



**10 ANOS DA UNA-SUS: CONTRIBUIÇÕES
PARA A EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA NA
SAÚDE PÚBLICA**

10 ANOS DA UNA-SUS: CONTRIBUIÇÕES PARA A EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA NA SAÚDE PÚBLICA

Francisco Eduardo de Campos; Manoel Barral Netto; Maria Fabiana Damásio

Resumo

A proposta deste capítulo é descrever os principais aspectos históricos que subsidiaram a estruturação da Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS. Criada por meio do Decreto 7385/2010, a UNA-SUS foi pensada para fomentar a capacitação de trabalhadores e trabalhadoras do Sistema Único de Saúde – SUS, de forma mais abrangente, considerando a diversidade de realidades das diversas regiões brasileiras. Com o uso das tecnologias educacionais, buscou-se também, por meio da UNA-SUS, fazer com que as estratégias de capacitação pudessem abarcar o maior número de trabalhadores do SUS, a fim de garantir amplo acesso aos conhecimentos sobre as políticas públicas em saúde. Atualmente, a UNA-SUS se configura como o maior repositório da saúde na América Latina, com mais de um milhão de usuários cadastrados, e é referência nacional em educação a distância, na saúde pública.

Palavras-chave: Educação a Distância. Educação em Saúde. Saúde Pública.

EN YEARS OF UNA-SUS: CONTRIBUTIONS TO DISTANCE LEARNING IN PUBLIC HEALTH

Francisco Eduardo de Campos; Manoel Barral Netto; Maria Fabiana Damásio

Abstract

This essay aims at describing the main historical aspects that subsidized the Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS' structuring process. Established by Decree No. 7385/2010, UNA-SUS was intended to broadly foster health worker's qualifications within the Brazilian National Health System (Sistema Único de Saúde - SUS), considering the vast diversity of Brazil's realities. Using educational technologies, efforts have been made, through UNA-SUS, to broaden the coverage of qualification strategies, reaching as much as SUS' health workers as possible, to guarantee wide access to the knowledge of public health policies. Currently, UNA-SUS is the biggest health repository in Latin America, with over 1 million users enrolled, and is a national reference concerning distance learning in public health.

Keywords: Education distance. Health Education. Public Health.

A Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) completa, em 2020, 10 anos que foi criada por meio do Decreto 7385/2010, para fomentar a capacitação de trabalhadores e trabalhadoras do Sistema Único de Saúde, por meio das ofertas de especialização e aperfeiçoamento. A capacitação sempre foi uma necessidade dos Sistemas de Saúde, especialmente a partir da aceleração da incorporação dos conhecimentos científicos à assistência. A força da sua instalação se deu pela necessidade de garantir que a formação pudesse ser abrangente e inclusiva.

As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) adotadas previram que todo o universo de trabalhadores pudesse ter acesso a conhecimento atualizado, de qualidade e baseado na integração de conhecimentos técnicos, com as políticas públicas vigentes. A UNA-SUS representa, para SUS, mais um marco, na história da estruturação da Educação Permanente, que vem sendo construída, para fortalecimento da integração ensino-serviço como referência, para subsidiar o trabalhador, na construção da sua prática.

Em momentos anteriores, os conhecimentos dados aos profissionais durante sua graduação eram, muitas vezes, imutáveis ou tinham um avanço lento. Por muito tempo, as atividades educacionais foram vistas como completamente apartadas daquelas de prestação de serviços: havia, assim, uma queixa por parte dos gestores de saúde de que os profissionais recrutáveis, no contexto de trabalho, não estavam aptos ao que deles se esperava (CAMPOS; LEMOS; OLIVEIRA, 2017). Em paralelo, ouviam-se as reclamações dos acadêmicos que tinham compromisso com a qualidade e que não tinham que se limitar ao que os serviços comuns e correntes ofereciam. Os Hospitais Universitários (HU) e os Centros de Saúde Escola (CSE) estiveram, por longo tempo, apartados da realidade assistencial, buscando sempre condições ideais para o ensino. De alguma forma, a expansão do ensino superior no Brasil, ocorrida nos anos 60 do último século, desestabiliza estes arranjos, na medida em que era difícil, em pequenos HU ou CSE, alocar montantes crescentes de estudantes. Concomitantemente, a crise de financiamento da educação impõe que os HU tenham que buscar recursos junto à Previdência Social.

Com a redemocratização e a nova Constituição do País, cristalizou-se a ideia-força de um Sistema de Saúde universal, equânime e com uma abordagem integral. Ali se buscou a ideia de que deveria haver um diálogo entre os Sistemas Educacional e de Saúde que tomou forma no verbo ordenar: o SUS ordena a formação de Recursos Humanos.

Cria-se, assim, a tradição de que os serviços de saúde treinassem os profissionais para tarefas específicas, em conceitos hoje rechaçados que iam até o uso das palavras “reciclagem” e “adestramento”, claramente inapropriadas para concepções pedagógicas pautadas na problematização e reflexão crítica e contextualizada da prática profissional. Eram conceitos instrumentais que se traduziam em abordagens de como tratar enfermidade x ou y, que não teriam sido adequadamente desenvolvidas na graduação. Este modelo é fácil de ser visualizado na medicina, mas se aplica também, em maior ou menor grau, nas outras profissões da saúde.

A pedagogia libertadora indica que a organização dos processos formativos para os serviços deve pensar no contexto do trabalho e na centralidade do trabalhador, como mostrado por Freire (1967) no genérico e que toma, no setor saúde, a forma conceitual da educação permanente dos trabalhadores, que rompe

com a lógica da educação continuada. Projetos isolados e, na maioria das vezes, contra-hegemônicos tentavam criar diálogo entre os setores que, na América Latina, ganha o nome de integração docente assistencial, na tentativa, com maior ou menor sucesso, de aproximar esses dois mundos tão distintos um do outro. De qualquer forma, esta lógica de capacitações tópicas segue por longo tempo, mesmo após a implantação do SUS ter efeito.

Como discutido por vários autores, a Especialização em Saúde Pública era incipiente, contando apenas com cursos de saúde pública das duas instituições tradicionais (ENSP/FIOCRUZ e FSP/USP), raras residências em medicina preventiva e social. Cerca 1980, a ENSP e a FSP/SP ofereciam perto de uma centena de vagas de saúde pública e havia meia dúzia de residências em MPS, nenhuma delas com mais de 10 admissões/ano. O mesmo acontecia com a área de Atenção Primária, não havendo, neste mesmo período, processos amplos de capacitação, a qual se restringia a umas poucas residências que formavam poucas dezenas de profissionais.

Nesse contexto, cada uma das áreas temáticas do Ministério da Saúde e de cada uma das Secretarias estaduais e municipais propunha uma capacitação e a implementava motu próprio, em raras ocasiões valendo-se da academia. Por motivos diversificados, cada um dos programas temáticos promovia arranjos que propiciavam sua própria paleta de capacitações as quais, em geral, não dialogavam entre si. Assim, criou-se uma miríade de capacitações, na maioria das vezes pouco convergente, fosse em conteúdos, fosse em metodologia. Suspeita-se até mesmo de que havia uma pletora desta oferta, sem que se colhesse, ao final, melhoria no processo de trabalho. Muitos gestores chegaram a se queixar de que, se seus funcionários fossem comparecer a todas as capacitações que se lhes ofereciam, sequer trabalhariam.

Finalmente, com a finalidade de cumprir a missão constitucional de ordenar a formação de Recursos Humanos, articulando-se com o setor educacional, harmonizando e ordenando a demanda da capacitação no setor saúde, foi criada, em 2003, a Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde, do Ministério da Saúde (SGTES/MS). Essa perspectiva avançada identificava que educação e trabalho são interdependentes e que dificilmente se resolveria um destes polos sem se alterar o outro.

A SGTES/MS teve como um de seus primeiros desafios estabelecer uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) que, de alguma forma, promovesse convergência entre projetos tão díspares. Uma das primeiras áreas a merecer atenção foi a política de Atenção Básica que passava por uma metamorfose de ser um programa de focalização para se transformar em uma estratégia, usando a saúde da família como seu mote. Com a implantação dessa política, o Departamento de Atenção Básica havia se centrado na preparação de novos profissionais que passaram a compor as equipes, os Agentes Comunitários de Saúde, com cursos introdutórios e, logo a seguir, a ofertas variáveis feitas pelas Escolas Técnicas do SUS. O nível superior ficou desguarnecido, dado que a Atenção Básica (Primária) não possuía profissionais com este enfoque em número suficiente, especialmente na equipe básica: médico, enfermeiro e dentistas, em algumas equipes. Os cursos introdutórios passaram a ser demandados a Universidades e outras instituições. A partir da oferta da especialização, houve uma demanda clara: a de que os ofertantes tivessem capacidade de fornecer a titulação.

Até aquele momento, a educação presencial era praticamente a única existente na área. Há décadas, por exemplo, a Fundação SESP, um dos precursores do SUS, selecionava e deslocava seus profissionais, para que se capacitassem na Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz ou na Faculdade de Saúde Pública da USP, que centralizavam a oferta de especialização em saúde pública, no Brasil. Evidentemente, esses profissionais que se deslocavam ao Rio de Janeiro ou a São Paulo causavam um vazio assistencial em seus postos anteriores e este era o modelo existente. Não podia a Estratégia de Saúde da Família, que já tinha muitos poucos profissionais, abrir mão destes na assistência. Além disso, não havia oferta de Especialização em Atenção Básica ou em Saúde da Família que, naquele momento, se circunscrevia a poucas residências as quais não tinham sequer um preenchimento pleno das vagas oferecidas. Residências são cursadas em dois anos, o que adiaria a entrada de profissionais nos postos de trabalho e deveria contar, adicionalmente, na reconversão daqueles que se encontravam em modalidades distintas (atenção oferecida por pediatras, clínicos, gineco-obstetras em postos de saúde), para o cuidado integral, com responsabilização e seguimento, que era o novo modelo proposto.

Ademais, as formas presenciais de capacitação eram pouco abrangentes: difícil se ter, até 2005, instituição que oferecesse mais de 60 vagas. Isso era incompatível com a ampliação desejada que, para cobrir a toda população brasileira, deveria ter, no mínimo, 30 mil equipes de Saúde da Família, o que significa quase 100 mil profissionais (CAMPOS; LEMOS; OLIVEIRA, 2017). Note-se que menos de 5% dos médicos generalistas no Brasil estavam habilitados, perante o Conselho Federal de Medicina, como especialistas. Naquele momento, o MEC admite e encoraja o surgimento da Educação a Distância (EaD), o que é timidamente aceito por algumas das Instituições de Ensino Superior (IES), no meio de muitas controvérsias. Ressalte-se igualmente que, em apenas cerca de 700 municípios, há registro de oferta de cursos de graduação na área da saúde, o que é pouco mais de 10% dos municípios. Este número é muito menor, caso se tome uma oferta das três profissões nucleares à saúde da família, ou seja, este número é de, aproximadamente, 200, segundo a EPSM/NESCON/UFMG, a partir de dados dos censos educacionais.

A única forma de se articular uma capacitação maciça, a qual pudesse fazer frente à demanda que se apresentava, era multiplicar a capacidade individual daquelas IES que aceitavam a EaD. Como havia muitas fortalezas e debilidades díspares em setores de cada uma delas, a articulação de uma Rede fortaleceria a todos. Foi este o sentido que fez germinar, dentro do Ministério da Saúde (MS), mas em discussões muito próximas com as IES, a proposta inicial de uma Rede Multicêntrica de Apoio à Especialização em Saúde da Família (Rede MAIS).

Um fato isolado convergiu, para que se chegasse a esta solução: a epidemia de dengue, que se alastrou ao final da primeira década deste século, exigia um esforço sobre-humano. Um dos ramos desse esforço foi a avaliação dos profissionais da Atenção Básica, da Rede de Urgência e de resto todos os profissionais de 1º contato, se eles estavam habilitados ao manejo clínico da enfermidade, num momento em que se sabia, por exemplo, que o correto diagnóstico e a hidratação poderiam salvar muitas vidas. De forma ousada, foi preparado um curso e disponibilizado por meio de CD. Diante de uma epidemia que não cedia e da evidência de que os profissionais de primeiro contato com os pacientes deveriam intervir, para evitar a desidratação, encaminhando casos mais complexos, foi montada uma mega-operação de distribuição de 300 mil CD a todos os médicos do País, o que representava números completamente distintos dos anteriores.

A confluência da possibilidade da Educação a Distância por parte das IES públicas, com a necessidade da massiva especialização em Atenção Básica, e ainda a possibilidade de que o uso de meios não convencionais – dos meios impressos ao CD –, distribuídos por via internet, permitiu que se plasmasse o conceito da UNA-SUS, uma Rede cooperativa entre IES, para as quais se pudesse disponibilizar recursos educacionais com presteza, que tivessem experiência com Atenção Básica e que se dispusessem a titular números significativos de profissionais, de forma a atender à demanda então caracterizada. Um fato emblemático concorreu para evidenciar essa possibilidade. Naquele momento, o MS repassava aos municípios, para que estes organizassem sua Atenção Básica, um piso financeiro denominado Piso da Atenção Básica (PAB), que tinha dois componentes: um fixo e um variável. O valor do PAB se destinava a apoiar a operação da Estratégia de Saúde da Família e era proporcional à cobertura atingida no município, de forma a incentivá-lo a ter coberturas maiores.

Na virada do milênio, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, naquele momento, atendia no modelo convencional e decide “virar a chave”, adotando as ESF, mas percebe que só teria apoio substantivo do MS, caso cobrisse mais de 70% da população, para o que seriam necessárias 500 equipes. Até aquele momento, a maioria dos municípios vinha implantando a estratégia de forma gradual, à medida que encontrava profissionais, cobrindo 10%, 20%... O desafio de implantar 500 equipes significava capacitar, no mínimo, mil profissionais. Em alguns momentos, deveriam se juntar a estes os Agentes Comunitários. Esse fato contribuiu, para que em pouquíssimo tempo 5 mil pessoas tenham se exposto a tal capacitação.

Estava lançada a prova conceitual que levou a criação da UNA-SUS, que foi lançada pelos Ministros da Educação e Saúde, no auditório da OPAS, em meados de 2010, cristalizando-se em decreto presidencial, no fim daquele ano. Também ficou claro que uma Secretaria Executiva deveria “reger” este arranjo, que seria coordenado pelo Ministério da Saúde, pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, pelos parceiros educacionais (MEC e ANDIFES) e pela Organização Pan-americana da Saúde.

Feliz coincidência foi a inauguração de um novo edifício sede da Fiocruz, em Brasília, que se somou à convicção de que a iniciativa de receber a Secretaria

Executiva deveria ficar não com uma das Universidades participantes, mas sim com a Fiocruz, instituição estratégica de estado, vinculada ao Ministério da Saúde, com notória expertise em EaD, por meio da ENSP, tendo adicionalmente facilidade de gerir recursos provenientes do Ministério da Saúde.

Estes são elementos contextualizadores os quais explicam que, se o Ministério da Saúde e a gestão do SUS ficassem refém das ofertas espontâneas das IES, para capacitar os quadros já contratados e os recrutados para a Estratégia de Saúde da Família, esta não seria implementada. A Residência em Medicina Geral e Comunitária, cuja oferta vinha crescendo, não conseguia dar conta dessa necessidade, por ser um processo formativo de longo prazo e, naquele momento, não estava conseguindo matricular todas vagas oferecidas. A necessidade de um processo mais rápido, frente ao desafio de 30 mil equipes, para cobrir 150 milhões de pessoas SUS-dependentes, era óbvia.

Muitas equipes não conseguiam reter médicos, havia rotatividade e competição entre esses profissionais. Ademais, dos que eram retidos, constatou-se que não chegavam a 5% dos médicos exercendo a prática que estavam habilitados a fazê-lo. Ainda que se possa considerar que o padrão considerado ouro, para a formação dos médicos gerais, seja a Residência, não havia como expandi-la aos números necessários para abastecer o sistema. A especialização acadêmica, ainda que não seja uma via formal para a obtenção da licença para registro junto ao CRM, passou a ser vista então como uma solução indutora que pudesse, valorizando a especialidade, provocar maior adesão a ela.

A “costura” de uma instância intergovernamental, criando uma parceria com as instituições acadêmicas, para apoiar, tanto a Estratégia de Saúde da Família, quanto as necessidades estratégicas, passou a ser óbvia, até mesmo pela explicação de que, apesar da descentralização ser um princípio organizativo do SUS, negociações mais vultosas poderiam criar modelos para que estados e municípios negociassem melhor, a partir de uma experiência nacional marcante.

A afiliação institucional da Fiocruz com o MS foi um fator facilitador, por sua experiência com a EaD/ENSP, pela “neutralidade” institucional frente a IES altamente competitivas e pela facilidade propiciada pela inauguração de sua nova sede, em Brasília. Após seu batismo por meio do Decreto Presidencial, a UNA-SUS – que já existia informalmente através da Rede colaborativa, de caráter mais horizontal –

passa a ter sua institucionalidade, por intermédio de um longo trabalho tripartite entre o Ministério da Saúde (SGTES/MS), a Fiocruz e o Ministério da Educação. Importante afirmar também que uma generosa doação de equipamentos foi realizada como um primeiro impulsionamento às IES que participariam da iniciativa. Esses equipamentos ainda estão em uso, 10 anos depois.

O fluxo de demandas que o Ministério da Saúde identificava, em diálogo com os estados e os municípios, era, na medida do possível, aprovado em um Conselho Deliberativo ad hoc. A Secretaria Executiva fazia transitar as demandas até que iniciativas educacionais fossem aprovadas e devidamente certificadas pelas Universidades. Assim se inicia e perdura por 10 anos uma experiência que é marcante, tanto em termos de números – não é trivial ter mais de 3 milhões de matrículas – quanto de qualidade, em termos de acompanhamento das principais tendências da EaD, em nível nacional e global, em um quadro em que deve acontecer uma transformação de grande monta nas propostas pedagógicas, de forma a manter o interesse e o envolvimento, focando mais o aprendizado que o ensino, na citação mais repetida nos ensinamentos de Luiz Carlos Lobo, um de seus principais assessores.

Assim, a UNA-SUS representa um desafio que se instalou, porque era necessário fazer valer a educação permanente como elemento estruturante do Sistema Único de Saúde. Dada a sua relevância e a necessidade premente de garantir ferramentas de expansão do conhecimento, a exemplo do que estava em curso no cenário mundial, a educação permanente precisava incorporar, em suas práticas, estratégias para universalizar a integração ensino-serviço, reiterando os princípios do SUS. Além disso, para além de uma educação corporativa, optou-se por desenhar uma estratégia integradora das grandes referências de formação para a saúde, que são as instituições públicas de ensino superior, no sentido de despertar nelas o potencial formativo existente para, enquanto Rede, reforçarem o compromisso de fazer chegar a todos os trabalhadores e trabalhadoras da saúde pública os conhecimentos, para o aprimoramento das suas práticas. O trabalho em Rede é um elemento basilar do que preconiza a Fundação Oswaldo Cruz, para o desenvolvimento das suas práticas em Saúde Pública. Assim, ao assumir a Secretaria Executiva da UNA-SUS, a Fiocruz incorpora em seu escopo de atuação mais um caminho, construído por meio do trabalho colaborativo e coletivo com as

universidades, uma estratégia de ação de fortalecimento das políticas públicas de educação permanente em saúde, considerando que a atuação em Rede representa o reconhecimento da potência de articulação, para abarcar a diversidade presente em todo o cenário nacional. Tudo o que hoje representa a UNA-SUS significa o acúmulo de saberes, baseados nas trocas de experiências na Rede, quando pouco se falava da incorporação de tecnologias para a saúde pública.

Ao longo dos dez anos, a Rede UNA-SUS construiu um patrimônio de formação, para a saúde pública, que representa o conglomerado de tecnologias educacionais, de conhecimentos advindos dos diversos grupos de pesquisadores em saúde pública, distribuídos entre as 34 universidades que fazem parte da Rede, a partir das diretrizes e políticas públicas aprovadas pelo Ministério da Saúde que subsidiam as práticas dos trabalhadores e trabalhadoras do SUS. O Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES), repositório que foi estruturado para receber todos os recursos educacionais produzidos pelas universidades, conta com mais de 17000 recursos e é considerado o maior da América Latina em saúde pública. A partir da mobilização feita pela Secretaria Executiva da UNA-SUS, foi possível avançar de modo significativo no desenvolvimento de novas ferramentas, a fim de facilitar o processo educacional. As universidades se tornaram referência na estruturação de Núcleos de Educação a Distância e fizeram com que o debate sobre essa modalidade de ensino se fizesse presente e a sua construção se tornasse uma realidade (OLIVEIRA, 2015).

É importante destacar o papel da formação frente às emergências sanitárias, como foi o caso da Zika que, por meio do curso ofertado com 45 horas, a formação foi garantida para aproximadamente 70.000 trabalhadores do Brasil e de toda a América Latina. Agora, com a pandemia da COVID-19, foi reconhecida a necessidade de construção de um hot site, para garantir a oferta de informações qualificadas pelas autoridades sanitárias nacionais e internacionais e de cursos e recursos educacionais pactuados com as demandas feitas pelo Ministério da Saúde. Os resultados alcançados, com 4 meses de trabalho durante a pandemia, reafirmam o que a UNA-SUS construiu ao longo dos seus 10 anos. A plataforma alcançou acesso de 90000 usuários por dia e suas redes sociais foram ampliadas de 12000 para 600000 novos participantes. Além disso, durante a quarentena, foram realizadas mais de 500000 matrículas em cursos diversos. Para que as ações pudessem ser

concretizadas, mais uma vez as universidades públicas honraram o seu compromisso de atuarem em Rede para, prontamente, responderem às demandas de formação dos trabalhadores do SUS no Brasil.

Os 10 anos de UNA-SUS prioritariamente foram dedicados à Atenção Primária à Saúde. O atendimento às demandas de educação do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) foram exemplos dos compromissos assumidos pelo sistema.

A UNA-SUS também se dedicou à construção de estratégias de educação para o Zika Vírus e COVID-19, além das inúmeras emergências sanitárias que ocorreram ao longo desse período. O compromisso com a educação permanente seguiu sendo reiterado com o reconhecimento da educação como um caminho necessário de transformação das realidades adversas que acometem o cenário sanitário brasileiro.

Falar dos 10 anos da UNA-SUS também é ter clareza do que se construiu, bem como do caminho que ainda há pela frente. É reiterar que a Rede UNA-SUS é uma potência de fortalecimento da educação permanente de qualidade, com garantia de acesso aberto ao conhecimento, colaboração em Rede, que valoriza as articulações locais e interfederativas, com um olhar em torno das necessidades de trabalho e valorização das trajetórias profissionais dos trabalhadores.

É, também seguir assumindo os desafios colocados pelas tecnologias educacionais, tais como: aprimoramento das articulações em Rede, ampliando para ofertas internacionais; incorporação de novas estratégias de interatividade, fazendo com que práticas educacionais estejam cada vez mais conectadas, de modo a atender às necessidades de formação para a saúde pública, buscando qualificar a demanda de atendimento à população brasileira.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, F. E.; LEMOS, A. F. ; OLIVEIRA, V. A. UNA-SUS: um ecossistema resiliente. *In: CAMPOS, F. E. de et al. (Org.). **Experiências exitosas da Rede UNA-SUS**. São Luís: EDUFMA, 2017. p. 15-30.*

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

OLIVEIRA, V. A. O quebra-cabeça da Universidade Aberta do SUS. *In*: GUSMÃO, C. M. G *et al* (Org.). **Relatos de uso de tecnologias educacionais na educação permanente de profissionais de saúde no sistema Universidade Aberta do SUS**. Recife: Editora Universitária UFPE, 2015. p. 13-29.

AUTORES



Francisco Eduardo de Campos

Especialista em C&T da Fiocruz, professor titular aposentado da Faculdade de Medicina da UFMG e Diretor do NESCON. Serviu em diferentes momentos à Organizações Pan-Americana e Mundial da Saúde e ao Ministério da Saúde, como Secretário de Recursos Humanos e Secretário da SGTES.



Maria Fabiana Damásio

Psicóloga com Mestrado em Psicologia, pela UFBA e Doutorado em Psicologia, pela UnB. É analista de gestão em saúde da Fiocruz, Diretora da Fiocruz-Brasília e Secretária Executiva da Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS. É docente da Escola de Governo da Fiocruz em Brasília.



Manoel Barral Netto

Médico, pela Faculdade de Medicina da Bahia-UFBA, 1976; Doutorado em Patologia Humana, 1988. É membro titular da Academia Brasileira de Ciências e Comendador da Ordem Nacional do Mérito Científico. Atualmente, é pesquisador titular da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-Bahia). Foi Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação da UFBA e Diretor da Faculdade de Medicina da Bahia (UFBA). Foi Diretor de Programas Temáticos e Setoriais do CNPq (2003 a 2006) e Diretor de Cooperação Institucional do CNPq. É membro do Comitê Gestor do Fundo Setorial de Saúde (MCTI) e do Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CCT). Foi Diretor do Instituto Gonçalo Moniz (Fiocruz-Bahia) e Vice-Presidente de Educação, Informação e Comunicação da Fiocruz.