preliminar, não se aplica a nenhum indicador.

Fontes de verificação:

- Levantamento: 23 textos analisados;
- Relatório;

ANÁLISE TÉCNICA:

De forma descritiva, foi realizada a revisão literária e a discussão. Restaram 23 artigos elegíveis para exame, julgados como relevantes ao estudo. Para a análise dos conteúdos adotou-se a abordagem qualitativa, que tem o “ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como

instrumento fundamental, utilizando o enfoque indutivo na análise de conteúdos e dados, dando maior importância aos significados” (Cervo; Bervian, 2007, p. 60-62).

De acordo com o estudo realizado, houve o crescimento da produção científica relacionado à temática de *compliance* nos anos de 2018 a 2022. Tal achado pode estar relacionado pelo despertar dos órgãos públicos da necessidade de aprenderem a respeito do tema e o aplicarem em suas atividades cotidianas de gestão pública.

Não basta somente conduzir-se às legislações, é preciso também acompanhar as normas de controle interno as quais consistem, segundo o *American Institute of Certified Public Accountants* (AICPA ou Comitê de Procedimentos de Auditoria do Instituto Americano de Contadores Públicos Certificados), em “um plano da organização e todos os métodos e medidas coordenados, aplicados a uma empresa a fim de proteger seus bens, conferir a exatidão e a fidelidade de seus dados contábeis, promover a eficiência e estimular a obediência às diretrizes administrativas estabelecidas”. Ou seja, minorar e gerenciar os riscos.

Os pilares básicos de um Programa de *Compliance* consistem nos seguintes elementos, de acordo com Francisco [REDACTED] Mendes: compromisso da alta direção; avaliação de riscos; código de condutas e regras claras; criação e difusão da cultura de *Compliance*; canais de comunicação; documentação e contabilidade; contratação e treinamentos; procedimentos disciplinares; remediação de danos; relacionamento com parceiros comerciais e com os concorrentes; monitoramento e atualização.

O *Compliance* precisa ser discutido, argumentado, revisto, implementado e fiscalizado. Não basta ele ser esculpido no papel, precisa ser empregado na prática.

Desta forma são quatro padrões comportamentais que são considerados como ideais (i) *fairness*, senso de justiça e equidade, especialmente no tratamento isonômico conferido aos acionistas; (ii) *disclosure*, transparência das informações relevantes; (iii) *accountability*, prestação responsável de contas, seguindo boas práticas de contabilidade e auditoria; (iv) *compliance*, conformidade no cumprimento de normas reguladoras, presentes nos estatutos sociais, nos regimentos internos e nas instituições legais do país. Estes valores precisam caminhar conjuntamente pois se encontram unidos de uma forma indissociável. Entretanto, o *compliance* tem ganhado uma notoriedade tanto legislativa quanto no ambiente acadêmico e na prática nas instituições privadas e públicas.

Para Nieto Martín, formou-se “caudaloso rio normativo”, no qual desembocam numerosos e variados “afluentes”. Segundo BOCK Tendo em vista essa mudança no quadro paradigmático – mundo atual complexo e globalizado, abundância de procedimentos de responsabilização e um manancial de normas nacionais e/ou internacionais, externas e/ou internas –, resta cristalino que estar

em conformidade com as diversas formas de regulação (obrigatórias e/ou voluntárias) não é tarefa das mais fáceis, podendo ter repercussões gravosas na “vida” das sociedades empresariais.

Tratar de *compliance* atualmente se tornou uma necessidade, e não somente uma ação altruísta, não sendo, como adverte Thomas Rotsch, de “vinho em velhos *oldres*”. Orientar comportamentos, seja de empresas, do gestor público e todos os envolvidos nos relacionamentos Estado X Privado é a principal função do *Compliance*. Sistemas de fiscalização necessitam ser criados para antecipar ou, pelo menos, minimizar os riscos econômicos, jurídicos e reputacionais.

Do estudo apresentado podemos extrair algumas conclusões:

- 1) *Compliance* surge com a edição de uma série de normas que impõe as corporações, privadas e públicas, com vistas especiais a Lei de Combate a Corrupção. Com a edição da Lei 12.846/2013 e sua regulamentação através do Decreto 8.420/15, que criou a possibilidade de responsabilização civil e administrativa de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a Administração Pública.
- 2) Programas de integridade orientam o comportamento das empresas, com um viés preventivo, para que estas não incorram em deslizes legais, servindo ainda, como mecanismos de defesa, caso estas venham a incorrer em alguma falta. No entanto, para que esse Programa seja efetivo é necessário, pensar no método para o desenvolvimento das etapas e suas evidências.
- 3) O *Compliance* encontra-se em processo de expansão no país, sendo uma das áreas que mais tem sido estudada, apresentando um crescimento exponencial de trabalhos acerca do tema, ficando evidenciado uma preocupação nacional com os procedimentos de governança, controle e gestão de riscos.

Com relação ao objetivo estratégico 3 – Fomentar ações de desenvolvimento voltadas à Gestão Estratégica da ADAPSS, foram propostas seis atividades, a primeira foi iniciada “Promover a revisão bibliográfica sobre o tema” os documentos técnicos produzidos irão subsidiar a realização da atividade “Elaboração de proposta do plano de gestão de riscos.”

Deste modo, com relação à execução objetivo estratégico foi executado 16, 7%.

1.4 IMPLEMENTAR POLÍTICAS DE GESTÃO E DE GOVERNANÇA PRIORITÁRIAS PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DA AGÊNCIA

Resultado 1.4.1. Políticas implementadas i) de gestão de pessoas; ii) de gestão por resultados; iii) de inovação; iv) de gestão com foco na lei geral de proteção de dados pessoais; v) de

comunicação; vi) de gestão orçamentária, financeira e contábil; vii) de preservação de documentos digitais; viii) gestão do conhecimento.

Atividade 1 - Promover levantamento bibliográfico e de legislação a aplicável a cada frente temática.

Produtos Entregues:

01. Documento técnico contendo levantamento bibliográfico relacionado à liderança de equipes de alta performance.

A Atenção Primária à Saúde é marcada pela organização de estratégias voltadas para a sistematização das necessidades de saúde da população. A habilidade de comunicação é uma ferramenta importante para o cuidado humano. O conceito de gestão de pessoas ou administração de recursos humanos é uma associação de habilidades e métodos, políticas, técnicas e práticas definidas, com o objetivo de administrar os comportamentos internos e potencializar o capital humano nas organizações. A Gestão de Pessoas ocorre através da participação, capacitação, envolvimento e desenvolvimento de funcionários de uma Instituição, e a área tem a função de humanizar e qualificar os profissionais, sob métodos de liderança e organização da estrutura. A Gestão de Pessoas é fundamental para garantir um ambiente adequado aos colaboradores e relações mais saudáveis, impactando diretamente na produtividade e conseqüentemente em seus resultados.

O objetivo do referido documento técnico é coletar, analisar e consolidar informações bibliográficas referentes à liderança de equipes de alta performance na literatura nacional e internacional. Em seqüência a sistematizar metodologias encontradas na literatura relacionadas à liderança de equipes de alta performance.

A seguir, seguem bibliografias na literatura internacional e nacional, referentes a liderança e equipes de alta performance.

Literatura Nacional e Internacional

Referência	Título	Aspecto de Enquadramento
BENDASSOLLINI, P. F.; MAGALHÃES, M. O.; MALVEZZI, S.	Liderança nas organizações.	Importância da liderança nos ambientes de organizações, produzindo equipes conexas e potentes.
GUTIERREZ, L.A.; ARRUDA, C. S.; SALES, T.; MATHIAS, M. C.; COELHO, R. M.	Importância da liderança nas organizações.	Como a liderança pode ser transformadora no ambiente de trabalho e gestão de uma organização que trabalhe em equipe.
MAXWELL, JOHN. C.	O livro de ouro da liderança.	Passos da liderança em sua forma, implementação, análise do líder e de equipes.
DRUCKER, P. F.	Administrando em tempos de grandes mudanças.	Liderança no meio administrativo de forma a melhorar o desempenho geral da empresa.

Referência	Título	Aspecto de Enquadramento
KATZENBACH, J.R.; SMITH, D. K.	Equipes de AltaPerformance: conceitos, princípios e técnicas para potencializar o desempenho das equipes.	Pontos específicos para implementação em ambientes que tenham equipe, potencializando por meio de técnicas específicas da liderança e gestão de pessoas.
BERGAMINI, CECÍLIA W.	Liderança: A administração do sentido.	Como administrar a vida profissional de forma a ser líder e não chefe, diferenças entre o equilíbrio de gerir com lideranças os espaços de trabalho.
CHIAVENATO, IDALBERTO.	Gestão de Pessoas: O novo papel dos recursos humanos nas organizações.	Interação do RH com a equipe de forma a liderar com aspectos de rendimento, alto padrão de desenvolvimento humano.
LUTHANS	Teoria da abordagem comportamental	Como lidar com o outro com as técnicas de abordagem da liderança, possibilitando o maior contato e produtividade da equipe.
MONTANA E CHARNOV (2003)	Teoria dos traços de liderança	Potencialização da liderança, por meio da observação de líderes em potencial que podem gerir as equipes e organizações.
QUEIROZ, CLÁUDIO.	As competências das pessoas	O que faz um profissional transitar entre profissões totalmente diferentes e conseguir exercer seu trabalho com perfeição. Profissionais de alta performance que têm múltiplas competências.
PETRECA, TIAGO.	Do <i>Minset</i> ao <i>MinFlow</i> – Como ser o seu melhor em um mundo de transformações	O objetivo é demonstrar que o autoconhecimento é o que faz uma pessoa se tornar um profissional de alta performance, trazendo esse conhecimento para a equipe e gestão do espaço.
LEITE, CRISTIANE.	O elo da gestão de carreira	Possibilita o conhecimento sobre a base da liderança e da gestão produtiva: ELO é um tripé da gestão de carreira onde o empregado, o líder e a organização dependem uns dos outros mutuamente, pois somente a partir do equilíbrio deste tripé é que a gestão de carreira se torna possível.
ABRASHOFF, D. MICHAEL.	Este barco também é seu – Práticas inovadoras de gestão	Como conquistar o melhor desempenho das suas pessoas, e ainda assim manter a equipe motivada, desempenhando o seu melhor para a alta performance.
WILLINK, JOCKO.	<i>Extreme Ownership</i>	Importância da definição de objetivos para a equipe e definição do foco no processo para um bom resultado.
BURCHARD, BRENDON.	O poder da alta performance	Ajuda para o conhecimento de como liderar: um dos <i>coaches</i> de alta performance mais renomados no mundo e reuniu em sua obra seis hábitos essenciais para o sucesso: clareza, energia, necessidade, produtividade, influência e coragem.
DRUCKER, F. PETER	Gestor Eficaz	Como gerir de forma eficaz sua equipe, guia para habilidades de liderança e estratégias para aprimorar as habilidades de liderança e vencer o mercado competitivo.
DWECK, CAROL	<i>Mindset</i>	Estudo de Stanford sobre dois modelos de mentalidade: o fixo e o do desenvolvimento. Ajudando a melhorar a atitude mental para melhorar a liderança.
ALLEN, DAVID.	A arte de fazer acontecer	David Allen é o criador do método GTD (<i>Getting Things Done</i>), um dos melhores para acelerar a produtividade e manter a vida e o trabalho mais organizados. Trabalha pontos importantes como: <ul style="list-style-type: none"> ● Fluxo de trabalho; ● Desenvolvimento e avaliação de metas; ● Controle de ansiedade e sobrecarga do trabalho;

Referência	Título	Aspecto de Enquadramento
		Planejamento de projetos.
CHARAM, RAM. DROTTER, STEPHEN. NOEL, JAMES.	<i>Pipeline</i> de liderança	Demonstra a necessidade de ter líderes capacitados em todos os níveis hierárquicos de uma organização, com modelos comprovados para construir planos de carreira, planejar sucessão e formar novos líderes. Melhorando o formato de gestão e performance da organização.
ROSENBERG, MARSHALL	Comunicação Não-violenta: Técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais	Como esse tipo de comunicação pode transformar as suas relações pessoais e profissionais. Basicamente, a aplicação da comunicação não-violenta contempla entender e respeitar o que você e outras pessoas estão sentindo em relação a algo e, depois disso, tentar resolver essas questões pacificamente. A resolução de problemas de forma pacífica é uma das <i>soft skills</i> de líderes mais desafiadores e por isso se torna um grande diferencial no mercado.

Indicador aferido:

Como é uma análise preliminar, não se aplica a nenhum indicador.

Fontes de verificação:

- Levantamento: 40 textos analisados;
- Relatório.

ANÁLISE TÉCNICA:

O Documento Técnico apresentou um referencial teórico de forma bibliográfica que aborda desde características históricas sobre o que é liderança até aspectos atuais como forma de embasamento teórico para traçar estratégias na obtenção de equipes de alta performance e desenvolvimento de lideranças para a gestão da ADAPS.

O escopo teórico relacionado a liderança é amplo e contém diversas vertentes teóricas, ligadas a vários autores e correntes da psicologia, filosofia e relações sociais, os teóricos estão a cada geração atualizando suas forma de observar, teorizar e desenvolver práticas para a liderança de equipes, projetando ações para desenvolvimento individual e assim mostrando como equipes podem ter um desenvolvimento acentuado diante de lideranças comprometidas reais, que saibam focar e direcionar a sua equipe.

Assim, verifica-se por meio desse documento que a formação teórica deve ser escolhida conforme a gestão do local acontece, suas prioridades, produto, público-alvo e a escolha de lideranças e

equipe, também passa por essas escolhas, impactando diretamente na gestão do processo, seja ele qual for, aqui tratamos da gestão da Agência de Desenvolvimento à Atenção Primária da Saúde.

A partir da finalização desse documento técnico, dar-se-á início a segunda fase, que irá unir as informações à realidade da ADAPS.

02. Documento técnico contendo levantamento bibliográfico à temática de auditoria em saúde e sua correlação com a gestão de pessoas.

A auditoria em saúde tem como objeto a avaliação dos serviços prestados ao paciente. Pode-se falar também que a auditoria é o processo de fiscalização, verificação e adequação das normas, sejam elas regulatórias, legais, de boas práticas ou de alguma certificação a fim de garantir a qualidade e segurança do atendimento prestado ao paciente.

A atenção primária em saúde entende-se como o primeiro contato individual ou coletivo com o Sistema Único de Saúde (SUS). Esta atenção primária é voltada para a prevenção, promoção e diminuição de agravos na saúde dos indivíduos.

O termo gestão de pessoas corresponde à identificação das habilidades do pessoal envolvido na auditoria com o objetivo de conciliar as metas dos colaboradores com os objetivos da instituição no que se desenvolverá esta auditoria.

O documento técnico teve como objetivo coletar, analisar e consolidar informações bibliográficas referentes à temática de auditoria em saúde e sua correlação com a gestão de pessoas na literatura nacional e internacional.

Para isso foi elaborada uma linha do tempo sobre a auditoria, no segundo tópico foram apresentados conceitos, princípios, processos e tipos.

Hoje a Auditoria em saúde é definida como a análise de estrutura, processos e resultados das ações, serviços e sistemas de saúde, com o objetivo de verificar sua adequação aos critérios e parâmetros de eficácia, eficiência e efetividade estabelecidos para o sistema de saúde. Cabe ressaltar que ao longo da literatura encontramos várias formas e definições para auditoria em saúde.

A auditoria no âmbito da saúde é regida por princípios que o auditor deve se atentar a observar durante o processo de auditoria, estes princípios são:

- a) ética e independência: este princípio deve ser incorporado pelo auditor em cada um dos processos de fiscalização. O princípio de independência demonstra a imparcialidade pela qual deverá ser julgado cada processo por parte do auditor;
- b) controle de qualidade: este princípio deve ser garantido seguindo parâmetros de medição já elaborados e certificados anteriormente;
- c) gerenciamento de equipes e habilidades: o recurso humano deve ser direcionado de acordo

as habilidades;

- d) documentação: os documentos elaborados pelo auditor devem registrar todas as observações feitas durante o processo da auditoria.

Processo de Auditoria

Planejamento de Auditoria	Realização da Auditoria	Relatório e monitoramento
Definir critérios de auditoria	Aplicar os processos de fiscalização e observação para desenvolver a auditoria	Realizar relatório final conclusivo após as análises dos dados coletados
Estabelecer os locais em que será realizada a auditoria	Utilizar recursos humanos para abranger todas as áreas a ser avaliadas	
Definir o tipo de auditoria		

Todo o passo a passo do processo de auditoria deve ser documento, para assim ter um seguimento do cumprimento das normas ou diretrizes e da qualidade de dita auditoria.

Tipos de auditoria:

- A auditoria preventiva no âmbito de saúde se apresenta como a avaliação de todo ou de partes dos processos, assim como de acompanhamento e controle antes mesmo destes serem realizados;
- A auditoria operacional fiscaliza e verifica o atendimento e serviços já prestados ao paciente;
- A auditoria analítica funciona a partir da análise dos dados coletados na auditoria preventiva e na operacional.

Finalidade da Auditoria em Saúde:

- Produzir informações para subsidiar o planejamento das ações que contribuam para o aperfeiçoamento do atendimento e a satisfação do usuário;
- Avaliar os elementos constituintes dos processos para objetivar a melhoria dos procedimentos, através da detecção de desvios dos padrões estabelecidos;
- Avaliar a qualidade, a propriedade e a efetividade dos serviços de saúde prestados à população, visando a melhoria progressiva da assistência à saúde.

Indicador aferido:

Como é uma análise preliminar, não se aplica a nenhum indicador.

Fontes de verificação:

- Levantamento: 34 textos analisados;
- Relatório.

ANÁLISE TÉCNICA:

O documento técnico apresenta uma linha do tempo com relação à temática de auditoria, especialmente a auditoria em saúde.

Como referencial teórico pesquisado com relação à temática foram priorizados 34 textos. O referido documento irá embasar a possibilidade de criação de mapeamento de competência relacionado à temática com possibilidade de trilhas de capacitação.

2. Documento técnico contendo proposta de metodologia para mapeamento de *stakeholders* relacionados às temáticas saúde tendo como foco atenção primária e de provimento médico no Congresso Nacional e na Câmara dos Deputados.

A Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) é uma pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de interesse coletivo e utilidade pública, criada pela Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020, cuja a criação foi autorizada pela Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019, sob orientação técnica e supervisão do Ministério da Saúde.

Com o objetivo de incrementar o acesso a serviços e soluções da Atenção Primária à Saúde (APS). Atuando como executora de políticas públicas na área da saúde, com ênfase no Programa Médicos pelo Brasil, com o foco de prover médicos em locais de difícil acesso ou de alta vulnerabilidade sanitária, fomentando a especialização de profissionais em Medicina de Família e Comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A importância da contratação de Consultoria Técnica especializada, com formação e experiência direcionados para o acompanhamento de projetos de leis e elaboração de mapeamento de stakeholders, dá-se pelo fato que Casas Legislativas do Congresso Nacional é o palco da construção, da discussão e fiscalização das políticas públicas de saúde.

Na Câmara dos Deputados, por exemplo, a Comissão temática para debater sobre assuntos sobre os assuntos relativos saúde e as políticas públicas é a Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), que entre todas as suas atribuições pelo Regimento Interno da Câmara dos Deputados (RICD):

- I. Assuntos relativos à saúde, previdência e assistência social em geral;
- II. Organização institucional da saúde no Brasil;
- III. Política de saúde e processo de planificação em saúde; sistema único de saúde;

- IV. Ações e serviços de saúde pública, campanhas de saúde pública, erradicação de doenças endêmicas; vigilância epidemiológica, bioestatística e imunizações;
- V. Medicinas alternativas;
- VI. Atividades médicas e paramédicas;

O documento técnico menciona que será realizado mapeamento dos perfis dos parlamentares (*stakeholders*), âmbito Câmara dos Deputados e Senado Federal, na seguinte metodologia de seleção dos *stakeholders*:

- I. Deputados Federais reeleitos que foram membros da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), das Frentes Parlamentares e Comissões Temporárias e Especiais na 56ª Legislatura;
- II. Deputados Federais, em primeiro mandato federal ou que retornaram depois de alguns anos, para cumprir mandato na 57ª Legislatura, profissionais da área da saúde ou que tiveram cargos públicos de Chefia na área da saúde;
- III. Todos os senadores em mandato eletivo, membros da Comissão de Assuntos Sociais (CAS), das Subcomissões e das Frentes Parlamentares na 56ª Legislatura
- IV. Senadores Federais eleitos na Eleição de 2022
- V. Perfil de todos os Parlamentares (Deputado Federal e Senador Federal), que após as instalações das Comissões e Frentes Parlamentares temáticas na 57ª legislatura, compõem-se como membros.

Além disso, Formulação da Agenda Semanal da Câmara dos Deputados, do Senado Federal e do Congresso Nacional, com a pauta de votação dos Projetos de Leis nas Comissões e no Plenário dos Projetos, das audiências públicas e eventos temáticos na área da saúde, com foco na atenção primária à saúde e do provimento médico.

Elaboração do Resultado Semanal da Câmara dos Deputados, do Senado Federal e do Congresso Nacional, com o resultado das votações dos Projetos de Leis em Comissão e no Plenário na área da saúde, com foco na atenção primária à saúde e do provimento médico.

Indicador aferido:

Como é uma análise preliminar, não se aplica a nenhum indicador.

Fontes de verificação:

- Levantamento;
- Relatório.

ANÁLISE TÉCNICA:

De acordo com o referido documento técnico, Na Câmara dos Deputados, existem instaladas 25 comissões permanentes em funcionamento, com a definição como Comissão temática para debater

sobre assuntos relacionados a saúde a Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), tendo sido criada a da Subcomissão Especial Legislação Aplicável ao SUS.

Nas Comissões, consta ainda as comissões de caráteres temporárias, criadas para debater sobre projetos de leis que designadas para 4 ou mais comissões temáticas, para Proposta de Emenda à Constituição (PEC) e/ou debater sobre temas específicos; dentre as quais:

- Comissão Especial de Combate ao Câncer (CECANCER);
- Comissão do PL 7419/06 - Planos de Saúde;
- Comissão do PL 0399/15 - Medicamentos Formulados com *Cannabis*.

No Senado Federal, existem instaladas 15 comissões permanentes em funcionamento, sendo a Comissão temática para debater sobre assuntos de relacionado a saúde a Comissão de Assuntos Sociais (CAS), que, por sua vez, possui criada e instalada a Subcomissão Permanente de Acompanhamento das Políticas Públicas para as Pessoas com Doenças Raras (CASSPPDR).

Na Câmara dos Deputados, na atual legislatura, consta instalados as seguintes Frentes Parlamentares e Frentes Parlamentares Mistas:

- Frente Parlamentar de Prevenção de Doenças Pulmonares Graves;
- Frente Parlamentar dos Transplantes;
- Frente Parlamentar em Defesa das Cirurgias Eletivas;
- Frente Parlamentar Mista da Telessaúde;
- Frente Parlamentar de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Frente Parlamentar de Doenças Raras;
- Frente Parlamentar do Programa Nacional de Imunizações;
- Frente Parlamentar em Defesa da Saúde Preventiva;
- Frente Parlamentar em Defesa das 30 Horas da Enfermagem
- Frente Parlamentar da Saúde;
- Frente Parlamentar de Apoio as Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas;
- Frente Parlamentar em Defesa do Sistema Único de Assistência Social (SUAS);
- Frente Parlamentar em Defesa dos Agentes Comunitários de Saúde;
- Frente Parlamentar em Defesa dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias;
- Frente Parlamentar pela Formação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- Frente Parlamentar pela luta contra a Tuberculose;
- Frente Parlamentar Mista em Defesa dos Usuários do Sistema Único de Saúde;
- Frente Parlamentar Mista em Prol da Luta Contra o Câncer;

- Frente Parlamentar Mista em Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras;
- Frente Parlamentar Mista em Defesa da Enfermagem;
- Frente Parlamentar Mista dos Agentes Comunitários de Saúde e de Combate às Endemias;
- Frente Parlamentar Mista de Manutenção das Unidades de Saúde;
- Frente Parlamentar Mista de Enfrentamento às IST, HIV/AIDS e das Hepatites Virais;
- Frente Parlamentar da Alimentação e Saúde (FPAS);
- Frente Parlamentar Mista de Combate a Diabetes;
- Frente Parlamentar Mista da Saúde (FPMS);
- Frente Parlamentar Mista da Medicina;
- Frente Parlamentar Mista em Defesa dos Médicos Brasileiros Formados no Exterior e da Revalidação;
- Frente Parlamentar da Informatização na Saúde;
- Frente Parlamentar Mista para Ampliação dos Cursos de Medicina;
- Frente Parlamentar Mista em Defesa das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e da Felicidade - Frente Holística.

Dentre as quais, podem ser consideradas, de acordo com sua área temática e foco de atuação, como de maior relevância na área da saúde, com foco na atenção primária à saúde e do provimento médico:

- Frente Parlamentar da Saúde;
- Frente Parlamentar Mista da Saúde (FPMS);
- Frente Parlamentar de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Frente Parlamentar de Apoio as Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas;
- Frente Parlamentar Mista de Manutenção das Unidades de Saúde;
- Frente Parlamentar Mista em Defesa dos Usuários do Sistema Único de Saúde;
- Frente Parlamentar em Defesa da Saúde Preventiva;
- Frente Parlamentar Mista da Medicina;
- Frente Parlamentar Mista em Defesa dos Médicos Brasileiros Formados no Exterior e da Revalidação;
- Frente Parlamentar Mista para Ampliação dos Cursos de Medicina.

No Senado Federal, na atual legislatura, consta instalados apenas a Frente Parlamentar Observatório da Pandemia Covid-19 (FPOPC), na área da saúde. O Perfil parlamentar, será um documento, composto com as seguintes informações:

- Foto oficial ou atualizada do Parlamentar;

- Nome do Parlamentar;
- Partido Político;
- Histórico Político, em que conste os partidos políticos que já foi filiado e a ocupação de cargos de natureza política
- Histórico Profissional, contendo formação acadêmica, empregos na iniciativa privada e/ou pública, cursos e atividades complementares de interesse;
- Atuação Parlamentar, com a descrição de todos as principais Comissões, Frentes Parlamentares e outras atividades de relevância dentro do Poder Legislativo;
- Alinhamento Político em relação ao Governo Federal, se o partido ou o parlamentar é, publicamente, declarado da Base do Governo, da Oposição ou Neutro;
- Principais Projetos de Leis, de sua autoria, apresentados na Câmara dos Deputados, no Senado Federal, nas Assembleias Legislativas Estaduais ou Câmara Municipal de Vereadores;
- Principais Projetos de Leis, em que foi relator, na Câmara dos Deputados, no Senado Federal, nas Assembleias Legislativas Estaduais ou Câmara Municipal de Vereadores.

A criação do referido banco de dados auxiliará a ADAPS a alimentar também os objetivos estratégicos “Fortalecer a capacidade institucional da ADAPS com foco na modernização das sistêmicas e mecanismos gerenciais e de governança e Ampliar o alcance e a efetividade das ações de comunicação da Agência de forma estrutura.”.

3. Documento técnico contendo levantamento Bibliográfico sobre a temática de gestão financeira.

O objetivo do referido documento técnico foi o de mapear os conceitos e as práticas vigentes, com abordagens aceitas em todos os mercados, para implantação ou melhoria das práticas de gestão financeira, melhoria da performance, captação de recursos. Abordagens específicas dos conceitos financeiros: adequados de captação e de aplicação de recursos.

Melhoria da performance financeira, com utilização tempestiva de recursos, minimizando os efeitos da inflação. Utilização de instrumentos disponíveis no mercado financeiro e em bolsas de valores. Planejamento financeiro; objetivos, necessidades e prioridades;

Investimentos: tolerância ao risco; dívida pública, títulos públicos e Tesouro Direto; mercado de renda variável; metas financeiras; coleta de dados; desenvolvimento de plano financeiro. Formação de carteiras de ativos, análise de riscos e instrumentos de proteção. Arcabouço jurídico para gestão de ativos.

Indicador aferido:

Como é uma análise preliminar, não se aplica a nenhum indicador.

Fontes de verificação:

- Levantamento;
- Relatório.

ANÁLISE TÉCNICA:

Foi realizado levantamento bibliográfico preliminar com 15 textos que auxiliarão na sistematização de conceitos relacionados à temática. Foi demandada a revisão e ajuste no documento.

4. Documento técnico contendo levantamento Bibliográfico sobre a temática de gestão orçamentária.

De acordo com o referido documento técnico, o mercado de trabalho sente reflexos da globalização e da padronização de práticas de gestão. Para conquistar espaço nesse mercado, é necessário adquirir conhecimentos e habilidades específicas em cada área de conhecimentos e negócios. Tanto na iniciativa privada quanto no âmbito governamental, a gestão orçamentária mostra-se a cada dia essencial para atingimento dos objetivos.

A legislação brasileira prevê, para todas as instâncias do poder executivo a elaboração de orçamentos contemplando a definição das diretrizes orçamentárias e, com base nessas definições, a elaboração da lei orçamentária que vigorará no ano seguinte.

A correta elaboração da peça orçamentária que subsidia a lei orçamentária é uma ferramenta que permite melhor fluxo de caixa no exercício fiscal.

Nas empresas, seja qual for seu porte, o orçamento permite a gestão das metas e dos indicadores de desempenho, como lucratividade, correlação de gastos e receitas, detalhamento e classificação de cotas orçamentária e gestão do fluxo de caixa em sintonia com orçamento.

Orçar é prever para balizar a gestão.

Objetivo do referido documento foi realizar levantamento bibliográfico sobre a temática de gestão orçamentária.

Indicador aferido:

Como é uma análise preliminar, não se aplica a nenhum indicador.

Fontes de verificação:

- Levantamento;
- Relatório.

ANÁLISE TÉCNICA:

Foi realizado levantamento bibliográfico preliminar com 27 textos que auxiliarão na sistematização de conceitos relacionados à temática. Foi demandada a revisão e ajuste no documento.

5. Documento técnico contendo levantamento de legislação relacionada gestão de pessoas e adequação ao modelo de gestão da ADAPS.

De acordo com o documento técnico, o conceito de Recursos Humanos traduz as práticas e objetivos que visam administrar os comportamentos dentro de uma organização. Ou seja, é a área mediadora entre os interesses da empresa e funcionário, com uma boa e qualificada gestão, promovendo as necessidades do colaborador para que a empresa obtenha as maiores produtividades e resultados, o que, de acordo com Fidelis e Banov (2017, p. 21), o objetivo da área de Recursos Humanos é desenvolver a equipe de trabalho para sustentar as metas da organização e utilizar o indivíduo como peça importante no desenvolvimento produtivo da empresa.

Com as novas mudanças, foi-se o tempo onde o departamento de Recursos Humanos utilizava pessoas exclusivamente como ferramentas para o processo produtivo, deixando de lado o bem-estar, as motivações e boas condições de trabalho.

Além da parte burocrática trabalhista, o RH, com o passar do tempo, assumiu responsabilidades como recrutamento e seleção, cargos e salários, clima organizacional, treinamento e desenvolvimento e análise das medidas de desempenho, percebendo que a eficácia dos colaboradores vai além de salários e que as influências de fatores psicológicos são importantes para o desenvolvimento total do colaborador.

O conhecimento acerca da legislação vigente no nosso ordenamento jurídico, bem como os entendimentos exarados nos tribunais, é fundamental para o administrador de empresas e os gestores públicos, pois é por meio dele que se tem segurança jurídica e legalidade nas suas tomadas de decisões que norteiam a administração das empresas em geral, tanto privadas, quanto públicas.

Na administração são as leis que vão direcionar a empresa e as pessoas. O administrador deve ter uma visão ampla do direito para planejar, orientar os direitos e deveres dos seus empregados, fornecedores e clientes. Na pactuação, procedimento e execução dos negócios jurídicos e decisões administrativas o administrador/gestor deve além de contemplar de conhecimento técnico sobre como é o procedimento das contratações, em especial no âmbito público, pois principalmente no que diz

respeito a parte jurídica, para poder agir de acordo com as leis e princípios, para garantir o êxito de suas atividades profissionais.

Por certo, podemos deduzir que é essencial para o profissional gestor na execução de sua atividade compreender a relevância prática e teórica das normas jurídicas para alcançar resultados efetivos, e para a estrutura da sua empresa/administração.

Assim, observa-se que o Direito está em tudo, em todas as relações e negócios que vivenciamos, bem como o impacto e reflexos nas ações de monitoramento, fiscalização ou imposição de condutas, pelo Direito Constitucional, Direito Penal, Direito Econômico, Direito Internacional, Direito Civil, Direito do Trabalho e Direito Empresarial.

O objetivo geral do referido produto foi coletar, analisar e sistematizar legislação relacionada a gestão de pessoas e adequação ao modelo de gestão da ADAPS. Para isso, o documento ficou dividido nas seguintes partes:

- 1) Revisão geral da literatura sobre gestão de pessoas;
- 2) Levantamento do arcabouço legislativo relacionado à temática de gestão de pessoas e seus conceitos;
- 3) Os princípios de proteção;
- 4) Levantamento das jurisprudências – súmulas, orientações jurisprudenciais do TST;
- 5) Apresentação de leis que devem ser observadas;
- 6) Apresentação sobre o regime jurídico das contratações de pessoal dos serviços sociais autônomos;
- 7) Mapeamento das legislações relacionadas à ADAPS.

Indicador aferido:

Número de metodologias, sistemáticas, instrumentos e melhores práticas apresentadas.

Fontes de verificação:

- Estudos bibliográficos e de legislação aplicável a cada temática;
- Diagnósticos com abordagem, de forma sistematizada, dos resultados relativos aos insumos levantados: bibliografia, estudo técnico de pré-análise *benchmarking*.

ANÁLISE TÉCNICA:

O referido produto técnico possui robutez e insumos para auxiliar em várias atividades do Projeto de Cooperação, como por exemplo:

- Elaborar estudos acerca dos impactos da legislação e normativos internos vigentes sobre os processos de trabalho da Agência e no que se refere à atualização, criação, integração, padronização, desburocratização, otimização, racionalização e automatização, quando couber, de seus procedimentos,
- Propor diretrizes e manuais didáticos e inteligíveis para consolidação e preservação da imagem da Agência no ambiente interno e externo, contemplando as melhorias identificadas;
- Elaborar síntese de evidências para subsidiar a elaboração de metodologias próprias.

Ainda de acordo com a análise apresentada no referido documento técnico, atualmente, as modificações sofridas pelo RH na última década, nos mostra que as empresas estão colocando em pauta o recurso mais precioso que ela tem – o capital humano.

Diferente do que se pensava tempo atrás, a era da globalização fez com que as empresas buscassem as novas automatizações, inovações e a busca de novos talentos para irem de encontro com a competitividade acirrada do mercado.

Por isso, a relação que está sendo criada nos novos rumos de gestão de pessoas, reúne a visão ampla do negócio, utilizando como ferramentas estratégicas: gestores que entendam do negócio, de legislação e conversa entre os departamentos em sincronia com a missão, os valores e a cultura organizacional para a obtenção dos resultados desejados.

O modelo de gestão da ADAPS por si só é inovador e dada a capilaridade das ações e perfis de contratação no âmbito da Agência, os desafios de realizar a gestão de pessoas em um país de dimensões continentais se amplia. A informatização e criação de sistemas que encurtem distâncias auxiliará a diminuir gargalos e facilitar a gestão e a comunicação com os empregados.

Este produto buscou fazer uma sistematização das principais jurisprudências e legislações relacionadas à gestão de pessoas com vistas a auxiliar em atividades e/ou tomadas de decisões relacionadas à ADAPS.

6. Documento técnico contendo levantamento de legislação referente inovação e adequação ao modelo de gestão da ADAPS.

De acordo com o referido documento técnico, a Organização dos Estados Ibero-americanos (OEI) e a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) estabeleceram parceria cujo objetivo está consubstanciado na cooperação técnico-científico, cultural e o intercâmbio de conhecimentos, informações e expediências, de modo a desenvolver o Programa de Fortalecimento das Ações e Gestão e de Governança da ADAPS, como fator de desenvolvimento sustentável,

institucional e de recursos humanos, mediante a implementação de procedimentos e atividades que resultem em ganhos de eficiência e qualidade aos serviços da atenção primária à saúde.

A legislação vigente é baseada em direitos e obrigações. Seja no setor público ou privado, a utilização das normas jurídicas é de suma importância para a eficiência, bem como para servir como fonte de comunicação entre as instituições envolvidas, empregados, parceiros.

Nesta perspectiva, no âmbito da gestão de processos, as Instituições estão ligadas a diversas normas: lei geral de proteção de dados, leis trabalhistas, fiscais, municipais, federais e estaduais, que influenciam diretamente na gestão da empresa, para identificar quais pontos podem impactar positivamente e negativamente de seus negócios e manter empregos.

O atual cenário demonstra diversas alterações sociais e econômicas, fazendo com que o setor público e privado se adeque ao escopo normativo para atender a sua finalidade.

As atividades enfoques na inovação se revelam como fundamentais para a manutenção do desenvolvimento econômico no sistema capitalista, incluindo a transformação de padrões de vida e a criação de novas tecnologias. Inovações em produtos, serviços, processos, marketing, modelos de negócio, em gestão e em formatos organizacionais emergem como elemento decisivo de ação organizacional, juntamente com outros elementos como facilidade na obtenção de informações e desenvolvimento de conhecimento, capital abundante e barato, redução em barreiras comerciais, acesso maior a talento e mão-de-obra, crescente ativismo e conhecimento do consumidor, mudanças tecnológicas e concorrentes mais capazes.

A literatura em diversas áreas aponta a inovação como elemento-chave para a criação e sustentação de vantagens competitivas ou mesmo como elemento fundamental para a compreensão de muitos dos problemas básicos da sociedade (HAGE, 1999).

Os aspectos essenciais para a competitividade e o desenvolvimento enquadram-se como científico, tecnológico, econômico, capacidade de geração de inovações pelos países. Esses benefícios revertem-se para todas as organizações, as quais se configuram como fatores fundamentais para a manutenção de suas atividades e geração de vantagens competitivas sustentáveis.

Torna-se imperativo entender a dinâmica da inovação, bem como analisar os modelos de inovação que embasam a consecução dos objetivos organizacionais de acordo com o mercado e o ambiente em que estão inseridos.

Nessa dinâmica, novas tecnologias de produtos e processos estão sendo introduzidas nas empresas, o que tem possibilitado o desenvolvimento de inovações tecnológicas. Nohara, Campanario e Acevedo (2009) argumentam que o fator-chave da competitividade é um pré-requisito indispensável para o desenvolvimento econômico.

Que, inclusive, a palavra inovação possui diversos significados, mesmo que embora incorram no mesmo sentido, qual seja, da aplicação econômica da inovação. Freeman (1988) salienta que, etimologicamente, inovação deriva da palavra latina *innovazione*, cujo significado está na renovação, mas, atualmente, engloba um processo que inicia com as atividades de concepção, desenvolvimento e gestão de produtos novos (ou melhorados) e termina na sua utilização inicial.

Diversos estudos têm sido realizados com o objetivo de desvendar o fenômeno geral da inovação, averiguando, principalmente, o nível nas esferas organizacional local, regional e nacional. Contudo, a discussão acerca das teorias e metodologias utilizadas para estudar o fenômeno da inovação parece limitada aos aspectos particulares de uma ou outra abordagem.

O documento técnico teve como objetivo geral promover levantamento bibliográfico e de legislação aplicável à frente relacionada à inovação e como objetivo específico coletar, analisar e sistematizar o arcabouço normativo.

Para isso, foram realizadas as seguintes ações:

- 1) uma breve revisão da literatura sobre o conceito de inovação;
- 2) levantamento do percurso histórico até a inovação entrar na agenda política brasileira;
- 3) apresentação da inovação nas perspectivas teóricas funcionalistas;
- 4) apresentação da inovação nas perspectivas teóricas e interpretacionistas;
- 5) Importância jurídica da inovação;
- 6) Estudo sobre a lei de inovação;
- 7) Acordos e parcerias em atividades inovativas;
- 8) Marco legal das startups;
- 9) Definição de inovação em saúde;
- 10) Inovação no contexto do serviço social autônomo;
- 11) ADAPS e a inovação.
- 12) Conceito de inovação de processo;
- 13) Conceito de inovação de marketing.

Indicador aferido:

Número de metodologias, sistemáticas, instrumentos e melhores práticas apresentadas.

Fontes de verificação:

- Estudos bibliográficos e de legislação aplicável a cada temática;
- Diagnósticos com abordagem, de forma sistematizada, dos resultados relativos aos insumos levantados: bibliografia, estudo técnico de pré-análise *benchmarking*.

ANÁLISE TÉCNICA:

O referido produto técnico possui robutez e insumos para auxiliar em várias atividades do Projeto de Cooperação, como por exemplo:

- Elaborar estudos acerca dos impactos da legislação e normativos internos vigentes sobre os processos de trabalho da Agência e no que se refere à atualização, criação, integração, padronização, desburocratização, otimização, racionalização e automatização, quando couber, de seus procedimentos,
- Propor diretrizes e manuais didáticos e inteligíveis para consolidação e preservação da imagem da Agência no ambiente interno e externo, contemplando as melhorias identificadas;
- Elaborar síntese de evidências para subsidiar a elaboração de metodologias próprias.

O documento técnico buscou apresentar diferentes definições do termo inovação. Principalmente, a inovação pode ser percebida em termos das dimensões da estratégia, dos padrões, do processo e dos tipos de inovação.

Nota-se uma diversidade conceitual típica de temas relevantes e que ainda são capazes de gerar debate na academia.

A Lei de Inovação Tecnológica, ao buscar estabelecer um diálogo cada vez mais intenso entre as instituições produtoras de bens de conhecimento e as produtoras de bens e serviços, surge como mais um instrumento para facilitar a criação de uma cultura de inovação no País.

No que se refere à ADAPS ela se mostra uma importante ferramenta para auxiliar nos processos de trabalho da Instituição.

Com relação ao percentual de execução do objetivo “Implementar políticas de gestão e de governança prioritárias para o desenvolvimento sustentável da Agência.”, considerando que são cinco atividades pré-definidas e apenas uma foi realizada, pode-se considerar que se chegou a 18% de execução.

2. LINHAS PRIORITÁRIAS DAS AÇÕES NA ÁREA DE ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO, ESTUDO, TRATAMENTO, SISTEMATIZAÇÃO, DIVULGAÇÃO E DISSEMINAÇÃO ORIENTADA DAS INFORMAÇÕES E RESULTADOS DAS AÇÕES DA AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Os objetivos gerais da segunda linha prioritária são:

- Promover ações de prospecção e captação de parcerias, nacionais e internacionais, para o alcance dos objetivos institucionais da Agência, composto pelo seguinte resultado:

- Ampliar a capacidade da ADAPS, com foco no desenvolvimento institucional, composto pelos seguintes resultados:

Essa Linha Prioritária é composta por dois Objetivos Específicos, seis Resultados e 34 Atividades.

Objetivos Específicos	Valor Aprovisionado referente à 1ª parcela de repasse	Valor Executado	% de Execução do recurso	% de execução da meta
1. Promover ações de prospecção e captação de parcerias, nacionais e internacionais, para o alcance dos objetivos institucionais da Agência;	52.000,00	13.000,00	25,00%	10,00%
2. Ampliar a capacidade da ADAPS, com foco no desenvolvimento institucional	84.000,00	14.000,00	16,66%	3,00%

- Média de execução: 6,5%

Resultado 5.1. Plano de prospecção e captação de parcerias entre a ADAPS e instituições nacionais e internacionais, formulado e implementada.

5.1.1. Realizar estudos de melhores práticas e definir diretrizes básicas para a prospecção e captação de parcerias estratégicas aos objetivos da ADAPS.

Produtos Entregues:

01. Documento técnico contendo levantamento bibliográfico referente a iniciativas sociais e culturais em saúde, realizadas a nível interinstitucional e, também, pelo setor público no Brasil.

De acordo com o disposto no documento técnico o levantamento teve início a partir da identificação de palavras-chave que serviram como fio condutor inicial das buscas. As primeiras palavras selecionadas foram, evidentemente “cultura e saúde”.

No entanto, logo nas primeiras buscas, identificou-se que a palavra “cultura” no âmbito da produção acadêmica da área de saúde, muitas vezes se refere a procedimentos de pesquisa em saúde, como por exemplo “cultura de células”.

Diante desta percepção, foi importante elencar quais significados da palavra cultura teriam relevância para a presente busca e para os desdobramentos desta consultoria.

A partir de uma pesquisa mais ampla, podemos afirmar que a palavra "cultura" pode ter vários significados, dependendo do contexto em que é usada. Alguns dos significados mais comuns incluem:

- 1) Conjunto de conhecimentos, arte, ciência, moral, leis, costumes e outros hábitos e capacidades adquiridos pelo homem como membro de sociedade.
- 2) Refere-se ao desenvolvimento intelectual e estético de uma pessoa ou sociedade.

- 3) Refere-se ao modo de vida, às tradições e ao patrimônio artístico e histórico de um grupo de pessoas.
- 4) Refere-se às práticas, crenças e instituições de uma comunidade ou sociedade específica.
- 5) Refere-se ao cultivo de plantas ou animais.
- 6) Refere-se a um setor econômico que inclui a indústria do entretenimento e do turismo
- 7) Refere-se ao cultivo de células como um processo utilizado na pesquisa médica para criar linhagens de células vivas fora do organismo.
8. Refere-se ao conjunto de valores, crenças, normas e comportamentos compartilhados pelos funcionários de uma empresa (cultura organizacional).

Diante desta pluralidade de sentidos, e tendo em vista o contexto da consultoria, foi realizado um filtro nos significados possíveis da palavra, reduzindo o espectro de busca para englobar apenas os tópicos de 1 a 4.

Feita esta primeira delimitação, percebemos que também a palavra saúde possuía um conjunto bastante amplo de significados e subcategorias, dependendo do contexto em que é utilizada.

Alguns dos significados mais comuns incluem:

- 1) Estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades.
- 2) Condição de equilíbrio e harmonia entre o indivíduo e seu ambiente, permitindo o desempenho de suas funções normais.
- 3) Capacidade de resistir e se recuperar de doenças e agressões externas.
- 4) Estado de completo bem-estar físico, mental e social, com capacidade de adaptação e mudança
- 5) Um processo contínuo que envolve a prevenção, promoção, tratamento e recuperação de doenças e lesões.
- 6) Um direito fundamental, garantido pela Constituição e assegurado pelo Estado.
- 7) Um conjunto de serviços e políticas públicas destinadas a garantir o acesso à saúde da população. E como subcategorias, nos deparamos com um conjunto amplo composto por exemplo de:
 - i. Saúde mental;
 - ii. Saúde do trabalhador;
 - iii. Saúde da mulher;
 - iv. Saúde infantil;
 - v. Saúde geriátrica;
 - vi. Saúde ocupacional;

- vii. Saúde pública;
- viii. Saúde sexual e reprodutiva;
- ix. Saúde rural e urbana;
- x. Saúde alimentar;
- xi. Saúde indígena.

O presente levantamento bibliográfico buscou identificar e revisar a literatura existente sobre iniciativas sociais e culturais em saúde realizadas a nível interinstitucional e pelo setor público no Brasil. As fontes de informação consultadas constaram de:

- Artigos científicos publicados em periódicos especializados: Foi realizada uma busca em bases de dados como a SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), a PubMed e a Bireme;
- Relatórios de organizações governamentais ou não governamentais: Órgãos como o Ministério da Saúde e a *World Health Organization* (WHO);
- Monografias e dissertações: O banco de dados da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e de diversas universidades Nacionais forneceram trabalhos relevantes nesta área;
- Livros: Uma busca em bibliotecas virtuais forneceu informações sobre iniciativas sociais e culturais em saúde no Brasil.

Além dessas fontes, também foram consultados sites de organizações governamentais e não governamentais, bem como anais de eventos e conferências sobre o tema para obter mais informações. Foi importante avaliar a qualidade e a relevância das fontes consultadas para garantir a confiabilidade das informações obtidas.

Tendo em vista que a presente consultoria dará origem a artigos que possam embasar a atuação da ADAPS por meio da identificação dos mecanismos que fazem com que as ações sociais e culturais contribuam efetivamente para o alcance dos objetivos da ADAPS, quais sejam: contribuir para o fortalecimento da atenção primária à saúde da população brasileira, priorizando os locais de difícil provimento e de alta vulnerabilidade e; tendo em vista a diretriz de análise de ações em nível interinstitucional e também no setor público, a seleção inicial da bibliografia (haja visto que este é um processo que continua ao longo do desenvolvimento da pesquisa), buscou trazer um equilíbrio de referências que contemplassem desde os principais relatórios públicos no tema, nacional e internacionais; passando por trabalhos acadêmicos de natureza teórica ou puramente conceituais que apresentam uma revisão crítica e análise de conceitos e teorias relacionadas à relação entre cultura e

saúde, até estudos de casos concretos de ações culturais e sociais realizadas em alguns municípios e estados brasileiros, além de algumas experiências da sociedade civil.

Foram selecionados, à princípio, 47 textos, sendo 12 artigos, 13 livros ou capítulos de livros, 16 documentos governamentais e de organismos internacionais, cinco trabalhos acadêmicos e uma resenha.

ANÁLISE TÉCNICA:

Por meio deste levantamento bibliográfico foi possível observar que há uma variedade de estudos e experiências práticas que abordam o tema da cultura e saúde, incluindo estudos de caso, estudos teóricos e experiências práticas interinstitucionais. Esses estudos e experiências trazem importantes informações sobre como a cultura pode ser utilizada de forma positiva para promover a saúde e bem-estar das pessoas.

No que concerne ao percentual de execução do objetivo “Promover ações de prospecção e captação de parcerias, nacionais e internacionais, para o alcance dos objetivos institucionais da Agência.”, considerando que são quatro atividades pré-definidas e apenas uma foi realizada, pode-se considerar que se chegou a 10% de execução.

Resultado 6.2. Rede Nacional de Cooperação e Intercâmbio implementada, entre a ADAPS e instituições públicas e privadas.

6.2.3. Estabelecer estratégias e mecanismos para criação e implementação de uma rede nacional de cooperação e intercâmbio, entre a ADAPS e instituições públicas e privadas, em temáticas prioritárias aos objetivos da Agência.

Produtos Entregues:

01. Documento Técnico contendo levantamento bibliográfico referente à execução das políticas públicas de atenção primária à saúde, tendo como foco o provimento médico na Austrália.

O documento técnico apresenta uma revisão da literatura associada ao tema e objetivos do trabalho por meio de consulta a bibliotecas digitais, como o MEDLINE e o Google Scholar; além de publicações governamentais oficiais e de instituições que cooperam com o sistema de saúde australiano.

Palavras-chave: *general practitioners; postgraduate medical training; rural workforce; medical faculty; advanced skills; scope of practice; vocational education; primary health care; rural population; family physicians; clinical decision making, clinical decision support, guidelines, medical education; general practice; in-practice experience; primary health care.*

O corpo da revisão conta com o seguinte sumário:

- Introdução sobre o sistema de Saúde na Austrália – *Medicare*;
- Situação de Saúde na Austrália com relação ao grau de afastamento geográfico das grandes cidades;
- Dados de serviços médicos ofertados na APS da Austrália;
- *Medicare* e faturamento médico;
- Incentivos para Faturamento em Massa;
- Classificações geográficas para destino da força de trabalho médico;
- Introdução às políticas de provimento e formação médica;
- Políticas de apoio ao trabalho médico;
- Dados e opiniões do RACGP sobre o fomento médico na Austrália;
- A importância de aprimoramento da governança para aumento da eficácia da força de trabalho em saúde: o caso de médicos formados no exterior;
- Planejamento para a autossuficiência da força de trabalho australiano;
- Estratégia de Saúde Digital: integração e comunicação oportuna entre generalistas e especialistas;
- Aprimorando a força de trabalho médica a partir de diretrizes clínicas;
- A importância das faculdades rurais.

Indicador aferido:

Número de organizações de referência aderentes à Rede.

Fontes de verificação

- Estudos e Pesquisas;
- Documento técnico.

ANÁLISE TÉCNICA:

Conforme disposto no documento técnico, a Austrália apresenta desafios em saúde semelhantes aos brasileiros, como por exemplo, grandes dimensões territoriais, com a maior parte da população concentrando-se nas proximidades do litoral; e com diversas comunidades pequenas espalhadas pelo interior do continente.

Apresenta-se também como o pioneiro nas políticas públicas de fomento a força de trabalho médico nas regiões de maior distanciamento dos centros urbanos, com vários anos de experiência e diversos programas já desenvolvidos.

Um ponto forte desta revisão é a sua amplitude, incluindo tanto estudos de autores que avaliam as políticas implementadas quanto as informações e dados oficiais originários do próprio governo federal australiano.

Tendo-se a clareza que a busca da autossuficiência da força de trabalho médica, principalmente a rural e remota na Austrália, possui grande histórico e ainda tem explorado diversos fatores associados aos resultados obtidos até o momento, optou-se por construir um contexto geral e aprofundar nas experiências e estratégias mais impulsionadas pelo governo nos últimos anos.

É importante salientar que as informações elencadas não possuem o objetivo de entregar propostas de intervenções clínicas e comportamentais para o sistema único de saúde brasileiro, pois cada uma necessita de avaliação pormenorizada, levando em consideração o contexto sociopolítico mais amplo.

No que concerne ao percentual de execução do objetivo “Ampliar a capacidade da ADAPS, com foco no desenvolvimento institucional.”, considerando que são trinta atividades pré-definidas e apenas uma foi realizada, pode-se considerar que se chegou a 3% de execução

CONCLUSÃO

Em decorrência das metas publicadas no contrato de gestão, a ADAPS precisa ter resultados expressivos em um curto espaço de tempo. O Projeto em parceria com a OEI foi assinado em 17 de outubro de 2023, sendo que até o presente momento, nos primeiros 60 dias de execução do projeto, conseguiu-se aferir 12,6% de execução global das metas e 27,06% de execução orçamentária.

Para garantir o sucesso do Projeto, é fundamental realizar o monitoramento de todas as ações. O monitoramento de projetos é uma ferramenta de gestão que visa acompanhar o ciclo de vida do gerenciamento de projetos, para garantir que suas atividades estejam ocorrendo dentro do que foi planejado.

Por meio do monitoramento, é possível controlar o avanço dos projetos em execução, de acordo com a ideia básica de comparar seu desempenho efetivo com seu planejamento e medir os resultados reais em função dos previstos. Tem como objetivo identificar desvios na execução das ações, entre o programado e o executado, diagnosticando suas causas e propondo ajustes operacionais, com vistas à adequação entre o plano e a sua implementação. Trata-se, portanto, de um fluxo contínuo que retroalimenta o ciclo de ajustes do processo.

Uma vez estabelecido, o monitoramento poupa tempo e trabalho a quem gerencia o projeto, além de facilitar o controle e a preparação dos relatórios correspondentes. Não aumenta a complexidade do Projeto e permite torná-lo objeto de uma gestão mais sistemática e manejável.

A utilidade do monitoramento pode ser justificada sob vários aspectos: (i) proporciona informações importantes para relatórios de progresso; (ii) proporciona uma base para tomada de decisões sobre as modificações necessárias ao Projeto, quando, porventura, seja preciso reajustar a utilização de recursos, alterar a escala de prioridades e/ou introduzir novas atividades— tudo isso confere maior flexibilidade e agilidade à gestão do projeto; e (iii) ajuda na demonstração de resultados, o que permite compreender e explicar a todos o que ocorre no Projeto e porque foram ou não alcançados os resultados esperados, facilitando e embasando os argumentos em favor de (ou contra) eventuais mudanças.

Por isso, reforçamos a necessidade do constante monitoramento do Projeto OEI/ADAPS.

Brasília-DF, janeiro de 2023.



JANE [REDACTED] DIEHL
Consultora Especialista

DOCUMENTO TÉCNICO Nº 3**RELATÓRIO DE GESTÃO DOS PRIMEIROS 90 DIAS DO PROJETO COM
DETALHAMENTO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO PERÍODO, O
HISTÓRICO, PRÓXIMAS ETAPAS E PONTOS DE ATENÇÃO PARA
CIÊNCIA DA DIREÇÃO E COORDENAÇÃO DA ADAPS**

Consultora: Jane [REDACTED] Diehl

Consultora Especialista na Gestão do Programa de “Fortalecimento das Ações e Gestão e de Governança da Agência para o Desenvolvimento da Atenção primária à Saúde, como fator de desenvolvimento sustentável.”

Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – ADAPS

Brasília-DF, fevereiro de 2023.

SUMÁRIO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO	3
1.1. Objetivo Geral	3
1.2. Objetivo Específico	3
2. RELATÓRIO	4
2.1. Acompanhamento e Monitoramento dos Resultados/Atividades	5
2.2. Análise dos Produtos Entregues	7
3. CONCLUSÃO	44

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

1.1. Objetivo Geral

A presente consultoria parte, dentre outras, realizar a gestão do projeto Fortalecimento das Ações e Gestão e de Governança da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), como fator de desenvolvimento sustentável.

Nesse contexto, o Projeto de Fortalecimento das Ações de Gestão e de Governança ADAPS, como Fator de Desenvolvimento Sustentável pretende tratar de solução abrangente e especializada, propulsora de profundas transformações, inclusive na criação de mecanismos eficientes de planejamento, monitoramento e avaliação de suas ações.

O Projeto tem por objeto estabelecer cooperação técnico-científico, cultural e o intercâmbio de conhecimentos, informações e experiências para desenvolver o Programa de Fortalecimento das Ações e Gestão e de Governança da ADAPS, como fator de desenvolvimento sustentável, visando o desenvolvimento institucional da Agência e de seus recursos humanos, mediante a implementação de ações e atividades que resultem em ganhos de eficiência e qualidade aos serviços da atenção primária à saúde. Para o atingimento dos objetivos estabelecidos no Projeto, faz-se necessária a contratação de um especialista em gestão de projetos para coordenar a execução do projeto como um todo.

1.2. Objetivo Específico

No âmbito das atribuições da consultoria especializada, consta do Termo de Referência nº 8.245, que o produto a ser entregue refere-se a Relatório de gestão dos primeiros 90 dias do projeto com detalhamento das atividades desenvolvidas no período, o histórico, próximas etapas e pontos de atenção para ciência da Direção e Coordenação da ADAPS.

2. RELATÓRIO

O Projeto segue em andamento. As entrevistas do processo seletivo do Edital nº 220/2022, [TR nº 8409](#), continuam suspensas. O Edital contempla um perfil, no valor total de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais).

Em 2023, foram divulgados dois novos Editais abaixo para o Projeto, cujas inscrições foram encerradas em 05/02/2023:

Nº Edital	Descrição do TR	Nº TR	Link sítio OEI	Quant. Perfis	Valor do TR – R\$
008/2023	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8498	Clique aqui	1	72.000,00
009/2023	Contratação de consultor na Modalidade PRODUTO PROJETO ADAPS - OEI	8499	Clique aqui	2	96.000,00

O Edital nº 008/2023 teve 11 inscritos para um perfil, sendo que oito candidatos não atenderam aos requisitos exigidos, um apresentou o currículo em branco e dois foram considerados aptos para a entrevista. A conclusão do processo seletivo está a cargo da OEI.

Já o Edital nº 009/2023 apresentou 15 inscritos para os dois perfis exigidos, sendo que quatro candidatos não atenderam aos requisitos do Edital, um apresentou o currículo em branco e 10 foram considerados aptos para a seleção. Dentre esses 10 candidatos, os seis melhores pontuados participaram das entrevistas, sendo escolhidos dois candidatos para as duas vagas (um para cada perfil). Os trâmites finais estão a cargo da OEI.

Apresentamos quadro-resumo com os resultados dos processos seletivos realizados em fevereiro de 2023:

Nº Edital	Nº TR	Quant. Perfis	Inscritos	Atenderam aos requisitos	Não atenderam aos requisitos (1)	Selecionados p/ entrevista (2)	Aprovados
008/2023	8498	1	11	2	9	2	1
009/2023	8499	2	15	10	5	6	2

(1) Os candidatos não atenderam aos requisitos do Edital ou apresentaram currículo em branco ou não anexaram o seu currículo.

(2) Participam da entrevista somente os candidatos melhores pontuados.

Todo o processo seletivo foi realizado pela OEI, como adotado nos demais Editais do Projeto. Os consultores selecionados ainda não foram contratados.

2.1. Acompanhamento e Monitoramento dos Resultados/Atividades:

O Projeto OEI-ADAPS foi cadastrado no SIGOEI, que é o sistema de monitoramento da OEI, prevendo as seguintes despesas e valores:

Elementos de Despesa	Gastos Atuais em R\$ 1,00 por Elemento de Despesa			
	Totais	2022	2023	2024
Pessoa Física	R\$ 6.490.000,00	R\$ 2.000.000,00	R\$ 3.490.000,00	R\$ 1.000.000,00
Subcontrato	R\$ 4.390.000,00	R\$ 1.000.000,00	R\$ 2.390.000,00	R\$ 1.000.000,00
Diárias e Passagens	R\$ 500.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 300.000,00	R\$ 100.000,00
Diversos	R\$ 50.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 10.000,00
Subtotal	R\$ 11.430.000,00	R\$ 3.110.000,00	R\$ 6.210.000,00	R\$ 2.110.000,00
Custo de Administração	R\$ 571.500,00	R\$ 155.500,00	R\$ 310.500,00	R\$ 105.500,00
Totais	R\$ 12.000.000,00	R\$ 3.265.500,00	R\$ 6.520.000,00	R\$ 2.215.500,00

Até a data da conclusão do relatório de 60 dias desta Consultoria, foi apurado que o Projeto apresentava execução de 27,06% (R\$ 282.000,00) do valor total provisionado (R\$ 1.042.000,00).

Ao final de janeiro e durante o mês de fevereiro, cinco consultores do Projeto apresentaram seus segundos produtos, que serão analisados no decorrer deste relatório, cujos pagamentos foram executados. Assim, atualizamos o quadro com o acompanhamento orçamentário do Projeto:

Resultado	Valor Disponível a ser Executado	Valor Aprovisionado	Valor Executado	Saldo a ser Executado	Saldo do Valor Aprovisionado
1.1. Processos gerenciais e de Governança estruturados, modernizados e aprimorados que resultem em ganhos de eficiência institucional para ADAPS.					
	540.000,00	336.000,00	74.000,00	262.000,00	204.000,00
2.1. Plano de Comunicação interna e externa formulado e implementado.					
	540.000,00	160.000,00	48.000,00	112.000,00	380.000,00
3.1. Plano de Gestão de Riscos consolidado e implementado.					
	540.000,00	96.000,00	48.000,00	48.000,00	444.000,00
3.2. Escritório de Projetos e Processos na ADAPS implantado e equipe capacitada.					
	540.000,00	0,00	0,00	0,00	540.000,00
4.1. Políticas implementadas: a) de Gestão de Pessoas; b) de Gestão por Resultados; c) de Inovação; d) de Gestão com Foco na Lei Geral de Proteção aos Dados Pessoais; e) de Comunicação; f) de Gestão Orçamentária, Financeira e Contábil; g) de Preservação de Documentos Digitais; e h) de Gestão do Conhecimento.					
	540.000,00	314.000,00	142.000,00	172.000,00	226.000,00
5.1. Plano de prospecção e captação de parcerias entre a ADAPS e instituições nacionais e internacionais, formulado e implementado.					
	540.000,00	52.000,00	13.000,00	39.000,00	488.000,00

Resultado	Valor Disponível a ser Executado	Valor Aprovisionado	Valor Executado	Saldo a ser Executado	Saldo do Valor Aprovisionado
6.1. Constituição de acervo editorial próprio da ADAPS.					
	540.000,00	0,00	0,00	0,00	540.000,00
6.2. Rede Nacional de Cooperação e intercâmbio implementada entre a ADAPS e instituições públicas e privadas.					
	540.000,00	84.000,00	14.000,00	70.000,00	456.000,00
6.3. Programa sistemático e continuado de Desenvolvimento de Pessoas implementado.					
	540.000,00	0,00	0,00	0,00	540.000,00
6.4. Projeto de Gestão de Clima Organizacional implementado.					
	540.000,00	0,00	0,00	0,00	540.000,00
6.5. Modelo de monitoramento integrado implementado.					
	540.000,00	0,00	0,00	0,00	540.000,00
6.6. Qualificação de Metodologias sistemáticas e ferramentas de análise e processamento de banco de dados formuladas, validades e incorporadas às rotinas da ADAPS.					
	540.000,00	0,00	0,00	0,00	540.000,00
Totais		1.042.000,00	339.000,00		

Fonte: SIGOEI

Legendas: Saldo a ser Executado = Valor Aprovisionado – Valor Executado

Saldo do Valor Aprovisionado = Valor Disponível a ser Executado – Valor Aprovisionado

Obs.: Foi excluído do Valor Aprovisionado o valor de R\$ 50.000,00 referente ao Edital nº 220/2022, TR nº 8409, cujas entrevistas continuam suspensas.

Até o dia 23 de fevereiro de 2023, do total provisionado (R\$ 1.042.000,00), foi executado cerca de 32,53% do valor (R\$ 339.000,00). No quadro anterior, está detalhado o valor executado em cada Resultado, que são:

1.1. Processos gerenciais e de Governança estruturados, modernizados e aprimorados que resultem em ganhos de eficiência institucional para ADAPS – R\$ 74.000,00

2.1. Plano de Comunicação interna e externa formulado e implementado – R\$ 48.000,00

3.1. Plano de Gestão de Riscos consolidado e implementado – R\$ 48.000,00

4.1. Políticas implementadas: a) de Gestão de Pessoas; b) de Gestão por Resultados; c) de Inovação; d) de Gestão com Foco na Lei Geral de Proteção aos Dados Pessoais; e) de Comunicação; f) de Gestão Orçamentária, Financeira e Contábil; g) de Preservação de Documentos Digitais; e h) de Gestão do Conhecimento – R\$ 142.000,00

5.1. Plano de prospecção e captação de parcerias entre a ADAPS e instituições nacionais e internacionais, formulado e implementado – R\$ 13.000,00

6.2. Rede Nacional de Cooperação e intercâmbio implementada entre a ADAPS e instituições públicas e privadas – R\$ 14.000,00

O próximo repasse do projeto está previsto para maio de 2023, no valor de R\$ 4.000.000,00.

2.2. Análise dos Produtos Entregues:

LINHA PRIORITÁRIA 1:

AÇÕES NA ÁREA DE PLANEJAMENTO, GESTÃO AVALIAÇÃO E TRANSPARÊNCIA NO FORTALECIMENTO DA AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No que se refere à Linha Prioritária 1, que é focada em ações na área de planejamento, gestão, avaliação e transparência no fortalecimento da ADAPS, os Objetivos Gerais são:

- Fortalecer a capacidade institucional da ADAPS com foco na modernização das sistemáticas e mecanismos gerenciais e de Governança.;
- Ampliar o alcance e a efetividade das ações de comunicação da Agência de forma estruturada;
- Fomentar ações de desenvolvimento voltadas à Gestão Estratégica da ADAPS;
- Implementar políticas de gestão e de governança prioritárias para o desenvolvimento sustentável da Agência.

Essa Linha Prioritária é composta por quatro Objetivos Específicos, cinco Resultados e 28 Atividades. Segue quadro atualizado com a execução orçamentária da Linha Prioritária 1, considerando as novas entregas para os Objetivos Específicos 1, 2 e 4.

Objetivos Específicos	Valor Aprovisionado referente à 1ª parcela de repasse	Valor Executado	% de Execução do recurso	% de execução da meta
1. Fortalecer a capacidade institucional da ADAPS com foco na modernização das sistemáticas e mecanismos gerenciais e de Governança.	336.000,00	74.000,00	22,02%	18%
2. Ampliar o alcance e a efetividade das ações de comunicação da Agência de forma estruturada.	160.000,00	48.000,00	30,00%	20%
3. Fomentar ações de desenvolvimento voltadas à Gestão Estratégica da ADAPS.	96.000,00	48.000,00	50,00%	16,7%
4. Implementar políticas de gestão e de governança prioritárias para o desenvolvimento sustentável da Agência.	314.000,00	142.000,00	45,22%	18%

- Média de execução da meta: 18,17%.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1. FORTALECER A CAPACIDADE INSTITUCIONAL DA ADAPS COM FOCO NA MODERNIZAÇÃO DAS SISTEMÁTICAS E MECANISMOS GERENCIAIS E DE GOVERNANÇA.

RESULTADO 1.1. Processos gerenciais e de governança estruturados, modernizados e aprimorados que resultem em ganhos de eficiência institucional para a ADAPS.

ATIVIDADE 1.1.2. Elaborar estudos acerca dos impactos da legislação e normativos internos vigentes sobre os processos de trabalho da Agência e no que se refere à atualização, criação, integração, padronização, desburocratização, otimização, racionalização e automatização, quando couber de seus procedimentos.

- **Produto 2 entregue:**

Documento com o levantamento do arcabouço legal de Força de trabalho na saúde indígena, decisões de instâncias de controle interno e externo e de decisões judiciais que versam sobre justiça do trabalho.

Resumo:

A saúde indígena é atualmente conduzida pela Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), pasta vinculada ao Ministério da Saúde (MS), desde 2010. Atualmente, a Secretaria atende cerca de 762.000 indígenas aldeados em todo o território nacional, realizando atividades de Atenção Primária à Saúde, conforme diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI).

Neste contexto, a Secretaria é responsável pela gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) e sua atuação se dá a partir do trabalho desenvolvido por mais de profissionais, incluindo-se Servidores Públicos, terceirizados, médicos de programas sob gestão do Ministério da Saúde (MS) e colaboradores contratados por intermédio dos convênios com o Ministério para atuação tanto na sede da Secretaria quanto nos 34 (trinta e quatro) Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

O trabalho detalha as competências da Secretaria de Saúde Indígena definidas no Art. 46 do Decreto nº 11.358, de 01 de janeiro de 2023.

2.2. Componentes da Força de Trabalho na Saúde Indígena e arcabouço legal

A maioria dos 22.000 profissionais atuantes no Subsistema de Atenção à Saúde

Indígena (SasiSUS) são provenientes dos convênios firmados entre o Ministério da Saúde (MS) e as entidades beneficentes, destes aproximadamente 50% destes são profissionais indígenas.

Os 34 (trinta e quatro) Distritos Sanitários Especiais Indígenas contam com diversas categorias profissionais para as áreas de saúde e determinantes ambientais, tanto de nível superior quanto de nível médio. A figura 1 apresenta exemplo da etapa 1 de um plano de trabalho distrital, incluindo-se cargos e valores salariais recebidos atualmente pelos colaboradores contratados pelas entidades conveniadas. No caso, o exemplo escolhido foi o DSEI Yanomami.

Figura 1- Exemplo de Etapa 1 Plano de Trabalho Distrital

FUNÇÃO (z)	QUANTITATIVO	BASE SALARIAL			
		REMUNERAÇÃO	INSAUB	REMUNERAÇÃO BRUTA MENSAL + INSAUB	ADIC. NOTURNO (12% DA QUINTIDADE TOTAL CONTRATADA)
MÉDICO PARCIAL	1	16.543,75	220,40	16.764,18	
ENFERMEIRO	8	7.808,66	220,40	8.029,06	15.688,49
ENFERMEIRO II	2	7.808,66	220,40	8.029,06	365,38
CIRURGIÃO DENTISTA	14	7.808,66	220,40	8.029,06	
ASSISTENTE SOCIAL	5	6.617,51	220,40	6.837,91	
NUTRICIONISTA	5	6.617,51	220,40	6.837,91	
FARMACÊUTICO / BIOQUÍMICO	4	6.617,51	220,40	6.837,91	
BIOLOGO	0	6.617,51	220,40	6.837,91	
ANTROPÓLOGO	0	6.617,51	220,40	6.837,91	
PEDAGOGO / EDUC. EM SAÚDE	0	6.617,51	220,40	6.837,91	
PSICOLOGO	3	6.617,51	220,40	6.837,91	
FISIOTERAPEUTA / TERAPEUTA OCUPACIONAL	1	6.617,51	220,40	6.837,91	
ENGENHEIRO CIVIL / ENGENHEIRO SANITARISTA	2	10.058,62	220,40	10.279,02	
GEOLOGO	1	10.058,62	220,40	10.279,02	
APOIADOR TÉCNICO EM SANEAMENTO	1	10.058,62	220,40	10.279,02	
APOIADOR TÉCNICO EM ATENÇÃO À SAÚDE	1	8.271,85	220,40	8.492,29	
GESTOR DE SANEAMENTO	1	6.617,51	220,40	6.837,91	
SUB-TOTAL	122				15.963,89
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	296	2.580,81	220,40	2.801,23	19.899,94
TÉCNICO DE ENFERMAGEM II	4	2.580,81	220,40	2.801,23	268,92
AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	14	1.588,20	220,40	1.808,60	
TÉCNICO DE LABORATÓRIO / MICROSCOPISTA	8	2.580,81	220,40	2.801,23	
AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS	60	2.580,81	220,40	2.801,23	
TÉCNICO SANEAMENTO / TÉC. EDIFICAÇÕES / TÉC. QUÍMICA / TÉC. ELETROTÉCNICO	8	2.580,81	174,25	3.355,08	
SUB-TOTAL	390				10.168,86
AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE - AIE	256	1.212,20	220,40	1.432,60	
AGENTE INDÍGENA DE SANEAMENTO - AISA	38	1.212,20	220,40	1.432,60	
SUB-TOTAL	294				
TOTAL GERAL	806				

Fonte: Plano de Trabalho DSEI/Yanomami 2022.

Atualmente, a Secretaria de Saúde Indígena possui convênio firmado com 8 (oito) entidades beneficentes de assistência social na área da saúde, sob gestão do Fundo Nacional de Saúde (FNS), e cuja seleção foi feita por intermédio do edital de Chamamento Público nº 11/2018.

O objeto destes convênios visa à execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas. O edital de chamamento é o instrumento legal que orienta os formatos de contratação dos colaboradores envolvidos na execução dos convênios e traz algumas observações quanto à seleção desses profissionais, conforme exposto no item 7.2.

Em 2013, a Secretaria de Saúde Indígena contava com aproximadamente 2.454 (dois mil, quatrocentos e cinquenta e quatro) Servidores Públicos Federais, conforme exposto na tabela 1:

Tabela 1 - Servidores Públicos Federais na Saúde Indígena em 2013

Tipologia dos Cargos	Lotação	
	Autorizada	Efetiva
1. Servidores em Cargos Efetivos (1.1 + 1.2)		1880
1.1. Membros de poder e agentes	-	-
1.2. Servidores de Carreira	0	1880
1.2.1. Servidores de carreira vinculada ao	-	1880
1.2.2. Servidores de carreira em exercício	-	-
1.2.3. Servidores de carreira em exercício	-	-
1.2.4. Servidores requisitados de outros	-	-
2. Servidores com Contratos	-	574
3. Servidores sem Vínculo com a	-	-
4. Total de Servidores (1+2+3)	0	2454

Em 2017, conforme tabela 2, a Secretaria passou a contar com 2021(dois mil e vinte e um) Servidores Públicos Federais.

Tabela 2 - Servidores Públicos Federais na Saúde Indígena em 2017

Tipologia dos Cargos	Lotação	
	Autorizada	Efetiva
1. Servidores em Cargos Efetivos (1.1)	0	1789
1.2. Servidores de Carreira (1.2.1+1.2.2+1.2.3+1.2.4)	0	1789
1.2.1. Servidores de carreira vinculada ao órgão	-	1773
1.2.2. Servidores de carreira em exercício descentralizado	-	2

1.2.3. Servidores de carreira em exercício provisório	-	-
1.2.4. Servidores requisitados de outros órgãos e esferas	-	14
2. Servidores com Contratos Temporários	-	204
3. Servidores sem Vínculo com a Administração Pública	-	28
4. Total de Servidores (1+2+3)	0	2021

Atualmente, a Secretaria de Saúde Indígena, conta com aproximadamente com 944 (novecentos e quarenta e quatro) Servidores Públicos Federais, conforme tabela 3.

Tabela 3 - Servidores Públicos Federais na Saúde Indígena em 2023

Tipologia dos Cargos	Lotação	
	Autorizada	Efetiva
1. Servidores em Cargos Efetivos (1.1)	-	871
1.2. Servidores de Carreira (1.2.1+1.2.2+1.2.3+1.2.4)	-	871
1.2.1. Servidores de carreira vinculada ao órgão	-	916
1.2.2. Servidores de carreira em exercício	-	-

descentralizado		
1.2.3. Servidores de carreira em exercício provisório	-	-
1.2.4. Servidores requisitados de outros órgãos e esferas	-	28
2. Servidores com Contratos Temporários	-	-
3. Servidores sem Vínculo com a Administração Pública	-	28
4. Total de Servidores (1+2+3)	0	944

Evidencia-se a redução do número de servidores públicos federais entre os anos de 2013 a 2017 e de 2017 a 2022. O último concurso público ocorreu no ano de 2017 tendo a Secretaria de Saúde Indígena recebido 37 (trinta e sete) novos Servidores. Ao longo deste período, não houve a renovação das perdas de servidores afastados por motivo de saúde, ou mesmo daqueles

que se aposentaram.

O relatório de gestão do Exercício de 2017 da SESAI identificou alguns fatores que contribuíram para o decréscimo de Servidores no órgão, incluindo-se:

- a) Alta rotatividade de trabalhadores, em razão da dificuldade de fixação de profissionais em áreas de difícil acesso;
- b) Término dos contratos dos CTU e não aprovação, pelo Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, de concurso, com número de vagas suficiente para suprir a carência da SESAI;
- c) Aposentadorias de servidores públicos e não reposição em quantitativo equivalente à vacância.

Assim, uma das estratégias de provimento desta mão-de-obra tão escassa para a saúde indígena é o Programa Mais Médicos (PMM), implementado em 2013, a partir da Medida Provisória nº 621, posteriormente convertida na Lei nº 12.871, em outubro de 2013. O programa foi estruturado para aumentar a oferta de médicos e mitigar o número de municípios brasileiros com condições assistenciais precárias. Para isso, o Programa Mais Médicos (PMM) foi composto em três eixos de ação:

- a) o investimento na melhoria da infraestrutura das redes de Atenção à Saúde;
- b) a ampliação da oferta de cursos e vagas em medicina, incluindo amplas reformas educacionais na graduação e residência médicas; e
- c) a implantação do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB).

Segundo dados do Ministério da Saúde, o Programa Mais Médicos (PMM) alocou, entre 2013 e 2017, um total de 519 médicos cubanos para as áreas indígenas: 313 nos DSEI da região Norte, 102 na região Nordeste, 85 no Centro-Oeste, 21 no Sul e 10 no Sudeste. Em 2019, o programa disponibilizou 54 novas vagas, sendo 18 destinadas ao DSEI/Bahia. Em 2022, conforme dados da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS), 372 vagas foram destinadas aos Distritos, porém pouco mais da metade foi preenchida.

2.3. Fatores de propensão às demandas judiciais

A Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde (CONJUR/MS) é a pasta responsável no Ministério da Saúde (MS) pelo recebimento das demandas judiciais onde a Secretaria de Saúde Indígena é instada. Sendo que, historicamente, a saúde indígena possui diversos pontos de inflexão, conforme corroboram apontamentos de órgãos de controle à Secretaria com destaque para demandas judiciais advindas de Sindicatos de categoria de classes; e demandas judiciais de colaboradores que atuam no Subsistema de Atenção à Saúde indígena (SasiSUS).

A população indígena é muito atuante no Subsistema de Atenção à Saúde indígena (SasiSUS) e com grande representatividade social através dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI). Esses, por sua vez, recorrem frequentemente ao Ministério Público Federal (MPF) a fim de reivindicar aquilo que entendem ser por direito da população, como, por exemplo, contratação de profissionais de saúde, fornecimento de medicamentos, rede de saneamento e garantia de acesso à água potável.

Há ainda demandas judiciais diversas no que concerne às atividades dos colaboradores atuantes na saúde indígena, como reintegração de colaboradores demitidos, pagamento de direitos trabalhistas, entre outras ações do mesmo teor. Importante esclarecer que as demandas judiciais advindas dos profissionais ocupantes dos cargos de Servidores Públicos Federais, Programas Mais Médicos, Médicos pelo Brasil, terceirizados e conveniados, não são de competência da Secretaria de Saúde Indígena, especificamente, mas sim dos órgãos e entidades responsáveis pelos colaboradores, os quais figuram como contratante dos mesmos.

O trabalho traz informações das Súmulas nº 331 do Tribunal Superior do Trabalho (TST) e nº 11 do TRT-4ª região sobre demandas trabalhistas.

Detalha a carga horária dos profissionais que atuam no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e as escalas de horários possíveis de serem aplicadas.

2.4. Decisões de instâncias de controle interno e externo, e decisões judiciais da Justiça do Trabalho

Não foram encontradas pela autora decisões de instâncias de controle ou decisões judiciais da justiça do trabalho que se refiram à Secretaria de Saúde Indígena, em caráter geral, mas sim decisões isoladas a ações movidas por determinados trabalhadores ou mesmo sindicatos e associações indígenas.

São expostos exemplos de demandas judiciais movidas por ex-trabalhadores da saúde indígena.

3. CONCLUSÃO

Este produto se constitui enquanto documento técnico que contém o levantamento do arcabouço legal da Força de trabalho na saúde indígena, decisões de instâncias de controle interno e externo e de decisões judiciais que versam sobre justiça do trabalho.

A força de trabalho atuante na SESAI, que corresponde a aproximadamente 22.000 profissionais, dos quais boa parte é proveniente dos convênios com o Ministério da Saúde, por

não ser devidamente dimensionada, não é possível afirmar que são ou não suficientes para o desenvolvimento das ações de saúde e saneamento dos Distritos.

Nesta mesma senda, é notória a diminuição gradativa do número de servidores públicos federais vinculados à Secretaria, bem como a dificuldade de provimento da mão-de-obra médica para os Distritos.

Da mesma forma, por não haver uma definição por parte da SESAI das escalas de trabalho a serem cumpridas pelos profissionais, observa-se discrepância na rotina de trabalho entre os Distritos, não havendo assim isonomia entre os estes.

Considerando-se o exposto, é possível identificar diversas fragilidades no provimento da força de trabalho da saúde indígena, as quais corroboram para um volume considerável de demandas judiciais imputadas às entidades conveniadas ao Ministério da Saúde e consequentemente à SESAI como solidária.

Análise:

O documento apresenta bom embasamento técnico. Verifica-se que a Consultora pesquisou o conteúdo exigido.

Avaliamos que o material será útil para as decisões da ADAPS.

• Produto 2 entregue:

Proposta para alteração da Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019, e ao Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020, que institui a ADAPS, para adequação do arcabouço legal, para provimento, desenvolvimento e alocação de profissionais de APS, determinantes ambientais em saúde indígena.

Resumo:

O presente estudo visa à análise das legislações vigentes que instituíram o Programa Médicos pelo Brasil e a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária em Saúde (Adaps). Objetivo é sugerir alterações visando ao atendimento da necessidade de provimento de profissionais de saúde e de determinantes ambientais para a Secretaria de Saúde Indígena.

Dessa forma, após estudo do arcabouço legal, poderão ser apresentadas propostas que possibilitem à Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária em Saúde (Adaps) colaborar para o incremento do acesso aos serviços e o fortalecimento da Atenção Primária à população indígena.

2.2. Sobre a lei 13.958 de 18 de dezembro de 2019.

A Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019, institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo Federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps).

A Lei tem como objetivo principal, conforme disposto em seu Art. 1º:

“instituir o Programa Médicos pelo Brasil, com a finalidade de incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade e de fomentar a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps).”

Considerando-se a importância da Atenção Primária para a população, a lei prevê em seu Art. 2º que:

“I - atenção primária à saúde: o primeiro nível de atenção do SUS, com ênfase na saúde da família, a fim de garantir:

- a) o acesso de primeiro contato; e
- b) a integralidade, a continuidade e a coordenação do cuidado;

II - locais de difícil provimento:

- a) Municípios de pequeno tamanho populacional, baixa densidade demográfica e distância relevante de centros urbanos, nos termos de ato do Ministro de Estado da Saúde, conforme classificação estabelecida pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); e
- b) Distritos Sanitários Especiais Indígenas, comunidades remanescentes de quilombos ou comunidades ribeirinhas, incluídas as localidades atendidas por unidades fluviais de saúde, nos termos de ato do Ministro de Estado da Saúde;

III - locais de alta vulnerabilidade: localidades com alta proporção de pessoas cadastradas nas equipes de saúde da família, que recebem benefício financeiro do Programa Bolsa Família, benefício de prestação continuada ou benefício previdenciário no valor máximo de 2 (dois) salários-mínimos, nos termos de ato do Ministro de Estado da Saúde.

Como objetivo geral da Agência, cita-se o Art. 3º o qual expõe como finalidade:

“incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade e de fomentar a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade, no âmbito da atenção primária à saúde no SUS.”

E trata ainda de objetivos específicos:

“Parágrafo único. São objetivos do Programa Médicos pelo Brasil:

- I - promover o acesso universal, igualitário e gratuito da população às ações e aos serviços do SUS, especialmente nos locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade;
- II - fortalecer a atenção primária à saúde, com ênfase na saúde da família e na humanização da atenção;
- III - valorizar os médicos da atenção primária à saúde, principalmente no âmbito da saúde da família;

- IV - aumentar a provisão de médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade;
- V - desenvolver e intensificar a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade; e
- VI - estimular a presença de médicos no SUS.”

Em trabalho conjunto com o Ministério da Saúde (MS), mais especificamente a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), é o órgão responsável, nos termos da Lei, pela execução do Programa Médicos pelo Brasil.

Importante ressaltar as atribuições da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), conforme previsto no Decreto nº 11.358, de 01 de Janeiro de 2023, Art. 20º:

- “I - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção Primária à Saúde;
- II - fomentar estratégias que fortaleçam a atenção primária à saúde, a fim de alcançar os objetivos de alto grau de resolutividade e integralidade da atenção;
- III - fomentar a implementação de políticas e ações de promoção de equidade em saúde;
- IV - planejar a necessidade da força de trabalho, apoiar a elaboração de plano de formação profissional e desenvolver estratégias de formação e provimento de profissionais para a atenção primária à saúde;
- V - desenvolver mecanismos de gestão, de controle, de monitoramento e de avaliação das ações destinadas à organização e à implementação das políticas estruturantes para o fortalecimento da atenção primária à saúde, inclusive estratégias e projetos de saúde digital, telessaúde, e afins;
- VI - propor a incorporação de tecnologias do cuidado em atenção primária à saúde;
- VII - coordenar a formulação e a definição de diretrizes para o financiamento federal das políticas, dos programas e das estratégias da atenção primária à saúde;
- VIII - coordenar os processos de formulação, implementação, fortalecimento e avaliação das ações da Política Nacional de Promoção da Saúde;
- IX - prestar cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no que concerne às políticas, aos programas e às ações da Secretaria;
- X - coordenar, monitorar e avaliar as políticas, os programas e as estratégias destinados a apoiar os Estados, o Distrito Federal e os Municípios na garantia de ambiência, estrutura física, equipamentos, insumos e tecnologias adequados às Unidades Básicas de Saúde e aos demais pontos de atenção fundamentais ao seu fortalecimento; e
- XI - articular e executar, em conjunto com as demais Secretarias do Ministério, medidas e ações de integração da atenção primária à saúde aos serviços de urgência e emergência, à atenção especializada e às ações de vigilância em saúde.”

Desta forma, considerando os objetivos do Programa Médicos pelo Brasil e as atribuições da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), essa torna-se o elo entre a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) e o Ministério da Saúde (MS).

O Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020, estabeleceu a composição da Agência:

- “Art. 9º A Adaps é composta de:
- I - um Conselho Deliberativo;

II - uma Diretoria Executiva; e
III - um Conselho Fiscal”

E traz ainda as atribuições de cada uma das partes que compõem a Adaps, conforme observado abaixo:

“Art. 10. O Conselho Deliberativo é órgão de deliberação superior da Adaps e é composto de:

I - 6 (seis) representantes do Ministério da Saúde;

II - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde;

III - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde;

IV - 1 (um) representante da Associação Médica Brasileira;

V - 1 (um) representante do Conselho Federal de Medicina;

VI - 1 (um) representante da Federação Nacional dos Médicos; e

VII - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Nas deliberações do Conselho Deliberativo, um dos representantes do Ministério da Saúde terá voto de qualidade em caso de empate.

§ 2º Cada membro do Conselho Deliberativo terá um suplente, que o substituirá em suas ausências e em seus impedimentos.

§ 3º Os membros do Conselho Deliberativo e respectivos suplentes serão indicados na forma estabelecida em regulamento.

§ 4º Os membros do Conselho Deliberativo terão mandato de 2 (dois) anos, permitida uma recondução por igual período, observado o disposto no art. 13 desta Lei.

§ 5º A participação no Conselho Deliberativo será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada.

Art. 11. A Diretoria Executiva é órgão de gestão da Adaps e é composta de 3 (três) membros eleitos pelo Conselho Deliberativo, dos quais 1 (um) será designado Diretor Presidente e os demais serão designados Diretores.

§ 1º Os membros da Diretoria Executiva terão mandato de 2 (dois) anos, permitida uma recondução por igual período, observado o disposto no art. 13 desta Lei.

§ 2º Os membros da Diretoria Executiva receberão remuneração estabelecida pelo Conselho Deliberativo, observados os valores praticados pelo mercado, os limites previstos no contrato de gestão firmado com o Ministério da Saúde e o teto remuneratório determinado para os servidores da administração pública federal.

Art. 12. O Conselho Fiscal é órgão de fiscalização das atividades de gestão e é composto de:

I - 2 (dois) representantes indicados pelo Ministro de Estado da Saúde; e

II - 1 (um) representante indicado, em conjunto, pelos conselhos e pelas entidades referidos nos incisos II, III, IV, V, VI e VII do caput do art. 10 desta Lei.

§ 1º Cada membro do Conselho Fiscal terá um suplente, que o substituirá em suas ausências e em seus impedimentos.

§ 2º Os membros do Conselho Fiscal e respectivos suplentes serão indicados na forma estabelecida em regulamento.

§ 3º Os membros do Conselho Fiscal terão mandato de 2 (dois) anos, permitida uma recondução por igual período, observado o disposto no art. 13 desta Lei.

§ 4º A participação no Conselho Fiscal será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada.

Art. 13. Os membros do Conselho Deliberativo, da Diretoria Executiva e do Conselho Fiscal poderão ser destituídos, nos termos do regulamento da Adaps.”

2.3. Sobre o Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020

A Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) possui como missão contribuir para o fortalecimento da atenção primária à saúde da população brasileira, priorizando os locais de difícil provimento e de alta vulnerabilidade, favorecendo, assim, a

melhoria da qualidade de vida dos cidadãos.

Com propósito de incrementar o acesso a serviços e soluções de atenção primária à saúde para os cidadãos brasileiros.

Foi instituída por intermédio do Decreto 10.283, de 20 de março de 2020, conforme Art. 1º do referido Decreto:

“Fica instituído o serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde - Adaps, na formade pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública, nos termos do disposto na Lei nº [13.958](#), de 18 de dezembro de 2019.”

Prevê-se ainda, nos termos da lei, a finalidade da Agência:

Parágrafo único. A Adaps tem como finalidade promover, em âmbito nacional, a execução de políticas de desenvolvimento da atenção primária à saúde em caráter complementar e colaborativo com a atuação dos entes federativos, de acordo com as competências previstas na [Lei nº 13.958, de 2019](#), inclusive a execução do Programa Médicos pelo Brasil, sob a orientação técnica e a supervisão do Ministério da Saúde.

Para fins de composição da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), o Art. 2º dispõe da seguinte estrutura:

Art. 2º A Adaps tem a seguinte estrutura:

I - Conselho Deliberativo;

II - Diretoria-Executiva; e

III - Conselho Fiscal.

Parágrafo único. É vedada a participação cumulativa em mais de um dos órgãos previstos no **caput**.

O Decreto 10.283 aborda também as competências da composição da ADAPS.

3. Proposta de adequação das legislações vigentes

Como proposta de aprimoramento e complementação da Política Pública de Saúde Indígena praticada pela SESAI, o eventual provimento de profissionais de saúde e de determinantes ambientais a partir da Adaps deverá considerar a legislação vigente, incluindo-se o estabelecido na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), com destaque para os seguintes aspectos:

- a) a organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Pólos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;
- b) a preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;
- c) o monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
- d) a articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;

- e) a promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
- f) a promoção de ações específicas em situações especiais;
- g) a promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
- h) promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
- i) bem como a garantia da participação do controle social.

Partindo-se dessa legislação que fundamenta a saúde indígena e após análise da Lei 13.958, de 18 de dezembro de 2019, e do Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020, estão sendo consideradas as propostas para alteração das legislações em questão a fim de garantir o provisionamento de profissionais de saúde e determinantes ambientais para a população indígena por intermédio da Adaps.

3.1. Artigos de interesse para o projeto constante na Lei 13.958, de 18 de dezembro de 2019.

Considerando-se o previsto na Lei 13.958, de 18 de dezembro de 2019, que instituiu o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autorizou o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), cabem as seguintes considerações e sugestões.

O produto lista diversos artigos da Lei 13.958.

3.2. Considerações acerca das legislações

Considerando-se o formato em que lei foi criada, as medidas visualizadas consistem em:

- a) Não alterar a Lei 13.958, de 18 de dezembro de 2019, tendo em vista que os artigos identificados em 4.1.1 já contemplam a possibilidade de que a Adaps atue **criando novos programas ou prestando serviços ao Ministério da Saúde e demais instituições públicas, incluindo-se, conseqüentemente, a SESAI.**
- b) Permanência do programa Médicos pelo Brasil nos moldes atuais e legislações vigentes, para suprimimento das demandas relativas ao provimento de médicos.
- c) Criar um novo Decreto ou outro instrumento jurídico conforme avaliação do setor responsável na Agência, nos mesmos moldes do Programa Médicos pelo Brasil, para

atenderàs necessidades da SESAI em relação à contratação dos demais profissionais necessários à missão institucional da Secretaria, incluindo-se: **área de saúde** (enfermeiros, odontólogos, farmacêuticos, biólogos, sanitaristas, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, técnicos de saúde bucal, agentes de endemias, técnicos de laboratório); e **área de determinantes ambientais** (engenheiros civis, engenheiros sanitaristas, gestores de saneamento, técnicos em edificações, técnicos em química, técnicos de saneamento).

- d) Considerando que o próximo produto será exatamente um estudo técnico com parâmetros necessários para que a Adaps atue como executora das ações de desenvolvimento da APS em Terras Indígenas, as sugestões quanto aos moldes desse novo programa sugerido são abordadas nessa próxima etapa.

4. CONCLUSÃO

Este produto se constitui enquanto documento técnico que contém a proposta para alteração da Lei nº 13.958 de 18 de dezembro de 2019 e ao Decreto nº 10.283 de 20 de março de 2020, que institui a Adaps, para adequação do arcabouço legal, para provimento, desenvolvimento e alocação de profissionais de APS, determinantes ambientais em saúde indígena.

Considerando as análises realizadas nas duas legislações supracitadas entende-se que não há no momento, a necessidade de alterações nas legislações, uma vez que o programa instituído pela agência referencia-se apenas ao provimento de profissionais médicos, não abrangendo outras categorias profissionais as quais são de fundamental importância para a Secretaria de Saúde Indígena.

Neste sentido, conclui-se que para o atendimento das necessidades de saúde e determinantes ambientais que atenda às demandas da Secretaria de Saúde Indígena, se faz necessária a criação de um Programa próprio, com legislação própria, o qual será apresentado nos próximos produtos.

Análise:

O trabalho apresenta detalhada análise da legislação que institui a ADAPS, visando adequação do arcabouço legal, para provimento, desenvolvimento e alocação de profissionais de APS, determinantes ambientais em saúde indígena.

Avaliamos que o conteúdo será útil para seus objetivos, podendo também servir de base para as decisões da ADAPS.

ATIVIDADE 1.1.3. Desenvolver estratégias, sistemáticas e mecanismos de modernização, que estabeleçam uma cultura de planejamento, métricas, indicadores e análise de resultados.

- **Produto 2 entregue:**

Documento técnico contendo o relatório das atividades descritas no item 5.1 nos primeiros 60 primeiros dias.

Resumo:

RELATÓRIO PARCIAL DE PROGRESSO

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Sigla e Título do Projeto: Fortalecimento das ações de gestão e governança da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária como fator de desenvolvimento sustentável.

Agência Executora: Agência pra o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde

Organismo Internacional: Organização dos Estados Iberoamericanos

Modalidade de Contratação: Transferência Voluntária

Período coberto pelo relatório: outubro/2022 a dezembro/2022

Orçamento enviado: R\$ 4.000.000,00 (quatro milhões)

Orçamento total do Projeto: R\$ 12.000.000,00 (doze milhões)

Vigência do projeto: 17 de outubro de 2022 a 17 de outubro de 2024

2. REALIZAÇÃO DOS RESULTADOS E PRODUTOS PREVISTOS NO PROJETO, CONFORME PLANO DE TRABALHO

Incluída tabela com as ações do Projeto.

Total de orçamento utilizado até 31/12/2022 – R\$ 237.000,00 (duzentos e trinta e sete mil reais, o que corresponde a 5, 950% do recurso)

3. RESULTADOS DO PROJETO – AVALIAÇÃO GERAL

3.1 Que desafios previstos ou imprevistos, positivos e negativos, afetaram o desenvolvimento do Projeto (incluindo questões relativas à atuação da OEI)?

O Projeto encontra-se em fase inicial, só tem apenas 2 meses de execução, ainda não foram identificados desafios que possam afetar diretamente no desenvolvimento do projeto.

Entretanto, será necessário pensar em estratégias de comunicação relacionada ao Projeto, porque existem falhas de entendimento por parte de cidadãos com relação a diferenciação entre transferência voluntária e Prodoc.

3.2 Que medidas já foram tomadas ou seriam recomendadas pela ADAPS para melhoras a implementação do projeto?

Foram realizadas reuniões de ponto de controle, foi elaborado formulário para auxiliar no monitoramento do projeto.

3.3 Indique melhores práticas identificadas e lições aprendidas durante o período de execução:

O Projeto está ainda em fase inicial de organização, as primeiras ações foram pautas em pesquisas acadêmicas e documentais relacionadas a alguns processos de trabalho estratégicos, estes benchmarkings vão oportunizar alinhamento de conceitos e organização de manuais e políticas.

3.4 Considerando os benefícios diretos e indiretos do Projeto, favor indicar:

a) Se o projeto tem adequado as necessidades dos beneficiários; e

O projeto está em fase inicial de coleta de informações e irá auxiliar.

b) Sobre quem impactam os Resultados/ Produtos gerados até o momento?

À equipe da gestão na ADAPS diretamente e indiretamente aos médicos que compõem o Programa e toda a população que é usuária da atenção primária.

4. CONTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS DO PROJETO PARA O PROGRAMA DA OEI PARA O BRASIL

4.1 Relação dos resultados do projeto com a Programação OEI para o País:

O Projeto contempla temáticas e ações de fortalecimento institucional, desenvolvimento de capacidades, avaliação de políticas públicas, desenvolvimento e implementação de sistemas de informação, gerenciamento, desenvolvimento de instrumentos e metodologias, construção de indicadores e capacitação de pessoal que coadunam com a atuação da OEI no Brasil.

4.2 Quanto aos seguintes indicadores de desenvolvimento, o que se pode observar como ganhos construídos no âmbito do projeto?

a) Desenvolvimento de capacidades (individuais, institucionais):

Os estudos técnicos realizados servirão de base para capacitação da equipe e qualificação dos processos de trabalho.

b) Promoção de ambiente que conduz ao diálogo político para garantir desenvolvimento:

O cronograma de ações do projeto encontra-se em fase de elaboração e prevê realização de capacitações, rodas de conversa e palestras.

c) Promoção da igualdade de gênero em ações realizadas ou potencial do projeto na área:

O projeto sempre procurará oportunizar a igualdade de gênero em todos os contextos de atuação.

d) Promoção da igualdade de raça em ações já realizadas ou potencial do projeto na área:

O projeto sempre procurará oportunizar a igualdade de raça em todos os contextos de atuação.

e) Potencialidade de cooperação sul-sul (boas práticas e capacidades desenvolvidas no âmbito do projeto que possam ser replicadas nacional e internacionalmente):

Uma das metas é focada em estabelecimento de redes e em realização de benchmarkings nacionais e internacionais.

f) Construção de parcerias para obtenção de resultados:

No que se refere à construção de parcerias, como referenciado no tópico anterior, serão realizadas pesquisas e benchmarkings para estabelecimento de parcerias

5. SEGUIMENTO DE RECOMENDAÇÕES ANTERIORES SOBRE O PROJETO

5.1 Citar recomendações da última auditoria do projeto e o seguimento dado por parte da Agência Executora:

Não se aplica.

5.2 Cite recomendações da última reunião realizada e o seguimento dado pelos respectivos responsáveis:

Não se aplica.

5.3 Citar recomendações de avaliações formais (de meio-termo ou finais) e ou seguimento dado pelos responsáveis:

Não se aplica.

6. INSUMOS MOBILIZADOS E PRODUTOS DO PROJETO NO PERÍODO

6.1 Consultores Contratados: 18

6.2 Equipamentos/bens adquiridos pelo projeto no período coberto pelo relatório-anexo a este relatório lista de inventário atualizada:

Não se aplica.

6.3 Subcontratos firmados:

Não se aplica

6.4 Treinamentos realizados:

Não foram realizados.

6.5 Publicações editadas (Títulos, Referência, Bibliográficas):

O projeto ainda está em fase inicial de execução.

Análise:

O relatório apresenta a situação do Projeto até 31 de dezembro de 2022, informando que a execução orçamentária foi de R\$ 237.000,00, correspondendo a 5,95% do recurso. Não há indicação de qual seria o valor de comparação para obtenção desse resultado, bem como não há indicação da fonte de consulta das informações.

Sem esses dados fica prejudicada a verificação se a execução orçamentária e o andamento do Projeto estariam de acordo com os acompanhamentos da OEI e ADAPS.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2. AMPLIAR O ALCANCE E A EFETIVIDADE DAS AÇÕES DE COMUNICAÇÃO DA AGÊNCIA DE FORMA ESTRUTURADA.

RESULTADO 2.1. Plano de Comunicação interna e externa formulado e implementado.

ATIVIDADE 2.1.3. Apoiar o aprimoramento dos canais e conteúdos de comunicação.

- **Produto 2 entregue:**

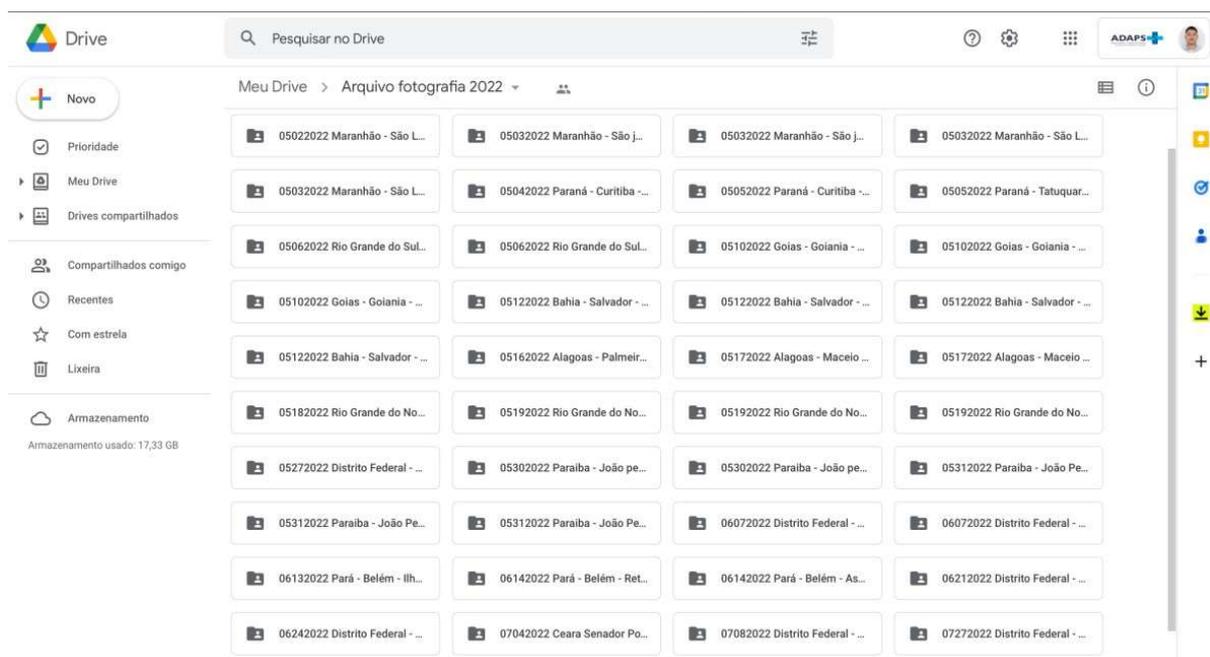
Documento técnico contendo o relatório das atividades descritas no item 5.1 nos primeiros 60 primeiros dias.

Resumo:

A memória institucional de Agência está intimamente ligada as suas ações de provimento e fortalecimento da Medicina de Família e Comunidade, no âmbito da atenção primária à saúde no SUS. Com a convocação dos médicos e médicas aprovadas no primeiro edital para vagas de bolsistas e tutores, foram realizadas junto a diretoria executiva da ADAPS o acolhimento dos primeiros convocados do processo seletivo. A equipe se deslocou para diversos estados brasileiros, realizando o primeiro contato com os médicos recém-chegados ao Programa.

Para além das coberturas fotográficas produzidas durante as viagens de acolhimento, foram realizadas as coberturas de eventos internos e externos que apresenta e fortalece a imagem da Agência frente a comunidade de saúde e a população de forma geral, principalmente aos usuários do SUS.

O arquivo de 2022 conta com mais de mil imagens, que documentam as ações da Agência, traduz o perfil dos médicos que compõem o PMpB e demonstram os impactos causados em mais de 16 milhões de brasileiro. O arquivo está disponibilizado em uma nuvem do google drive da ADAPS, ambiente que garante segurança e acessibilidade ao acervo fotográfico.



No campo do audiovisual foram produzidos mais quase 60 produtos em formatos distintos como vídeo reportagem, vídeos institucionais, tutoriais, live e reels, com o intuito de compartilhar as experiências do programa e dos agentes que fazem parte dessa estrutura, instruir e democratizar os conhecimentos e saberes da medicina de família e comunidade, dialogando de forma ampla com o público interno e externo da ADAPS.

A tabela a seguir, demonstra as entregas audiovisuais realizadas em 2022.

Vídeo	Formato	Público-alvo
Acolhimento dos Médicos PMpB - Maranhão, Paraná e Rio Grande do Sul	Videoreportagem	Comunicação externa
Acolhimento dos Médicos PMpB - Goiás	Videoreportagem	Comunicação externa
Programa Médicos pelo Brasil chega à Bahia	Videoreportagem	Comunicação externa
Aldeia Xucuru Kariri recebe o primeiro profissional do Médicos pelo Brasil	Videoreportagem	Comunicação externa
O PMpB também já está em Natal	Videoreportagem	Comunicação externa
Qual a importância do médico tutor no Programa Médicos pelo Brasil?	Videoreportagem	Comunicação externa
Visita domiciliar do Médicos pelo Brasil em João Pessoa - PB	Videoreportagem	Comunicação externa
Institucional ADAPS 2022	Institucional	Comunicação interna
Boas-vindas e início das atividades	Live	Comunicação externa
Formação dos profissionais do programa Médicos pelo Brasil	Live	Comunicação externa
O PMpB e os gestores locais do SUS	Live	Comunicação externa
Vale a pena ver de novo! Chegada dos médicos PMpB aos municípios	Reels	Comunicação externa
Manual de integração dos médicos do Programa Médicos pelo Brasil	Live	Comunicação externa
ADAPS presente na Semana de Inovação 2022	Reels	Comunicação externa
Tutoria Clínica - Bem-vindo a Tutoria Clínica	Tutorial	Comunicação externa
TutoriaClínica - Semana padrão da Tutoria Clínica	Tutorial	Comunicação externa
Tutoria Clínica - Observação direta a consulta	Tutorial	Comunicação externa
TutoriaClínica - Estudo dirigido a prática	Tutorial	Comunicação externa
Tutoria Clínica - Avaliação de desempenho profissional	Tutorial	Comunicação externa
Início das atividades de Tutoria Clínica	Live	Comunicação externa
Bem-vindo gestor! Vamos conversar sobre tutoria clínica?	Tutorial	Comunicação externa
Anúncio criação do LAPS, laboratório de inovação focado na Atenção Primária à Saúde	Reels	Comunicação externa
Gestora de saúde em Miritiua, no Maranhão, Rejane Pereira fala da melhoria no atendimento	Reels	Comunicação externa
ADAPS presente na semana de inovação 2022	Institucional	Comunicação interna
Gestão estratégica 2023 - Diretor-Presidente ADAPS Alexandre Pozza	Institucional	Comunicação interna
Gestão estratégica 2023 – Diretora Administrativa ADAPS Soraya Andrade	Institucional	Comunicação interna
Gestão estratégica 2023 - Gerente de Gestão Estratégica	Institucional	Comunicação interna

Vídeo	Formato	Público-alvo
ADAPS - Neiane Andreato		
Programa Médicos pelo Brasil na Ilha do Combu - Belém PA	Videoreportagem	Comunicação externa
Gestão estratégica 2023 - Diretora Técnica ADAPS - Caroline Martins	Institucional	Comunicação interna
Tutoria Acadêmica no Programa Médicos pelo Brasil	Live	Comunicação externa
Planejamento estratégico 2023 - Dr. Lucas Salvador, do Programa Médicos pelo Brasil	Reels	Comunicação externa
32 anos do SUS	Reels	Comunicação externa
Entrevista Carlos Camacho - Chapada Diamantina - BA	Entrevista	Comunicação externa
Entrevista Lucas Salvador - Colíder - MT.mp4	Entrevista	Comunicação externa
Entrevista Rocío [REDACTED] Gonzalez - Araguaína - TO 2	Entrevista	Comunicação externa
Entrevista Wilson [REDACTED] Chagas - Ribeiro das Neves MG?	Entrevista	Comunicação externa
ADAPS - Gestão estratégica 2023 - Depoimento colaboradores	Mensagem	Comunicação interna
1 ano de ADAPS - Feita de pessoas para pessoas	Institucional	Comunicação interna
Registro de Ponto - Espelho de ponto	Tutorial	Comunicação externa
Registro de Ponto - Justificativa de incidente	Tutorial	Comunicação externa
Registro de Ponto - Atestado médico	Tutorial	Comunicação externa
Registro de Ponto - Inserir ou excluir marcações	Tutorial	Comunicação externa
Registro de Ponto - Visualizar marcações pendentes e totais de horas	Tutorial	Comunicação externa
Registro de Ponto - Realizando registro de ponto	Tutorial	Comunicação externa
Carometro colaboradores ADAPS	Reels	Comunicação externa
Aula inaugural do curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade	Live	Comunicação externa
Caroline Martins - Mensagem processo seletivo 2022	Institucional	Comunicação interna
Atestado médico - Plataforma Senior	Tutorial	Comunicação externa
8º Congresso Norte/Nordeste de Secretarias Municipais de Saúde	Reels	Comunicação externa
Diretor-Presidente da ADAPS, Alexandre Pozza - Mensagem boas-vindas médicos PMpB	Institucional	Comunicação externa
Vídeo apresentação Programa Médicos pelo Brasil	Videoreportagem	Comunicação externa
Dia Nacional do Médico e Médica de Família e Comunidade	Reels	Comunicação externa
Ieda Caroline DSEI Alto do Rio Negro	Reels	Comunicação externa
9º Congresso Cosems Bahia, em Salvador	Reels	Comunicação externa
Dra. Larissa Cavalcante experiência de ser tutora no Programa Médicos	Reels	Comunicação externa
Retrospectiva redes sociais ADAPS	Reels	Comunicação externa
Retrospectiva Xucuru Kariri	Reels	Comunicação externa
Retrospectiva - Francimar Fagundes	Reels	Comunicação externa
ADAPS 2022 - 16,7 milhões de vidas	Reels	Comunicação externa

A criação da memória da ADAPS está para além da criação do arquivo imagético que a Agência já está desenvolvendo paulatinamente no dia a dia da APS, está em trazer as ações do

Programa para mais próximo da população brasileira. Para publicizar o provimento médico que está alcançando os municípios brasileiros, junto a unidade de comunicação e marketing está sendo desenvolvido o projeto de um livro fotográfico sobre a atuação dos médicos do Programa.

O projeto do livro buscará apresentar o trabalho dos médicos que atuam em comunidades urbanas, rurais, quilombola, indígenas do Brasil, apresentando o atendimento prestado desde o pré-natal a terceira idade, discorrendo sobre as histórias da atenção primária.

Seguem vídeos de profissionais que visitaram a sede da ADAPS em Brasília DF.

Dentre as atuações da ADAPS na Atenção Primária a Saúde está o fomento e formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade e tido como prioridade para o fortalecimento do SUS e da especialidade MFC, alinhado a esse propósito, a Unidade de Formação, Ensino e Pesquisa em parceria com o Unidade de Comunicação e Marketing desenvolveram o projeto de um programa de podcast voltado para o público interessado na MFC proporcionando acesso a informação de qualidade e atualizada.

Para o projeto foi realizada um estudo de caso para viabilizar a produção do conteúdo com a produção de um programa piloto com integrantes da ADAPS afim de relacionar os equipamentos necessários, desenvolver o roteiro do projeto e materializar a ideia propostas pelas duas unidades da Agência. Coube a parte técnica viabilizar a captação de áudio dedicado a cada um dos participantes do episódio piloto, a captação de vídeo em câmera fixa do podcast e posterior, a edição do material. Neste primeiro momento, o episódio está em fase de análise de e aprovação interna.

Análise:

O relatório contemplou levantamento das ações de comunicação interna e externa da ADAPS realizadas nos últimos 60 dias.

Pelo material apresentado, podemos concluir que essas ações contribuíram para divulgar o papel institucional da ADAPS.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3. FOMENTAR AÇÕES DE DESENVOLVIMENTO VOLTADAS À GESTÃO ESTRATÉGICA DA ADAPS.

Não houve entregas para esse Objetivo Específico.

OBJETIVO ESPECÍFICO 4. IMPLEMENTAR POLÍTICAS DE GESTÃO E DE GOVERNANÇA PRIORITÁRIAS PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DA AGÊNCIA.

RESULTADO 4.1. Políticas implementadas: I. de Gestão de Pessoas; II. de Gestão por Resultados; III. de Inovação; IV. de Gestão com foco na Lei Geral de Proteção aos Dados Pessoais; V. de Comunicação; VI. de Gestão Orçamentária, Financeira e Contábil; VII. de Preservação de Documentos Digitais; VIII. de Gestão do Conhecimento.

ATIVIDADE 4.1.1. Promover levantamento bibliográfico e de legislação aplicável à cada frente temática.

- **Produto 2 entregue:**

Documento técnico contendo legislação relacionada a proteção de dados pessoais e adequação ao modelo da ADAPS.

Resumo:

Inicialmente, cabe salientar que o ordenamento jurídico brasileiro tem cada vez mais se preocupado com a proteção de dados pessoais, uma vez que com o advento das redes sociais há uma maior exposição de informações da população.

Essa proteção dos dados deve ser encarada como proteção ao titular da informação. Desta forma, ALBERS (2019) destaca que o objeto de proteção desse direito fundamental não diz respeito exclusivamente aos dados em si, mas sim ao titular desses dados, tendo em vista que é ele quem arcará com os riscos do processamento dos dados, das decisões tomadas a partir das informações extraídas desse processamento, bem como das eventuais consequências prejudiciais oriundas dessas decisões.

Com esse mesmo entendimento acerca da matéria, DONEDA (2006) cita PIERRE CATALA, que identifica uma informação pessoal quando o objeto da informação é a própria pessoa, e expõe:

“Mesmo que a pessoa em questão não seja a “autora” da informação, no sentido de sua concepção, ela é a titular legítima de seus elementos. Seu vínculo com o indivíduo é por demais estreito para que pudesse ser de outra forma. Quando o objeto dos dados é um sujeito de direito, a informação é um atributo da personalidade.” (p.263)

Desta maneira, ao se garantir a proteção de dados pessoais, a privacidade passa a ser vista em uma ótica mais abrangente, pela qual outros interesses devem ser considerados, abrangendo as diversas formas de controle tornadas possíveis com a manipulação de dados pessoais.

A legislação vigente traz à tona a necessidade das empresas, governos entre outros de tomar cuidado no tratamento dos dados pessoais. DONEDA (2006) assevera que o tratamento de dados pessoais, em particular por processos automatizados, é, no entanto, uma atividade de risco.

3. Evolução histórica da proteção de dados.

No que tange à evolução da legislação de proteção de dados, DONEDA (2006) cita quatro diferentes gerações de leis que trazem desde um enfoque mais técnico e restrito até a abertura recente a técnicas mais amplas e condizentes com a profundidade da tecnologia adotada para o tratamento de dados, em busca de uma tutela mais eficaz e também vinculando a matéria aos direitos fundamentais.

O autor explicita que a primeira geração de leis girava em torno da concessão de autorizações para a criação desses bancos de dados e do seu controle a posteriori por órgãos públicos. Nota-se que a busca era por estruturação da tecnologia, esse enfoque estrutural era tecnocrático e condicionado pela informática. Nesse período, se buscava normatizar as regras dos “bancos de dados”, e não propriamente da “privacidade” desses dados.

Para o autor, a segunda geração de leis sobre a matéria surgiu no final da década de 1970. A característica básica que diferencia esse conjunto de leis das anteriores é que sua estrutura não está mais fixada em torno do fenômeno computacional em si, mas se baseia na consideração da privacidade e na proteção dos dados pessoais como uma liberdade negativa, ou seja, não interferência do Estado nas ações individuais, e que seria exercida pelo próprio cidadão.

A terceira geração de leis acerca da temática de proteção de dados, na visão do autor, surgiu na década de 1980. Essa geração procurou sofisticar a tutela dos dados pessoais, que continuou centrada no cidadão, porém passou a abranger mais do que a liberdade de fornecer ou não os próprios dados pessoais, verifica também a preocupação de se garantir a efetividade desta liberdade.

Por fim, a quarta geração de leis de proteção de dados, como as que existem hoje em vários países, surge e caracteriza por procurar suprir as desvantagens do enfoque individual

existente até então. Essas legislações fortifica a posição da pessoa em relação às entidades que coletam e processam seus dados, a exemplo, destaca-se o modelo de proteção de dados pessoais representado pelos países europeus que transcreveram para seus ordenamentos as Diretivas europeias em matéria de proteção de dados, em especial a Diretiva 95/46/CE, que é relativa à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados, e a Diretiva 2000/58/CE, que é relativa ao tratamento de dados pessoais e à proteção da privacidade no setor das comunicações eletrônicas.

4. Dos Conceitos acerca da matéria

ZANATA (2019) traz o conceito de perfilização, no dicionário de língua inglesa, profiling (expressão inglesa de perfilização) significa “o ato ou processo de extrapolar informação sobre uma pessoa baseado em traços ou tendências conhecidas”. A perfilização se refere ao processo de construção e aplicação de um perfil de usuário (user profile) gerado por análises de dados computadorizadas.

Acerca da temática ZANATA (2019) cita HILDEBRANDT que define a perfilização automatizada como “um processo de descoberta de conhecimento em bases de dados, na qual a mineração de dados (data mining) é parte”.

Esse processo envolve, ao menos, seis etapas:

1. registro de dados,
2. agregação e monitoramento de dados,
3. identificação de padrões nos dados,
4. interpretação de resultados,
5. monitoramento dos dados para checar resultados e
6. aplicação de perfis (profiles).

O Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados nº 2016/679 ou General Data Protection Regulation (GDPR), que é um regulamento do direito europeu sobre privacidade e proteção de dados pessoais, aplicável a todos os indivíduos na União Europeia e Espaço Econômico Europeu que foi criado em 2018 estabelece o conceito jurídico de perfilização, como “forma de tratamento automatizado” que consiste no uso de dados pessoais para avaliação de certos aspectos relacionados à pessoa natural, em particular a análise e predição de aspectos comportamentais, que podem ser entendimentos de forma ampla, de modo a incluir performance de trabalho, situação econômica (e de crédito), saúde, preferências pessoais de consumo, interesses intelectuais, confiança social e padrões de mobilidade.

O regulamento traz em seu artigo 4 traz a definição de perfis, sendo:

“(…)Definição de perfis, qualquer forma de tratamento automatizado de dados pessoais que consista em utilizar esses dados pessoais para avaliar certos aspectos pessoais de uma pessoa singular, nomeadamente para analisar ou prever aspectos relacionados com o seu desempenho profissional, a sua situação económica, saúde, preferências pessoais, interesses, fiabilidade, comportamento, localização ou deslocações(p.10)

Outro conceito importante para a matéria seria o conceito de clusterização, que é a categorização das informações sobre o consumidor a fim de gerar segmentações relevantes para as campanhas. Desta forma, são criados grupos de pessoas com características semelhantes.

5. Marco Normativo

5.1 A Constituição Federal de 1988

A Constituição trabalha a temática em seu art. 5º, podendo ser explicitado os incisos X, XII e LXXII que estabelecem que:

“Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;

(…)

XII - é inviolável o sigilo da correspondência e das comunicações telegráficas, de dados e das comunicações telefônicas, salvo, no último caso, por ordem judicial, nas hipóteses e na forma que a lei estabelecer para fins de investigação criminal ou instrução processual penal; (...)

LXXII - conceder-se-á habeas data:

a) para assegurar o conhecimento de informações relativas à pessoa do impetrante, constantes de registros ou bancos de dados de entidades governamentais ou de caráter público;

b) para a retificação de dados, quando não se prefera fazê-lo por processo sigiloso, judicial ou administrativo;”(BRASIL, 1988)

5.2 Código de Defesa do Consumidor

A Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, dispõe sobre a proteção do consumidor. A proteção de dados dessa legislação está presente no art. 43 e 46.

“Art. 43. O consumidor, sem prejuízo do disposto no art. 86, terá acesso às informações existentes em cadastros, fichas, registros e dados pessoais e de consumo arquivados sobre ele, bem como sobre as suas respectivas fontes.

§ 1º Os cadastros e dados de consumidores devem ser objetivos, claros, verdadeiros e em linguagem de fácil compreensão, não podendo conter informações negativas referentes a período superior a cinco anos.

§ 2º A abertura de cadastro, ficha, registro e dados pessoais e de consumo deverá ser comunicada por escrito ao consumidor, quando não solicitada por ele.

§ 3º O consumidor, sempre que encontrar inexatidão nos seus dados e cadastros, poderá exigir sua imediata correção, devendo o arquivista, no prazo de cinco dias úteis, comunicar a alteração aos eventuais destinatários das informações incorretas.

§ 4º Os bancos de dados e cadastros relativos a consumidores, os serviços de proteção ao crédito e congêneres são considerados entidades de caráter público.

§ 5º Consumada a prescrição relativa à cobrança de débitos do consumidor, não serão fornecidas, pelos respectivos Sistemas de Proteção ao Crédito, quaisquer informações que possam impedir ou dificultar novo acesso ao crédito junto aos fornecedores.

§ 6º Todas as informações de que trata o caput deste artigo devem ser disponibilizadas em formatos acessíveis, inclusive para a pessoa com deficiência, mediante solicitação do consumidor. (Incluído pela Lei nº 13.146, de 2015)” (BRASIL,1990)

5.3 Lei do Cadastro Positivo

No ordenamento jurídico brasileiro, a Lei nº 12.414, de 9 de junho de 2011, que disciplina a formação e consulta a bancos de dados com informações de adimplemento, de pessoas naturais ou de pessoas jurídicas, para a formação de histórico de crédito, em seu art. 3º estabelece que:

“Art. 3º Os bancos de dados poderão conter informações de adimplemento do cadastrado, para a formação do histórico de crédito, nas condições estabelecidas nesta Lei.

§1º Para a formação do banco de dados, somente poderão ser armazenadas informações objetivas, claras, verdadeiras e de fácil compreensão, que sejam necessárias para avaliar a situação econômica do cadastrado.

§2º Para os fins do disposto no § 1º, consideram-se informações:

II - claras: aquelas que possibilitem o imediato entendimento do cadastrado independentemente de remissão a anexos, fórmulas, siglas, símbolos, termos técnicos ou nomenclatura específica;

III - verdadeiras: aquelas exatas, completas e sujeitas à comprovação nos termos desta Lei; e

IV - de fácil compreensão: aquelas em sentido comum que assegurem ao cadastrado o pleno conhecimento do conteúdo, do sentido e do alcance dos dados sobre ele anotados.

§ 3º Ficam proibidas as anotações de:

I - informações excessivas, assim consideradas aquelas que não estiverem vinculadas à análise de risco de crédito ao consumidor; e

II - informações sensíveis, assim consideradas aquelas pertinentes à origem social e étnica, à saúde, à informação genética, à orientação sexual e às convicções políticas, religiosas e filosóficas.”(BRASIL, 2011)

5.4 Lei de Acesso à Informação

A Lei de Acesso à Informação (LAI) traz o princípio da transparência como regra. A Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, buscou regular o acesso à informação previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal, a saber:

“Art. 5º (...)

XXXIII - todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no

prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado. (...)

Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte:

(...)

§3º. A lei disciplinará as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta, regulando especialmente: (...)

II - o acesso dos usuários a registros administrativos e a informações sobre atos de governo, observado o disposto no art. 5º, X e XXXIII;

(...)

216. Constituem patrimônio cultural brasileiro os bens de natureza material e imaterial, tomados individualmente ou em conjunto, portadores de referência à identidade, à ação, à memória dos diferentes grupos formadores da sociedade brasileira, nos quais se incluem:

(...)

§ 2º Cabem à administração pública, na forma da lei, a gestão da documentação governamental e as providências para franquear sua consulta a quantos dela necessitem.” (BRASIL, 1988)

A LAI em seu art. 4º estabelece que traz os seguintes conceitos:

“Art. 4º Para os efeitos desta Lei, considera-se:

I - informação: dados, processados ou não, que podem ser utilizados para produção e transmissão de conhecimento, contidos em qualquer meio, suporte ou formato;

II - documento: unidade de registro de informações, qualquer que seja o suporte ou formato;

III - informação sigilosa: aquela submetida temporariamente à restrição de acesso público em razão de sua imprescindibilidade para a segurança da sociedade e do Estado;

IV - informação pessoal: aquela relacionada à pessoa natural identificada ou identificável;

V - tratamento da informação: conjunto de ações referentes à produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transporte, transmissão, distribuição, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação, destinação ou controle da informação;

VI - disponibilidade: qualidade da informação que pode ser conhecida e utilizada por indivíduos, equipamentos ou sistemas autorizados;

VII - autenticidade: qualidade da informação que tenha sido produzida, expedida, recebida ou modificada por determinado indivíduo, equipamento ou sistema;

VIII - integridade: qualidade da informação não modificada, inclusive quanto à origem, trânsito e destino;

IX - primariedade: qualidade da informação coletada na fonte, com o máximo de detalhamento possível, sem modificações.” (BRASIL, 2011)

Acerca do tratamento de dados pessoais, destaca-se ainda que a LAI em seu art. 31, expõe que:

“Art. 31. O tratamento das informações pessoais deve ser feito de forma transparente e com respeito à intimidade, vida privada, honra e imagem das pessoas, bem como às liberdades e garantias individuais.

§ 1º As informações pessoais, a que se refere este artigo, relativas à intimidade, vida privada, honra e imagem:

I - terão seu acesso restrito, independentemente de classificação de sigilo e pelo prazo máximo de 100 (cem) anos a contar da sua data de produção, a agentes públicos legalmente autorizados e à pessoa a que elas se referirem; e II - poderão ter autorizada sua divulgação ou acesso por terceiros diante de previsão legal ou consentimento expresso da pessoa a que elas se referirem.

§ 2º Aquele que obtiver acesso às informações de que trata este artigo será responsabilizado por seu uso indevido.

§ 3º O consentimento referido no inciso II do § 1º não será exigido quando as informações forem necessárias:

I - à prevenção e diagnóstico médico, quando a pessoa estiver física ou legalmente incapaz, e para utilização única e exclusivamente para o tratamento médico;

II - à realização de estatísticas e pesquisas científicas de evidente interesse público ou geral, previstos em lei, sendo vedada a identificação da pessoa a que as informações se referirem;

III - ao cumprimento de ordem judicial; IV - à defesa de direitos humanos; ou

V - à proteção do interesse público e geral preponderante.

§ 4º A restrição de acesso à informação relativa à vida privada, honra e imagem de pessoa não poderá ser invocada com o intuito de prejudicar processo de apuração de irregularidades em que o titular das informações estiver envolvido, bem como em ações voltadas para a recuperação de fatos históricos de maior relevância.

§ 5º Regulamento disporá sobre os procedimentos para tratamento de informação pessoal.” (BRASIL, 2011)

5.5 Marco Civil da Internet

A Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014, estabeleceu os princípios, garantias e deveres para o uso da Internet. Esse normativo trouxe regras clássicas de proteção de dados pessoais.

No que tange ao consentimento, o Marco Civil da Internet (MCI) estabelece:

“Art. 7º O acesso à internet é essencial ao exercício da cidadania, e ao usuário são assegurados os seguintes direitos: (...)

VII - não fornecimento a terceiros de seus dados pessoais, inclusive registros de conexão, e de acesso a aplicações de internet, salvo mediante consentimento livre, expresso e informado ou nas hipóteses previstas em lei; (...)

Art. 16. Na provisão de aplicações de internet, onerosa ou gratuita, é vedada a guarda:

I - dos registros de acesso a outras aplicações de internet sem que o titular dos dados tenha consentido previamente, respeitado o disposto no art. 7º; ou” (BRASIL,2014)

Já em relação à transparência, podem ser verificados, os seguintes incisos do art. 7º da legislação supracitada:

“Art. 7º O acesso à internet é essencial ao exercício da cidadania, e ao usuário são assegurados os seguintes direitos: (...)

VI - informações claras e completas constantes dos contratos de prestação de serviços, com detalhamento sobre o regime de proteção aos registros de conexão e aos registros de acesso a aplicações de internet, bem como sobre práticas de gerenciamento da rede que possam afetar sua qualidade; (...)

VIII - informações claras e completas sobre coleta, uso, armazenamento, tratamento e proteção de seus dados pessoais, que somente poderão ser utilizados para finalidades que:

- a) justifiquem sua coleta;
- b) não sejam vedadas pela legislação; e

- c) estejam especificadas nos contratos de prestação de serviços ou em termos de uso de aplicações de internet;
- (...)
XI - publicidade e clareza de eventuais políticas de uso dos provedores de conexão à internet e de aplicações de internet;” (BRASIL,2014)

O MCI também estabeleceu regramentos de segurança da informação, quando estabeleceu que:

“Art. 10. A guarda e a disponibilização dos registros de conexão e de acesso a aplicações de internet de que trata esta Lei, bem como de dados pessoais e do conteúdo de comunicações privadas, devem atender à preservação da intimidade, da vida privada, da honra e da imagem das partes direta ou indiretamente envolvidas.

(...)

§ 4º As medidas e os procedimentos de segurança e de sigilo devem ser informados pelo responsável pela provisão de serviços de forma clara e atender a padrões definidos em regulamento, respeitado seu direito de confidencialidade quanto a segredos empresariais.” (BRASIL, 2014)

Cumprе salientar que o MCI trouxe também a noção do respeito ao contexto. Desta forma a utilização de dados deve ser compatível com o contexto em que os dados foram coletados, como se observa no supracitado inciso VIII, do art. 7º da lei.

Destaca-se ainda a garantia da confidencialidade da comunicação expressa pelo art. 8º do MCI, disposto a seguir:

“Art. 8º A garantia do direito à privacidade e à liberdade de expressão nas comunicações é condição para o pleno exercício do direito de acesso à internet. Parágrafo único. São nulas de pleno direito as cláusulas contratuais que violem o disposto no caput, tais como aquelas que:

I - impliquem ofensa à inviolabilidade e ao sigilo das comunicações privadas, pela internet; ou

II- em contrato de adesão, não ofereçam como alternativa ao contratante a adoção do foro brasileiro para solução de controvérsias decorrentes de serviços prestados no Brasil.”(BRASIL, 2014)

5.6 A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais

A Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, dispõe pela a Lei Geral de Proteção de dados (LGPD). A lei traz em seu art. 5º os seguintes conceitos:

“Art. 5º Para os fins desta Lei, considera-se: I - dado pessoal: informação relacionada a pessoa natural identificada ou identificável;

II- dado pessoal sensível: dado pessoal sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural;”(BRASIL, 2018)

5.6.1. Princípios da LGPD

A Lei nº 13.709 de 2018 em seu art. 6º estabelece que:

“Art. 6º As atividades de tratamento de dados pessoais deverão observar a boa-fé e os seguintes princípios:

I - finalidade: realização do tratamento para propósitos legítimos, específicos, explícitos e informados ao titular, sem possibilidade de tratamento posterior de forma incompatível com essas finalidades;

II - adequação: compatibilidade do tratamento com as finalidades informadas ao titular, de acordo com o contexto do tratamento;

III - necessidade: limitação do tratamento ao mínimo necessário para a realização de suas finalidades, com abrangência dos dados pertinentes, proporcionais e não excessivos em relação às finalidades do tratamento de dados; IV - livre acesso: garantia, aos titulares, de consulta facilitada e gratuita sobre a forma e a duração do tratamento, bem como sobre a integridade de seus dados pessoais;

V - qualidade dos dados: garantia, aos titulares, de exatidão, clareza, relevância e atualização dos dados, de acordo com a necessidade e para o cumprimento da finalidade de seu tratamento;

VI - transparência: garantia, aos titulares, de informações claras, precisas e facilmente acessíveis sobre a realização do tratamento e os respectivos agentes de tratamento, observados os segredos comercial e industrial;

VII - segurança: utilização de medidas técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou difusão; VIII - prevenção: adoção de medidas para prevenir a ocorrência de danos em virtude do tratamento de dados pessoais;

IX - não discriminação: impossibilidade de realização do tratamento para fins discriminatórios ilícitos ou abusivos;

X - responsabilização e prestação de contas: demonstração, pelo agente, da adoção de medidas eficazes e capazes de comprovar a observância e o cumprimento das normas de proteção de dados pessoais e, inclusive, da eficácia dessas medidas.” (BRASIL, 2018)

5.6.2 Limites e restrições

SARLET (2020) expõe que no caso brasileiro, na condição de direito implicitamente positivado e enquanto não aprovada e promulgada emenda constitucional nos termos do projeto que ora tramita no Congresso Nacional não se cuida de direito submetido à expressa reserva legal, mas a sua vinculação – ainda que não superposição integral – com os direitos à privacidade e intimidade sugere que se lhe dê proteção em princípio equivalente.

SARLET (2020) cita DONEDA, cujas ponderações se transcreve a seguir:

“A leitura das garantias constitucionais para os dados somente sob o prisma de sua comunicação e de sua eventual interceptação lastreia-se em uma interpretação que não chega a abranger a complexidade do fenômeno da informação ao qual fizemos referência. Há um hiato que segrega a tutela da privacidade, esta constitucionalmente protegida, da tutela das informações pessoais em si – que, para a corrente mencionada, gozariam de uma proteção mais tênue. E esse hiato possibilita a perigosa interpretação que pode eximir o aplicador de levar em conta os casos nos quais uma pessoa é ofendida em sua privacidade – ou tem outros direitos fundamentais desrespeitados – não de forma direta, porém por meio da utilização abusiva de suas informações pessoais em bancos de dados. Não é necessário ressaltar, novamente, o quanto hoje em dia as pessoas são reconhecidas em diversos relacionamentos somente

de forma indireta, pela representação de sua personalidade que é fornecida pelos seus dados pessoais, ressaltando, ainda mais, a importância da proteção de tais dados para a proteção da identidade e personalidade de cada um de nós. [...] A inserção de um direito à proteção de dados de forma explícita no rol de direitos fundamentais da Constituição da República proporcionaria, portanto, uma isonomia entre esses direitos que, formalmente, afigura-se fundamental para a proteção de liberdades fundamentais. [...] Contando ou não com a previsão expressa na Constituição Federal, o esforço a ser empreendido pela doutrina e pela jurisprudência deve se consolidar pelo favorecimento de uma interpretação dos incisos X e XII do art. 5º mais fiel ao nosso tempo, isto é, reconhecendo a íntima ligação que passam a ostentar os direitos relacionados à privacidade e à comunicação de dados. Dessa forma, seria dado o passo necessário à integração da personalidade em sua acepção mais completa nas vicissitudes da Sociedade da Informação [...].” (SARLET, 2020, pág. 211)

6. Jurisprudências

6.1 Jurisprudência do STF

SARLET (2020), cita a jurisprudência do STF que ilustra a seguinte situação. Em relação ao embate entre direito de acesso a informações de caráter público e em poder de órgãos públicos (objeto de regulação, no Brasil, pela Lei nº 12.527/2011) e o direito à proteção de dados pessoais sensíveis (ligados à privacidade) dos servidores públicos. A conjugação do direito de acesso à informação com os princípios constitucionais da publicidade e da transparência levou o STF a reconhecer que a proteção da privacidade dos servidores públicos é menor do que a do cidadão comum, de modo a considerar constitucionalmente legítima (proporcional) a divulgação nominal e individualizada dos seus vencimentos e benefícios.

MENDES (2020) destaca que o Supremo Tribunal Federal (STF) proferiu uma decisão histórica para o desenvolvimento da proteção de dados pessoais no Brasil. O Plenário da Suprema Corte referendou a Medida Cautelar concedida pela Ministra Rosa Weber, relatora das Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADIs) 6.387, 6.388, 6.389, 6.390 e 6.393. Desse modo, o Tribunal suspendeu a eficácia da Medida Provisória nº 954/2020 a qual, em seu art. 2º, caput, determinava que empresas de telecomunicações compartilhassem com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nome, número de telefone e endereço de seus consumidores de telefonia móvel e fixa.

6.2 Jurisprudência STJ

ZANATA (2019) menciona que os direitos de acesso, informação e retificação foram assegurados aos consumidores no caso de formulação de “sistemas de pontuação de crédito”, conforme decisão paradigmática do Superior Tribunal de Justiça em 2014. No julgamento do Recurso Especial nº 1.419.697/RS – objeto da primeira audiência pública da história do STJ.

Nesse processo, o ministro Paulo de Tarso Sanseverino decidiu que os sistemas de pontuação de crédito, mesmo não sendo “banco de dados” em sentido estrito, devem ser tratados com o máximo de transparência e boa-fé na relação com os consumidores, aplicando-se os princípios do Código de Defesa do Consumidor e os direitos básicos do art. 5º da Lei nº 12.414/2011.

7. Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

O Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) ou General Data Protection Regulation (GDPR) foi criado pelo Regulamento (UE) 2016/679 relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados.

MAGALHÃES e PEREIRA (2018) expõe que o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016 (doravante RGPD) operou uma mudança de paradigma no modelo de tratamento de dados pessoais e de livre circulação dos mesmos, com vista à garantia do mercado único sem restrições em virtude do diferente enquadramento legal e salvaguarda do direito à proteção dos dados pessoais.

O Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) tem por objetivo a proteção dos indivíduos sempre que os seus dados forem objeto de tratamento pelo setor privado e pela maior parte do setor público.

O regulamento permite que os cidadãos controlem melhor os seus dados pessoais. Igualmente, renova e coaduna disposições que possibilita às empresas reprimir a burocracia e favorecer de uma forma superior a confiança por parte dos consumidores/titulares. Estabelece um sistema de autoridades de controle com plena independência, responsáveis pela fiscalização e por assegurar a conformidade.

O art. 8º do regulamento expõe que:

- “Artigo 8º Proteção de dados pessoais
1. Todas as pessoas têm direito à proteção dos dados de carácter pessoal que lhes digam respeito.
 2. Esses dados devem ser objeto de um tratamento leal, para fins específicos e com o consentimento da pessoa interessada ou com outro fundamento legítimo previsto por lei. Todas as pessoas têm o direito de aceder aos dados coligidos que lhes digam respeito e de obter a respetiva retificação.
 3. O cumprimento destas regras fica sujeito a fiscalização por parte de uma autoridade independente.”(UE, 2016)

8. Aplicabilidade à ADAPS

Ao tocante a aplicabilidade da proteção de dados no âmbito da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), cumpre pontuar novamente sobre o papel institucional para melhor compreensão do leitor, assim, ratifica-se o esclarecimento já exposto em documento técnico deste Termo Referência, onde informa que à ADAPS é um

serviço social autônomo na forma de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública, foi autorizada pela Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019.

Ainda trazer que a referida Agência tem como missão incrementar o acesso a serviços e soluções da Atenção Primária à Saúde (APS) para os cidadãos brasileiros. Atua como executora de políticas públicas na área, com ênfase no Programa Médicos pelo Brasil, sob orientação técnica e supervisão do Ministério da Saúde.

Conforme sabido o foco do programa é a provisão de médicos, assim para materializar o certame e até para acompanhar as atividades desses profissionais, a Agência constituirá uma base de dados, sendo alguns classificados como sensíveis.

Neste sentido, a observância a legislação é de suma importância para sua aplicabilidade e implementação, por exemplo, o art. 7º da Lei 13.709/2018, dispõe que:

“Art. 7º O tratamento de dados pessoais somente poderá ser realizado nas seguintes hipóteses:

- I - mediante o fornecimento de consentimento pelo titular; II - para o cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador;
- III - pela administração pública, para o tratamento e uso compartilhado de dados necessários à execução de políticas públicas previstas em leis e regulamentos ou respaldadas em contratos, convênios ou instrumentos congêneres, observadas as disposições do Capítulo IV desta Lei;
- IV - para a realização de estudos por órgão de pesquisa, garantida, sempre que possível, a anonimização dos dados pessoais;
- V - quando necessário para a execução de contrato ou de procedimentos preliminares relacionados a contrato do qual seja parte o titular, a pedido do titular dos dados;
- VI - para o exercício regular de direitos em processo judicial, administrativo ou arbitral, esse último nos termos da Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996 (Lei de Arbitragem) ;
- VII - para a proteção da vida ou da incolumidade física do titular ou de terceiro;
- VIII - para a tutela da saúde, em procedimento realizado por profissionais da área da saúde ou por entidades sanitárias;
- VIII - para a tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária; (Redação dada pela Lei nº 13.853, de 2019)
- IX - quando necessário para atender aos interesses legítimos do controlador ou de terceiro, exceto no caso de prevalecerem direitos e liberdades fundamentais do titular que exijam a proteção dos dados pessoais; ou
- X - para a proteção do crédito, inclusive quanto ao disposto na legislação pertinente.” (BRASIL, 2018)

8.1 Do regime jurídico aplicável ao Sistema “S”.

Os Serviços Sociais Autônomos possuem personalidade de direito privado, não têm fins lucrativos e atuam ao lado do Estado, mediante o desempenho de atividades não lucrativas, não integrando a Administração direta (União, Estados, Municípios e Distrito Federal), tampouco a Indireta (Autarquias, Fundações Públicas, Sociedades de Economia Mista e Empresas Públicas).

Embora dotados de personalidade jurídica de direito privado e não integrantes da Administração Pública, atuam em cooperação com o Estado, desempenhando funções reconhecidamente de interesse público, voltadas à assistência social e à formação profissional no âmbito do setor econômico ao qual se vinculam.

9. Conclusão

SARLET (2020) assevera o esforço a ser empreendido pela doutrina e pela jurisprudência seria, para se buscar uma interpretação dos incisos X e XII do art. 5º mais fiel ao nosso tempo, ou seja, reconhecendo a íntima ligação que passam a ostentar os direitos relacionados à privacidade e à comunicação de dados. Neste sentido, seria dado o andamento essencial à integração da personalidade em sua compreensão integral nas vicissitudes da Sociedade da Informação.

O direito fundamental à proteção de dados pessoais que fora normatizado pela a Lei nº. 13.709/2018, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), e que regula de maneira ampla o tratamento de dados pessoais deve buscar um equilíbrio entre ao direito à transparência/publicidade e ao direito à privacidade. A sociedade da informação acarretou uma maior exposição das pessoas, o advento da internet e rede social trouxe a publicização, a nova legislação busca o equilíbrio a proteção dos dados pessoais. Esse equilíbrio será o desafio das empresas e dos órgãos públicos.

Este produto procurou realizar uma sistematização das principais jurisprudências e legislações relacionadas à proteção de dados, com vistas a auxiliar em atividades e/ou tomadas de decisões relacionadas à ADAPS, atendendo todas as obrigações legais.

Análise:

O trabalho é resultado de extensa pesquisa sobre o tema proposto. O conteúdo está muito bem embasado, podendo ser utilizado pela ADAPS nas suas ações para proteção de dados.

LINHA PRIORITÁRIA 2:

AÇÕES NA ÁREA DE ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO, ESTUDO, TRATAMENTO, SISTEMATIZAÇÃO, DIVULGAÇÃO E DISSEMINAÇÃO ORIENTADA DAS INFORMAÇÕES E RESULTADOS DAS AÇÕES DA AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Os Objetivos Gerais da Linha Prioritária 2 são:

- Promover ações de prospecção e captação de parcerias, nacionais e internacionais, para o alcance dos objetivos institucionais da Agência, composto pelo seguinte resultado:
- Ampliar a capacidade da ADAPS, com foco no desenvolvimento institucional, composto pelos seguintes resultados:

Essa Linha Prioritária é composta por dois Objetivos Específicos, sete Resultados e 34 Atividades.

Não houve alterações na execução orçamentária da Linha Prioritária 2, conforme quadro abaixo, que já constou no relatório de 60 dias desta Consultoria.

Objetivos Específicos	Valor Aprovisionado referente à 1ª parcela de repasse	Valor Executado	% de Execução do recurso	% de execução da meta
1. Promover ações de prospecção e captação de parcerias, nacionais e internacionais, para o alcance dos objetivos institucionais da Agência.	52.000,00	13.000,00	25,00%	10,00%
2. Ampliar a capacidade da ADAPS, com foco no desenvolvimento institucional	84.000,00	14.000,00	16,66%	3,00%

- Média de execução da meta: 6,5%

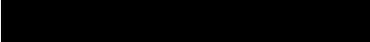
3. CONCLUSÃO

Até o dia 23 de fevereiro de 2023, verificamos que foi executado cerca de 32,53% (R\$ 339.000,00) do valor do total provisionado (R\$ 1.042.000,00).

Os cinco produtos entregues e analisados apresentam bom nível técnico, cumprindo os seus objetivos.

Brasília-DF, 23 fevereiro de 2023.



JANE  DIEHL

Consultora Especialista