

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

WAGNER LUIS NATARIO PEREIRA

A Educação Continuada e Permanente como estratégia de formação e desenvolvimento do profissional Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família

Rio de Janeiro
2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

WAGNER LUIS NATARIO PEREIRA

A Educação Continuada e Permanente como estratégia de formação e desenvolvimento do profissional Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.
Orientador: Prof. Dr. Hesio de Albuquerque Cordeiro.

Rio de Janeiro
2008

AGRADECIMENTOS

Cada ser humano é um mundo a ser explorado, uma historia a ser compreendido,
um solo a ser cultivado.

À luz das ciências todos os somos dignos e iguais.

Assumir a autoria de sua própria vida é garantir ao homem o desenvolvimento de um
eu crítico, lúcido, capaz de tomar decisões e de se superar.

Pensar é transformar-se.

Educar de forma contínua e permanente é garantir autonomia; é estimular a
formação de pessoas empreendedoras, pensadores criativos, seguros, tolerantes,
tranqüilos.

Este tipo de educação emocional levará o homem a reaver a sabedoria, a
contemplar o belo, a se apaixonar pela vida e pela espécie humana.

Assim terá valido a pena se tornar um Mestre.

(Maria Cristina Rodrigues Pereira – minha esposa)

RESUMO

Este trabalho propõe uma reinterpretação do papel do Grupo de Apoio Técnico na formação e desenvolvimento profissional dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. O sucesso da estratégia também depende da constituição do GAT como um núcleo locorregional de Educação Continuada e Permanente em Saúde que contribuirá para o aprimoramento e sustentação de um modelo de estratégia que atenda efetivamente às necessidades de saúde da família brasileira, ainda tão marcada pelas desigualdades sociais. A Estratégia Saúde da Família se constitui no mais novo modelo de reorientação da atenção básica, não podendo ser encarada como uma tentativa política de escamotear os problemas de saúde pública que afetam nosso país. O profissional enfermeiro, engrenagem fundamental para aliar eficácia e efetividade, deve assumir seu papel com competência e habilidade, dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da bioética. É por esta razão que hoje se atribui uma enorme importância ao que acontece depois da formação. Não é consenso que um formando sem ajuda possa por si só, mobilizar seu desempenho profissional e os saberes adquiridos durante seu processo de formação. Torna-se necessário um acompanhamento efetivo que garanta o êxito no desempenho profissional. Numa nova perspectiva o GAT deve assumir também junto às universidades, o papel de agente de formação, um acompanhante que tem como responsabilidade ajudar em contexto de trabalho as equipes a aplicarem seus conhecimentos, incentivando-os a superar os obstáculos com que se deparam e valorizando o trabalho transprofissional que proporcionará uma ação integral.

Palavras-chave: Supervisão. Treinamento. Problemática.

ABSTRACT

This work sets out a new interpretation about the role of Technical Support Group (T.S.G.) in questions refer to vocational training of nurses which work in Family Health Strategy. T.S.G. also has to work as a regional place of Health Permanent and Continuing Education, ensuring that professionals and families can use the new model of Health Basic Attention in totally. Nurses are considered the best way of join up efficiency and effective; their performance must unite competence and skill, standard of quality and bioethics principles. The main thing in the vocation professional is what happens before the course finished. Newgraduates need permanent accompaniment to grow up. T.S.G. must join the Universities to propose actions like a educator, in other words, a responsible for those professionals who became to take party in the health family team work; motivate them to overcome the obstacles and value the teamworks for a comprehensive action.

Keywords: Supervision, training, problematization.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
1.1	PROBLEMA DO ESTUDO	12
1.2	OS OBJETIVOS DA PESQUISA	14
1.2.1	O Objetivo Geral	14
1.2.2	Objetivos Específicos	15
2	REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1	HISTÓRIA POLÍTICA DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE E RECURSOS HUMANOS	16
2.2	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	19
2.3	FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	20
2.4	EDUCAÇÃO CONTINUADA E PERMANENTE EM SAÚDE	21
2.5	EDUCAÇÃO PERMANENTE E EDUCAÇÃO EM SERVIÇO	23
3	METODOLOGIA	27
3.1	DESENVOLVIMENTO	27
3.1.1	PRÉ-TESTE - Estudo exploratório de validação do instrumento	28
3.2	COLETA DE DADOS	29
3.3	TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS	31
3.4	DISCUSSÃO DOS DADOS	34
3.5	CONCLUSÃO	34
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
4.1	FORMAÇÃO PROFISSIONAL	38
4.1.1	Em relação a subcategoria que considera a graduação insuficiente, destacamos alguns relatos	38
4.1.2	Aprender por conta própria	39
4.2	CONTRIBUIÇÃO DO INTRODUTÓRIO	41
4.2.1	Conceito teórico distanciado da realidade	43
4.3	DIFERENÇA ENTRE EDUCAÇÃO CONTINUADA E PERMANENTE	44
4.3.1	Treinamento em serviços com metodologias diferentes	45
4.4	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DE EDUCAÇÃO CONTINUADA	46
4.4.1	Participação em Treinamentos nos Programas de Saúde Pública	46
4.4.2	Realização de Treinamentos para os Agentes Comunitários de Saúde	47
4.5	ENFRENTAMENTO DOS PROBLEMAS	48
4.5.1	Técnicas Grupais, encontros de discussão, reuniões de equipe, apoio institucional e parcerias	49
4.6	PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO EM RELAÇÃO AO GRUPO DE APOIO TÉCNICO (GAT)	50
4.6.1	Supervisão e apoio técnico de uma equipe multidisciplinar	51
4.7	EFICÁCIA DOS TREINAMENTOS	51
4.8	ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	52
4.8.1	Oportunidades criadas para superar as dificuldades diárias	52

4.9	ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO DESENVOLVIDAS NAS UNIDADES SAÚDE DA FAMÍLIA E AS PRECONIZADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE	54
4.9.1	Sobrecarga de trabalho	54
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
	REFERÊNCIAS	64
	ANEXO 1: ROTEIRO DE ENTREVISTA	66
	ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	67
	ANEXO 3: PORTARIA nº 198/GM/MS	68
	ANEXO 4: PORTARIA nº 1.996/GM/MS	73
	ANEXO 5: AS ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DE SAÚDE BUCAL E DE ACS	84
	ANEXO 6: MAPA DAS ÁREAS PROGRAMÁTICAS DO RIO DE JANEIRO	89

1 INTRODUÇÃO

A partir da promulgação da Constituição Federal em 1988 foram definidas como diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade. O processo de construção do Sistema Único de Saúde, ao ser desenvolvido sobre esses princípios, visou reduzir o hiato, ainda existente, entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta de ações e serviços públicos de saúde à população brasileira.

A incapacidade do conhecimento atual e das práticas hegemônicas para responder aos novos problemas e necessidades nas áreas da saúde e educação geram importantes contradições. Algumas se encontram relacionadas aos processos mais gerais de transformação no mundo do trabalho, nas relações entre pessoas e segmentos sociais e entre produção e consumo de bens e serviços. Todas decorrentes das inovações tecnológicas e das novas maneiras de organizar e gerenciar o processo de produção. Há setores de produção inteiramente novos: novas maneiras de fornecimento de serviços, novos mercados e uma nova dinâmica muito mais intensa, de inovação comercial, tecnológica e organizacional. Exige-se do trabalhador de saúde que ele seja polivalente e multiquificado, devendo exercer funções cada vez mais abstratas e intelectuais, em detrimento do trabalho manual. Do mesmo modo, almeja-se que esse trabalhador desenvolva capacidade de diagnóstico, de solução de problemas, de tomada de decisão, de intervenção no processo de trabalho, de atuar em equipe, de auto-organização e de enfrentamento de situações em constante mudança.

Todo esse processo de transformação determina crises que se revelam nas políticas e nas estruturas da sociedade. No campo da saúde, a crise se explicita

principalmente nas contradições entre o paradigma dominante e o paradigma da construção social da saúde. O primeiro vê a saúde de um ponto de vista biologista, centrado na doença, na hegemonia médica, na atenção individual e na utilização intensiva de tecnologia. O segundo baseia-se na concepção social da saúde, apoiada no fortalecimento do cuidado, na promoção, na ação intersetorial e na crescente autonomia dos profissionais e da população.

Na educação, a crise se revela na contraposição entre uma concepção tradicional e uma concepção crítica reflexiva. A primeira utiliza-se de uma pedagogia de transmissão, onde a prática pedagógica se encontra centrada na figura do professor e na aquisição de conhecimentos de maneira desvinculada da realidade. A segunda se fundamenta na construção do conhecimento a partir da problematização da realidade, na articulação entre teoria e prática e na participação ativa do estudante no processo de ensino–aprendizagem.

No Brasil, ao longo dos anos, observa-se no setor saúde um processo democrático e significativo de reforma, protagonizado por importantes segmentos sociais e políticos. Tais reformas culminam em mudanças significativas nos currículos universitários, em especial no processo de formação profissional, que passa a fazer parte da agenda dos gestores do SUS em todos os âmbitos. Reconhece-se, que as várias instâncias do SUS cumprem um papel indutor no sentido das mudanças, seja no campo das práticas de saúde seja no campo da formação profissional.

No cenário da formação destacam-se dois aspectos fundamentais para os formuladores e gestores de política e programas de saúde. Necessidade crescente de adequar antigos currículos das escolas médicas e de enfermagem às mudanças sociais, novos perfis epidemiológicos e as demandas dos serviços, e o

descompasso entre os serviços configurados no primeiro nível de atenção e a suficiente disponibilidade de pessoal preparado para atender a essa demanda.

O Ministério da Saúde iniciou em 1997, a implantação de Pólos de Capacitação. Formação e Educação, vinculados a Instituições de Nível Superior (IES) e Escolas de Saúde Pública das Secretarias Estaduais de Saúde. Os pólos foram financiados com recursos do Reforsus voltados para o desenvolvimento de recursos humanos responsáveis pela implementação de estratégias de Saúde da Família.

No período compreendido entre 1996 e 2000, o município do Rio de Janeiro passava por um processo de discussão sobre o Programa de Agente Comunitário em Saúde (PACS) implantado no Complexo da Maré, desde 1996. A coordenação da área programática 3.1 instituiu uma equipe de supervisão composta por enfermeiro, odontólogo, assistente social, sanitarista e médico para dar suporte às equipes, bem como garantir o processo de Educação Continuada e Permanente. Convidado a fazer parte dessa equipe multidisciplinar passamos a atuar na supervisão e na reestruturação dos serviços das unidades da Maré.

Vale destacar que a expansão da Estratégia Saúde da Família no ano de 2002, levou a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro a instituir e ampliar para todas as áreas programáticas equipes de supervisão, denominando-as Grupo de Apoio Técnico (GAT). A finalidade primordial era a implantação do processo de Educação Continuada e Permanente junto aos profissionais que atuavam na Estratégia Saúde da Família. Este processo garantiria o aperfeiçoamento profissional e a melhoria da capacidade resolutiva, propiciando criação de vínculos e o desenvolvimento de um trabalho pautado nos princípios do Sistema Único de Saúde.

Em 2003 fui convidado a atuar como docente na Universidade Estácio de Sá, já tendo sido operada a mudança curricular com a inclusão da disciplina Saúde da Família e da Comunidade, no Curso de Enfermagem. Esse convite foi feito devido a experiência adquirida como enfermeiro na estratégia saúde da família na comunidade de Antares, localizada em Santa Cruz, Zona Oeste do município do Rio de Janeiro e minha especialização em Saúde da Família. Resultado desse envolvimento profissional resultou na participação e na elaboração da ementa da disciplina provocando uma nova forma de agir profissional, envolvendo professor, aluno e comunidade.

As experiências vividas como enfermeiro e supervisor, aliado ao novo desafio de docente, levaram-me ao Mestrado Profissional para atender as minhas indagações e inquietações sobre a formação dos profissionais enfermeiros.

1.1 PROBLEMA DO ESTUDO

A escolha do tema reflete a preocupação com um fazer Enfermagem, voltado para os desafios do novo modelo de atenção à saúde, com o firme propósito de alterar a desigualdade na assistência, universalizando o acesso ao atendimento de acordo com as diretrizes do SUS.

Essas diretrizes apontam para um profissional comprometido com as questões sócio-políticas que afligem a população. O enfermeiro que atua na estratégia saúde da família deve garantir o acesso aos serviços de saúde; atendimento de acordo com o princípio da integralidade e a participação das famílias no controle social. É necessário rever se a formação desses profissionais se encontra em sintonia com a Política Nacional de Recursos Humanos, identificando a

contribuição do Grupo de Apoio Técnico implantado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro na realização de atividades de Educação Continuada e Permanente em Saúde.

A Conferência Nacional de Recursos Humanos realizada em 1986, no que se refere ao processo educativo na perspectiva dos serviços, adota a terminologia Educação Continuada conceituando-a como processo organizado, permanente, sistemático, direcionado a clientes institucionais, através de políticas de saúde voltadas para a real necessidade dos usuários (CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS, 1986). Essa concepção confere ao usuário a posição de sujeito ativo, o que possibilita o desenvolvimento do processo educativo de forma democrática.

A Educação Continuada, surge como uma alternativa para suprir as necessidades diversificadas e dinâmicas da educação, propiciando ao profissional de enfermagem oportunidades para se preparar e enfrentar as rápidas mudanças da sociedade moderna, posicionando-se como sujeito e como tal, capaz de gerir a sua educação ao longo da vida.

A Portaria 198/GM/MS de 13 de Fevereiro de 2004, institui a Política Nacional de Educação Permanente como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor e dá outras providências.

A Educação Permanente tem como objeto de transformação o processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Reflete sobre o que está acontecendo no serviço e o que precisa ser transformado. Trata-se, segundo Rovere (1994) “a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços cuja finalidade é melhorar a saúde da população”.

Nesse sentido, o processo de capacitação e educação dos profissionais deve ser contínuo, atendendo as necessidades das equipes, além de possibilitar o aperfeiçoamento profissional, superando os interesses individuais e buscando a cooperação e soluções coletivas. Estas reflexões me levaram a querer saber sobre: A Educação Continuada e Permanente como estratégia de formação e desenvolvimento do profissional enfermeiro que atua na Estratégia Saúde da Família.

1.2 OS OBJETIVOS DA PESQUISA

1.2.1 O Objetivo Geral

Descrever as ações de Educação Continuada e Permanente como Estratégia na Formação e Desenvolvimento do Enfermeiro que atua na Estratégia Saúde da Família, a partir do olhar para as políticas de formação em saúde, identificando a contribuição que promove para este processo o Grupo de Apoio Técnico (GAT) da Área Programática 5.III do município do Rio de Janeiro.

1.2.2 Objetivos Específicos

- ✚ Identificar a percepção que os enfermeiros possuem sobre Educação Continuada e Permanente na Estratégia Saúde da Família da AP 5.III.
- ✚ Descrever as atividades de Educação Continuada e Educação Permanente realizadas pelos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família da AP.5.III.
- ✚ Reconhecer a contribuição do Grupo de Apoio Técnico (GAT) na aplicação de políticas de formação em recursos humanos na Área Programática 5.III.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 HISTÓRIA POLÍTICA DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE E RECURSOS HUMANOS

As Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos são marcos decisórios de definição política para o setor saúde. A Educação Continuada e Permanente crescem em importância neste contexto, apesar de seu papel ainda ser vago na reorganização dos modelos assistenciais e na reestruturação educativa no interior dos serviços de saúde, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família.

Em 1941 e 1950, nas primeiras Conferências, a abordagem centra-se na figura do profissional médico. A ampliação deste modelo encontra-se na III Conferência, em 1963, quando se incorporam preocupações relativas à preparação de pessoal de nível técnico.

Em 1967 e 1975 nas IV e V Conferências, surge o 'treinamento em serviço' mas, somente na VI Conferência, em 1977, é que a Educação Continuada surge de modo explícito, como uma resposta à necessidade de que a carreira de sanitarista, implantado a partir da deliberação da Conferência, deveria acoplar novos conhecimentos, ampliando seu campo.

Em 1980, na VII Conferência, a Educação Continuada passa a se relacionar com projetos de extensão de cobertura, ressaltando-se propostas que ampliam os programas de integração docente-assistencial e a educação.

Em 1986, na VIII Conferência de Saúde, a área de recursos humanos ganha destaque, passando a serem convocadas Conferências específicas sobre o tema.

Nesta I Conferência de Recursos Humanos ainda em 1986, a Educação Continuada foi definida como um processo organizado permanente, sistemático, direcionado a clientes institucionais, com uma política de saúde definida, tendo em vista a real necessidade dos usuários. Esta deve ser um instrumento de reforço à ação articulada e hierarquizada interinstitucional, podendo em médio prazo, interferir na graduação universitária.

Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde, enfatiza a criação de Comissões Permanentes de Integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, que tem como finalidade propor prioridades, métodos e estratégias de formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS. Esta Lei enfatiza, ainda, os Pólos de Capacitação em Saúde da Família, que superariam o modelo fragmentado e segmentado de formação do profissional.

Em 1992, a IX Conferência de Saúde, ressalta a importância de se assegurar uma Política de Formação e Capacitação de Recursos Humanos articulados com os órgãos formadores; garantir escolas de formação de trabalhadores de saúde nas Secretarias de Saúde e/ou de Educação e Universidades; garantir recursos orçamentários para a educação profissional através dos Estados e Municípios.

Em 1993, na II Conferência de Recursos Humanos, propõe-se a criação de estruturas de desenvolvimento de recursos humanos nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com sistematização de programas de educação continuada de forma descentralizada e institucional.

Em 1996, a X Conferência de Saúde, reforça todos os itens anteriores, mas enfatiza a inclusão da comunidade no controle social e em 2000, a XI Conferência reconduz a discussão para a consolidação da interface formação-gestão, colocando a Educação Permanente e Continuada com papel de destaque na transformação social e de mentalidade. Se por um lado, a Educação Continuada cresce em

discurso, na prática não se tem observado a formulação de proposta práticas e eficazes. Em documento do Ministério da Saúde, intitulado 'Política de Recursos Humanos para o SUS - Prioridades e Diretrizes para a Ação do Ministério da Saúde (1995), a Educação Continuada aparece como uma das prioridades do Ministério, criando a Secretaria Geral de Trabalho e Educação em Saúde propondo diretrizes nacionais para uma política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Em 2007, vale destacar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que através da portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto, dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. O primeiro ponto diz respeito as ações de educação na saúde que passam a compor o Pacto de Gestão onde os gestores federais, estaduais e municipais se comprometem através do Pacto pela Saúde garantir o desenvolvimento da política para a qualificação profissional dos trabalhadores da área. Como resultado espera-se mudanças das práticas em saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, quais sejam: descentralização político-administrativa; participação da comunidade; igualdade e integralidade da assistência; universalidade, dentre outros. O segundo ponto importante é que os gestores passam a contar com o financiamento federal, regular e automático para a Educação em Saúde, para que possam ter condições de planejar regionalmente a curto, médio e longo prazo ações educativas de formação e desenvolvimento que respondam às demandas do sistema, de acordo com a realidade local. O terceiro ponto relevante da política é a reafirmação dos princípios da Educação Permanente em saúde como eixo norteador para a construção dos Planos Regionais. Estes devem evidenciar a relação entre desenvolvimento organizacional e Desenvolvimento individual; uma metodologia pedagógica especial que forme no

trabalho e para o trabalho; e ainda, demandas definidas a partir do contexto situacional vivenciado no cotidiano do trabalho.

2.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Na década de 90, tem início a implantação do Programa Saúde da Família, que deveria contribuir para a construção e consolidação do SUS, a partir da atenção básica. O alcance e os limites desta proposta têm alimentado discussões na área da formação e gestão de Recursos Humanos em Saúde, face os desafios para a transformação das práticas profissionais e a efetivação do Sistema Único de Saúde.

Entender a Estratégia Saúde da Família como estratégia de mudança, significa repensar práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo de produção social da saúde. Amplia-se a complexidade das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde e aumentam seus limites e suas possibilidades de atuação, requerendo desses profissionais novas habilidades. Além das atividades de assistência desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família, igualmente importantes são as de planejamento como: identificar, conhecer e analisar a realidade local e propor ações capazes de nela interferir.

Os profissionais das Equipes Saúde da Família, convivendo com a comunidade em que atuam, podem desencadear mudanças significativas em sua área de abrangência se observarem o cotidiano dessas pessoas, com base nas teorias e conceitos do Sistema Único de Saúde.

O Ministério da Saúde afirma que a Estratégia Saúde da Família pode garantir assistência integral, contínua, com resolutividade e boa qualidade às necessidades da população adscrita, intervindo sobre os fatores de risco aos quais a população

está exposta; humanizando as práticas de saúde através dos vínculos entre profissionais e a população; contribuindo para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença e, principalmente, garantindo os princípios do Sistema Único de Saúde.

2.3 FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

A formação tradicional em saúde, baseada na organização disciplinar e nas especialidades, conduz ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades, levando a formação de especialistas que não conseguem lidar com totalidades ou realidades complexas. Formam-se profissionais que dominam diversos tipos de tecnologias, cada vez mais incapazes de lidar com a subjetividade das pessoas em questões complexas como a dificuldade de adesão ao tratamento; o autocuidado; a educação em saúde; o enfrentamento da dor; da perda; da morte; o direito das pessoas a saúde; ou a necessidade de ampliar a autonomia dos pacientes.

Vivemos hoje um processo de esgotamento do modelo tradicional de formação e em busca de caminhos que possam nos levar a uma transformação da assistência à saúde. São muitos os movimentos, processos de mudança e experiências em andamento na área da saúde e educação.

Nessa perspectiva, torna-se necessário o redirecionamento do processo de trabalho devido às novas competências exigidas do trabalhador de saúde. Inicia-se, então, a discussão sobre a resolução 335, de 27 de Novembro de 2003 do Conselho Nacional de Saúde, que institui a Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde: Caminho para Educação Permanente em Saúde.

Os conceitos fundamentais veiculados nesse processo de mudança são os de Educação Permanente, integração ensino-prática, mudança curricular, que vêm exigindo mecanismos de educação condizentes com tais transformações.

2.4 EDUCAÇÃO CONTINUADA E PERMANENTE EM SAÚDE

Para que se produzam resultados satisfatórios na reorganização das práticas de serviços, a equipe necessita de um processo de capacitação e informação contínuas e eficazes, de modo a atender às necessidades trazidas pela demanda. Além de possibilitar o aperfeiçoamento profissional, a Educação Continuada é um importante mecanismo no desenvolvimento da própria equipe multiprofissional e de vinculação dos profissionais com a população – característica que fundamenta todo o trabalho na Estratégia Saúde da Família.

Segundo Ricas (1994), a Educação Continuada englobaria as atividades de ensino após o curso de graduação com finalidades mais restritas de atualização, aquisição de novas informações e/ou atividades, de duração definida e através de metodologias tradicionais.

[...] a Educação Continuada será entendida como um conjunto de práticas educacionais, planejadas no sentido de oportunizar o desenvolvimento do profissional, com a finalidade de ajudá-lo a atuar mais efetiva e eficazmente na sua vida institucional. (SILVA, 1989).

O conceito de Educação Permanente em Saúde, utiliza como pressuposto pedagógico a noção de aprendizagem significativa, que vincula o aprendizado a elementos que façam sentido para os sujeitos envolvidos, de modo que os processos de capacitação sejam estruturados a partir da problematização do trabalho. Dessa forma, a Educação Permanente é entendida como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam no cotidiano das organizações.

O objetivo central da Educação Permanente é a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência à necessidade de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde.

A Educação Permanente deve se iniciar pelo Treinamento Introdutório da equipe através dos Pólos de Educação Permanente, utilizando-se de todos os meios pedagógicos e de comunicação disponíveis, em sintonia com as realidades locais.

O Ministério da Saúde iniciou, em 1997, a implantação de Pólos de Capacitação, Formação e Educação, vinculados a Instituições de Nível Superior e Escolas de Saúde Pública das Secretarias Estaduais de Saúde. Os pólos foram financiados através de recursos do Reforsus, objetivando o desenvolvimento dos recursos humanos responsáveis pela implementação e execução das Diretrizes Operacionais da Estratégia de Saúde da Família, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Em 2004 o município do Rio de Janeiro, adotou a formação de um Grupo de Apoio Técnico, composto inicialmente por um supervisor operacional e uma equipe técnica multiprofissional com intenção de acompanhar e supervisionar a dinâmica do trabalho desenvolvido pelas equipes da estratégia saúde da família.

2.5 EDUCAÇÃO PERMANENTE E EDUCAÇÃO EM SERVIÇO

A Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais, ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar.

Pode vir a completar à Educação Continuada, enquanto esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos, pode, também, corresponder à Educação Formal de Profissionais (VASCONCELOS, 2001).

A Educação Permanente em Saúde configura, ainda, o desdobramento, sem filiação, de vários movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde, resultando da análise das construções pedagógicas na educação em serviços de saúde, na continuidade da educação continuada para o campo da saúde, e como suporte na educação formal de profissionais de saúde (PAIM, 2004).

Segundo Vasconcelos (2001), Paulo Freire se refere, no que diz respeito aos movimentos de mudança na atenção em saúde, como sendo a mais ampla intimidade cultural e analítica, aborda também a importância da educação permanente como agente modificador nos movimentos de mudança na gestão, como geradora de autonomia intelectual, e com isso se torna responsável pelos movimentos de mudança na educação de profissionais de saúde.

A introdução da educação permanente em saúde seria estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, estabelecendo ações intersetoriais oficiais e regulares com o setor da educação, submetendo os processos de formação a mais ampla permeabilidade das necessidades/direitos de saúde da população e da universalização e equidade das ações e dos serviços de saúde.

A interação entre os segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde deveria permitir o reconhecimento das características locais, valorizar as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, estabelecer a aprendizagem significativa e a efetiva, e a criativa capacidade de crítica, bem como produzir sentidos, auto-análise e

autogestão. Para tanto, teremos de pensar/providenciar subsídios para que se pense/providencie a Educação Permanente em Saúde.

Ricardo Ceccim (2004) nos diz que para realizarmos educação permanente de forma efetiva, devemos pensar no quadrilátero da formação, que tem por objetivo a interação entre os segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde. A mesma deve permitir dignificar as características locais, valorizar as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, estabelecer a aprendizagem significativa, e a criativa capacidade de crítica, bem como produzir sentidos, auto-análise e autogestão. Para tanto, teremos de providenciar subsídios para que se providencie a Educação Permanente em Saúde.

Dentre os elementos para pensar/providenciar a Educação Permanente em Saúde estão os componentes do Quadrilátero da Formação: a primeira delas deverá ser a análise da educação dos profissionais de saúde, no intuito de mudar a concepção hegemônica tradicional (biologicista, mecanicista, centrada no professor e na transmissão) para uma concepção construtivista (interacionista, de problematização das práticas e dos saberes); mudar a concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento (por centros de excelência e segundo uma produção tecnicista) para o incentivo à produção de conhecimento dos serviços e à produção de conhecimento por argumentos de sensibilidade. A seguir a análise das práticas de atenção à saúde, no intuito de construir novas práticas de saúde, tendo em vista os desafios da integralidade e da humanização e da inclusão da participação dos usuários no planejamento terapêutico. Em terceiro lugar a análise da gestão setorial, para configurar de modo criativo e original a rede de serviços, assegurando redes de atenção às necessidades em saúde, considerando na avaliação a satisfação dos usuários. E em

quarto lugar a análise da organização social, que deve verificar a presença dos movimentos sociais, dar guarida à visão ampliada das lutas por saúde e à construção do atendimento às necessidades sociais por saúde.

O papel das práticas educativas deve ser crítica e incisivamente revisto para que almeje a possibilidade de pertencer aos serviços, profissionais e estudantes a que se dirigem, de forma que os conhecimentos que veiculam alcancem significativo cruzamento entre os saberes formais previstos pelos estudiosos ou especialistas e os saberes operadores das realidades, detidos pelos profissionais em atuação, para que viabilizem auto-análise e principalmente autogestão.

Os saberes formais devem estar implicados com movimentos de auto-análise e autogestão dos coletivos da realidade, pois são os atores do cotidiano que devem ser protagonistas da mudança de realidade desejada pelas práticas educativas.

Uma questão que se coloca para a auto-análise e a autogestão dos indivíduos é o trabalho com eixo na integralidade, superando a modelagem de serviços centrados em procedimentos, de usuários interpretados como peças orgânicas ou como simples território onde evoluem os quadros fisiopatológicos e de doenças enfrentadas como eventos biológicos (como se esse conhecimento fosse de ciências naturais).

Dessa maneira, além de processos que permitam incorporar tecnologias e referenciais necessários, é preciso implementar espaços de discussão, análise e reflexão da prática no cotidiano do trabalho e dos referenciais que orientam essas práticas. Tomar o cotidiano como lugar aberto à revisão permanente e gerar o desconforto com os lugares “como estão ou como são”, deixar o conforto com as cenas “como estavam ou como eram” e abrir os serviços em lugares de produção de subjetividade (CECCIM, 2004).

Para ocupar o lugar ativo da Educação Permanente em Saúde precisamos abandonar (desaprender) o sujeito que somos, por isso mais que sermos sujeitos, precisamos ser *produção de* subjetividade, estando todo o tempo abrindo fronteiras, desterritorializando grades de comportamento ou de gestão do processo de trabalho (CECCIM, 2004).

3 METODOLOGIA

3.1 DESENVOLVIMENTO

O estudo foi realizado a partir de uma abordagem qualitativa, utilizando como instrumento de coleta de dados, entrevistas individuais e análise de Documentos e Portarias do Ministério da Saúde.

Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiros com atuação em unidades de Estratégia Saúde da Família e no Grupo de Apoio Técnico da AP 5.III, em funções gerenciais e assistenciais.

A Área Programática 5.III, situada na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro, contempla os bairros de Paciência, Santa Cruz e Sepetiba. Composta por trinta e cinco (35) equipes de Saúde da Família e 02 unidades do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), conta atualmente com trinta e sete (37) enfermeiros lotados diretamente nas unidades e três (03) outros no Grupo de Apoio Técnico.

As unidades da Estratégia Saúde da Família são nomeadas como Antares, Manguariba; Barro Vermelho; Balneário Globo; Alagado; Emídio Cabral; Ruy da Costa Leite; Cattapreta e PACS Nova Sepetiba.

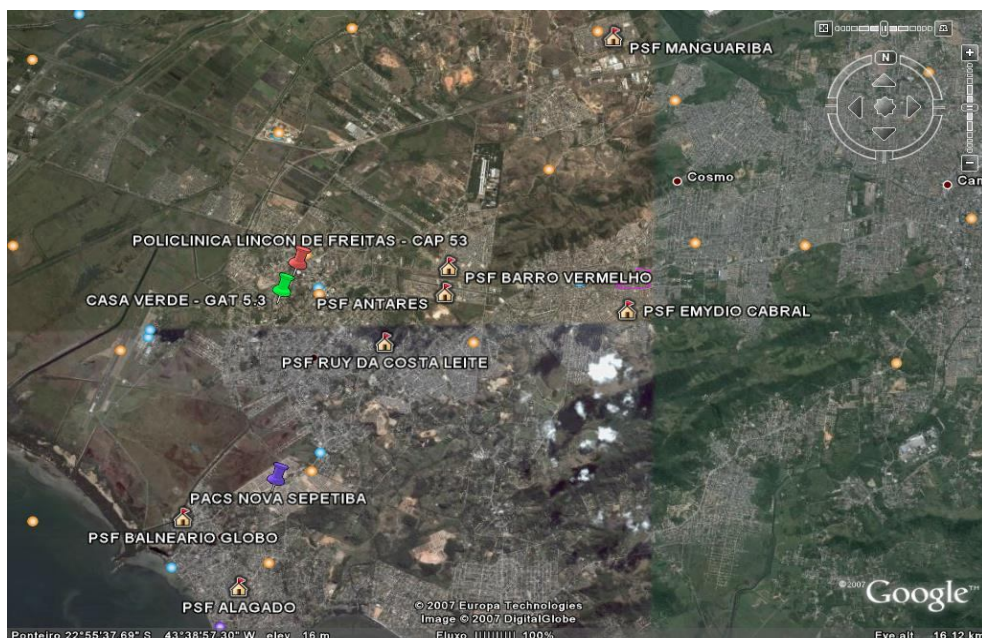


FIGURA 1: Unidades saúde da Família da Área Programática 5.III

Fonte: Image Digital Clube 2007 - Google

Os dados foram coletados através de questionário previamente validado, aplicado em enfermeiro que atua na Estratégia Saúde da Família em área programática diversa da utilizada na pesquisa. Elaborado com dez questões para servir de eixo norteador na coleta de respostas claras e objetivas.

3.1.1 PRÉ-TESTE - Estudo exploratório de validação do instrumento

O questionário foi aplicado a enfermeiro que atua na Equipe Saúde da Família, na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro – AP 5.I, para fins de avaliação e correção do questionário final, a ser aplicado como roteiro das entrevistas, aos enfermeiros que atuam na Equipe Saúde da Família da AP 5.III.

O pré-teste serviu de avaliação e validação por parte do entrevistador em relação ao instrumento a ser aplicado. Algumas questões foram eliminadas do

questionário, por falta de compreensão e entendimento do entrevistado ao respondê-las.

3.2 COLETA DE DADOS

A pesquisa foi submetida a autorização prévia do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, protocolada sob o nº 147/07, entrevistou dez enfermeiros que se encontram na assistência e cinco em gerência.

Os encontros foram agendados previamente, segundo horário e local de melhor conveniência para os entrevistados, que devidamente informados sobre o teor da pesquisa decidiram sobre sua participação. Após assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido, as entrevistas foram realizadas, assegurando-se a livre expressão sobre o tema.

A expressão da subjetividade através do relato verbal é ponto crucial na escolha do método deste estudo. As entrevistas foram gravadas em sistema de MP4, garantindo que nenhum detalhe das falas seja perdido. O material foi tratado com total sigilo, quanto às relações com seus dados pessoais e deverão ser destruídos através de exclusão dos arquivos num período de um ano depois de coletados, período no qual informações pertinentes ao estudo podem ser necessárias como fonte revisão.

As entrevistas foram realizadas utilizando-se um roteiro com perguntas pré-testadas e validadas, possibilitando o conhecimento da política de Educação Continuada e Permanente aplicada na formação e desenvolvimento do profissional enfermeiro que atua na Estratégia Saúde da Família naquelas localidades.

De acordo com Minayo (2004):

O que torna a entrevista um instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistema de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

Esta técnica permite permear espaços importantes da fala do entrevistado que contextualizam fatos do passado, presente e futuro gerando um material rico de grande relevância para o processo de análise.

A entrevista semi-estruturada permite que durante a coleta de dados se consiga dados qualitativos e quantitativos advindo das falas dos entrevistados. Dentre outras questões, prevê a aproximação com o tema por intermédio dos questionamentos previamente elaborados para que não se perca o foco principal.

A idéia principal foi extrair da fala dos entrevistados os movimentos do processo de Educação Continuada Permanente aos quais se encontram envolvidos e outros itens articulados rumo à formação de um profissional de qualidade.

Destacando novamente Minayo (2004) quando se trata de uma sociedade conflitiva como a nossa, cada entrevista expressa de forma diferenciada essa luz e sombra da realidade, tanto no ato de realizá-la quanto nas informações que aí são produzidas. Numa abordagem do material essencialmente qualitativa procura-se ultrapassar o alcance descritivo do conteúdo manifesto, a fim de alcançar, através da inferência, interpretações mais profundas.

No momento da gravação, a entrevista foi norteadas por perguntas, deixando os indivíduos à vontade, trazendo à tona conteúdos suficientes para análise, os quais posteriormente foram transcritos na íntegra.

Todos os cuidados foram tomados para que as questões da entrevista fossem colocadas de modo claro e preciso em sua linguagem, facilitando seu entendimento e compreensão.

[...] pelo fato de captar formalmente informações sobre determinado tema, a entrevista tem que ser incorporada ao seu contexto e vir acompanhada, complementada ou como parte da observação participante. Desta forma, além das falas mais ou menos dirigidas, captam as relações, as práticas, os gestos e cumplicidades e a fala informal sobre o cotidiano (MINAYO, 2004).

O quadro abaixo apresenta as etapas realizadas pelo entrevistador para dar início ao processo de trabalho em campo junto a área de interesse para aplicabilidade da pesquisa.

Quadro1: Etapas utilizadas para a coleta de dados

Procedimentos técnicos	Operacionalização dos procedimentos
1. Idas de aculturação e ambientação ao campo	1. Realização de visita ao local, me apresentei ao grupo.
2. Entrevistas preliminares e rearranjos das questões	2. Elaboração do questionário piloto, com os ajustes necessários.
3. Seleção dos sujeitos e convite para participação	3. Após o contato com a coordenação do PSF no nível central da SMS, foi feito encontro com a coordenadora da coordenação da Área 5.III e junto ao Grupo de Apoio Técnico GAT.
4. Marcação das entrevistas.	4. Agendamento da entrevista previamente marcado junto aos enfermeiros que atuam nas Unidades Saúde da Família.
5. Uso de recinto reservado.	5. Seleção de ambiente reservado para realização da entrevista.
6. Estabelecimento da aproximação	6. Descrição dos objetivos da pesquisa e o porquê da escolha do entrevistado.
7. Explicação do termo de Consentimento	7. Leitura do Termo de Livre Consentimento.
8. Coleta dos dados de identificação pessoal.	8. Iniciado a entrevista com perguntas diretas, de modo sucinto; anotação por escrito e uso do gravador.
9. Colocação paulatina das questões do roteiro.	9. Gravação, para posterior transcrição.
10. Disponibilidade do entrevistador pós entrevista.	10. Demonstrei prontidão para respostas a eventuais perguntas do entrevistado.

3.3 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados analisados, inicialmente, foram apresentados em relatório preliminar, para que a identidade dos indivíduos seja preservada, mantendo-se assim até a finalização da pesquisa, onde todos os dados serão consolidados e analisados.

No processamento dos dados foram utilizados os escritos de Laville & Dionne, (1999) na elaboração da análise, após o tratamento inicial dispensado aos dados.

O recorte dos conteúdos constitui uma das principais tarefas do pesquisador após a fase preparatória. A definição das categorias analíticas, rubricas sob as quais virão se organizar os elementos de conteúdos agrupados por parentesco de sentido.

Vem em seguida um primeiro retorno crítico sobre o que foi assim elaborado, quando o pesquisador vê cada unidade de conteúdo e categoria na qual foi colocada: essa unidade está realmente bem situada em tal categoria? Uma outra conviria melhor entre as que existem? Seria preciso criar uma nova categoria para melhor considerar sua especificidade? Isso conduz a um eventual remanejo das categorias, algumas nascendo dessa reflexão, enquanto outras mudam ou desaparecem e obriga apreciar suas características e os termos que as define.

O que se pretende quando da realização da análise de conteúdo é poder inferir¹ as condições de produção ou certas variáveis² de um tipo de comunicação tomado por objeto de análise. É a partir das variáveis inferidas que se dá o trabalho de interpretação, atividade que dá conclusão ao trabalho de análise de conteúdo e constitui seu objetivo final. E para que tal inferência seja possível, recorre-se a indicadores.

Na verdade, o analista trabalha com vestígios que, em última análise, são a manifestação de algo que pode ser inferido, ou deduzido logicamente – manifestação de fenômenos, de dados, de estados. Some-se a isto o fato de os saberes inferidos poderem ser de natureza diversa: psicológica, sociológica, histórica, econômica.

¹ Bardin define inferência como “uma operação lógica pela qual se admite uma proposição em virtude de sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras” (BARDIN, 1977).

² *Condições de produção* são definidas por Bardin como fatos deduzidos logicamente a partir dos índices selecionados e fornecidos pela etapa inicial da análise – a etapa descritiva. Bardin prefere usar o termo “*variáveis inferidas*”, criticando o fato de o termo condições de produção levar em consideração apenas a produção, deixando de lado a possibilidade de inferência sobre a recepção da mensagem.

Assim, na análise de conteúdo há uma fase inicial de descrição do texto a ser analisado, uma última fase que é a interpretação, isto é, a significação dada à essa descrição, e uma fase intermediária a essas duas que é a inferência. É esta inferência que vai permitir a passagem de uma fase à outra. Ou seja, dado um significante chegamos ao significado através do trabalho de inferência que serve de ponte entre os dois.

A análise de conteúdo pode ser organizada em três pólos cronológicos ou etapas. A primeira etapa, denominada pré-análise, é uma fase de organização que tem como objetivo operacionalizar e sistematizar as idéias iniciais. Bardin considera esta fase como período de instituições.

A pré-análise possui três objetivos: (1) a escolha dos documentos a serem analisados, (2) a formulação de hipóteses e objetivos e (3) a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. As atividades empreendidas nesta fase são abertas e não estruturadas, havendo uma inter-relação entre elas. Após a escolha do material, o passo seguinte é a realização de uma leitura flutuante, quando surgem impressões e orientações para a análise. Este é um trabalho preparatório da análise, onde se escolhem os índices que serão organizados sistematicamente em indicadores.

Após a pré-análise, parte-se para a segunda etapa, a exploração do material, quando se administra sistematicamente as orientações e decisões tomadas na pré-análise. Nesta fase é feito um recorte do material a ser analisado através de uma grelha de categorias, definidas na pré-análise, que são projetadas sobre os conteúdos.

Por fim, a terceira etapa compreende o tratamento dos resultados obtidos e o trabalho de inferência e interpretação. Assim, ao fim da análise, obtém-se a elaboração de um elo entre os dados do texto e a teoria prévia do analista.

3.4 DISCUSSÃO DOS DADOS

De acordo com a orientação dos passos sugeridos por Bardin (1977), realizei minhas entrevistas, com a finalidade de atingir os objetivos propostos no presente estudo, para tal foram elaboradas algumas categorias e subcategorias para a análise dos dados coletados.

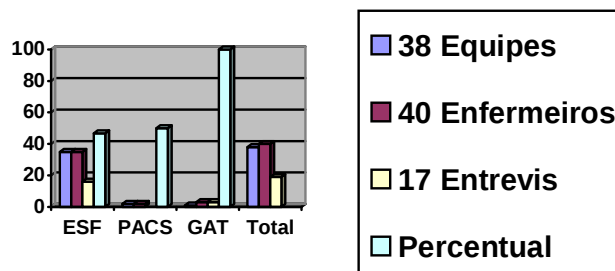
3.5 CONCLUSÃO

O material foi analisado na íntegra, através das respostas dos entrevistados, confrontando com as abordagens teóricas, portarias e resoluções do Ministério da Saúde, referentes às Políticas de Recursos Humanos na área de Educação Continuada e Permanente em Saúde.

Neste momento, procuramos estabelecer articulações entre os dados e as referências teóricas da pesquisa, respondendo às questões da pesquisa, com base em seus objetivos.

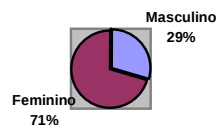
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Gráfico 1: Perfil das equipes e dos Enfermeiros entrevistados na AP 5.III



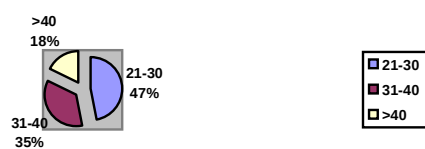
A área conta com 38 equipes saúde da família, dois enfermeiros coordenadores de equipe e três enfermeiros atuando no GAT. O grupo de apoio técnico definiu que toda unidade saúde da família acima de 05 equipes terá a figura de um coordenador de equipe.

Gráfico 2: Perfil dos enfermeiros entrevistados por Sexo



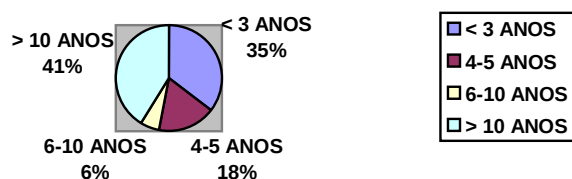
71% dos enfermeiros entrevistados são do gênero feminino.

Gráfico 3: Perfil dos enfermeiros entrevistados por faixa etária



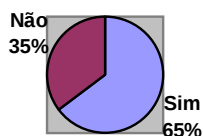
47% dos enfermeiros entrevistados na AP. 5.III são de enfermeiros adultos jovens.

Gráfico 4: Perfil dos enfermeiros entrevistados por tempo de formação



Os enfermeiros entrevistados na AP 5.III são profissionais com tempo de formação acima de 10 anos, confrontando com 35% de enfermeiros com menos de 03 anos de formação.

Gráfico 5: Perfil dos enfermeiros entrevistados com Cursos de Especialização



Dos enfermeiros entrevistados na área, mais da metade possui títulos de especialização.

As categorias e subcategorias apresentadas a seguir foram fruto da análise das entrevistas realizadas com os enfermeiros que atuam na Área programática 5.III, a saber:

Quadro 2: Categorias e subcategorias da análise das entrevistas

Categoria	Subcategorias
1. Formação profissional	Insuficiência na Graduação - perfil Saúde Pública e Saúde Coletiva e ausência de estágios/vivência na Estratégia Saúde da Família Aprender por conta própria
2. Importância do Treinamento Introdutório	Conceito teórico distanciado da realidade Realização do treinamento após atuação na unidade saúde da família Ambientação na área
3. Diferença entre Educação Continuada e Permanente	Treinamento em serviços com metodologias diferentes
4. Participação em atividades de Educação Continuada	Participação em treinamentos nos programas oferecidos pela SMS Realização de treinamentos para os ACS
5. Estratégias para enfrentamento dos problemas	Técnicas grupais, encontros de discussão, reuniões de equipe, apoio institucional e parcerias.
6. Percepção do papel do GAT Grupo de Apoio Técnico	Supervisão e apoio técnico de uma equipe multidisciplinar
7. Atividades de Educação Permanente desenvolvidas pelos enfermeiros	Oportunidades criadas para superar as dificuldades diárias
8. Atribuições do enfermeiro desenvolvidas nas USF e as preconizadas pelo MS	Sobrecarga de trabalho

4.1 FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Ao avaliar a categoria formação do profissional enfermeiro e sua eficiência para atuação na Estratégia Saúde da Família, constata-se que 60% não considera suficiente o conteúdo pedagógico apresentado na graduação. O currículo do curso não é adequada ao perfil exigido pela ESF, não dando subsídios teórico-práticos para o melhor exercício profissional.

4.1.1 Em relação a subcategoria que considera a graduação insuficiente, destacamos alguns relatos

A- “[...] a graduação não é suficiente, embora preconize uma formação generalista, existe um embasamento teórico e prático nos programas desenvolvidos nas unidades básicas de saúde.”

B- “[...] quando me formei, o perfil era de Saúde Pública, Saúde Coletiva. Hoje, o papel do enfermeiro no PSF é diferente do papel do enfermeiro que atua em Saúde Pública.”

C- “[...] em 1993, não se falava em Saúde da Família. É preciso uma política na graduação, que prepare o enfermeiro para atuar na ESF. Aprendi na marra a atuar com as questões pertinentes. Hoje, já vejo na graduação a inserção da disciplina Saúde da Família.”

D- “[...] minha formação não me proporcionou conhecimento para atuar na ESF, mas sim para uma unidade básica de saúde.”

Segundo 82% dos entrevistados a formação não foi suficiente para prepará-los para atuarem na estratégia saúde da família, que exige muito mais do que conhecimento técnico e científico da enfermagem. Os enfermeiros apontam para dificuldade de lidar com situações de origem sócio-econômica que afetam a saúde da população.

4.1.2 Aprender por conta própria

Na subcategoria aprendi por conta própria, os entrevistados relatam que devido a dificuldades do trabalho na estratégia saúde da família e a falta do treinamento introdutório, o enfermeiro tem que buscar informações e conteúdos para o enfrentamento de alguns problemas detectados. Fica evidente que o profissional precisa vencer as barreiras através da busca contínua, de experiências enriquecedoras, de cursos e treinamentos.

A- “[...] quando cheguei em Antares, já formada, tive que buscar subsídios em diversas capacitações.”

B- “[...] identifiquei-me com a proposta e busquei cursos de Pós-Graduação.”

Em relação a categoria e subcategorias apresentadas acima, as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição, aprovado em 07/08/2001, permite que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e

conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde, considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira.

Em se tratando do perfil do profissional de enfermagem coloca-o com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença, mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Das competências e habilidades no que diz respeito à Atenção à Saúde, afirma que os profissionais devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. O enfermeiro deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo.

Na formação do enfermeiro, além dos currículos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam também incluídos os estágios supervisionados em hospitais gerais, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidades.

A Portaria Interministerial, nº 2101 de 03/11/2005, que institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia. O PRO-SAÚDE contempla os cursos de graduação das profissões que integram a estratégia Programa Saúde da Família. Reorienta o processo de formação nestes cursos de modo a oferecer a sociedade profissionais habilitados para responderem às necessidades da população e a operacionalização do SUS. Estabelece mecanismos de cooperação entre gestores do SUS e Instituições de Ensino Superior, visando a melhoria da qualidade e resolubilidade da atenção prestada ao cidadão e a integração da rede à formação dos profissionais de saúde na graduação e na Educação Permanente. Amplia também a duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde.

Ainda uma outra subcategoria aparece na fala de 18% dos entrevistados que consideraram a graduação suficiente para uma atuação eficaz, os entrevistados aliaram o conteúdo recebido, experiências extracurriculares e estágios realizados como a base para um novo patamar, onde o profissional deve ter consciência para ir em busca daquilo que lhe falta, tais como:

A- “[...] 50% na faculdade, 50% busquei com meus colegas, supervisores, direção.”

B- “[...] a graduação me deu muita base e formas para buscar conhecimento e estudar mais, mas a vivência prática é que vai me dar experiência.”

4.2 CONTRIBUIÇÃO DO INTRODUTÓRIO

O Treinamento Introdutório reveste-se de uma complexidade, exigindo dos profissionais conhecimentos específicos da sua profissão (método clínico e

fundamentos de enfermagem), além de conhecimento do método epidemiológico. Exige também, bom senso para trabalhar as relações interpessoais, ou seja, capacidade para lidar com as várias dimensões do ser humano.

A responsabilidade pela Capacitação é compartilhada entre os integrantes do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente que pode fazê-la diretamente ou em articulação com o setor de Recursos Humanos (RH) das secretarias estaduais e municipais de saúde, objetivando a melhoria permanente da resolutividade por parte das equipes, atuar nas áreas já definidas como estratégicas, controle da tuberculose, hanseníase, ações de saúde da criança, da mulher, do adulto e idoso e saúde bucal; prestar atenção integral e contínua a todos os membros das famílias da população adstrita, ter consciência da atenção integral aos indivíduos saudáveis da comunidade; participar do processo de planejamento das ações de saúde em sua área de abrangência, tendo por base o conhecimento da realidade social, econômica, cultural e o perfil epidemiológico da população; ter capacidade de agir em sintonia com os demais integrantes da equipe, individualmente e em grupo, compreendendo o significado do trabalho em equipe, o seu papel e o sentido da complementariedade das ações no trabalho em saúde.

A categoria Contribuição do Treinamento Introdutório para atuação na Estratégia Saúde da Família e sua importância para a vida profissional foi considerada efêmera para 41% dos que participaram de algum tipo de treinamento introdutório. Apesar de manifestarem sua vontade em ver uma mudança nesta situação, apontam como fatores cruciais: a falta de sintonia entre teoria e prática; investimentos em cursos que não respondem aos anseios e necessidades efetivos do enfermeiro na ESF; dicotomia entre proposta política e prática profissional e realização do Treinamento após o início efetivo da prática profissional.

A- “[...] fiz o Introdutório somente dois anos após minha chegada na ESF. Acho muito teórico, distante da prática efetiva dos enfermeiros, não contemplando às necessidades reais da equipe.”

B- “[...] estudei os livros do Introdutório com um colega. Ainda não fiz nem a Ambientação, que é organizada pelo GAT.”

Nesta concepção, aqueles que participaram do treinamento, consideram-no como um marco para a ESF e o concebem como um momento de integração e de crescimento pessoal aliado à fonte de informações pertinentes ao exercício profissional.

A- “[...] fiz a ambientação e foi muito importante. Falamos de SUS, de trabalho em equipe.”

B- “[...] fiz o introdutório na FIOCRUZ. Foi uma oportunidade única. Apreendi a mapear, cadastrar e trabalhar com dinâmica de grupo.”

C- “[...] fiz a ambientação em outro módulo – Antares foi muito importante para a transição de Posto de Saúde para ESF.”

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro reformulou o treinamento introdutório, desenvolvendo uma nova estratégia a qual denominou de Ambientação. Nesta, todos os enfermeiros recém-admitidos na ESF, vivenciam a dinâmica organizacional e operacional do serviço.

4.2.1 Conceito teórico distanciado da realidade

A- “[...] o treinamento é importante no campo teórico, mas não perfila para atuar na ESF. Não retrata a realidade.”

Na fala do entrevistado o Treinamento não prepara o profissional para realidade do dia a dia do trabalho e das necessidades reais da comunidade. O Guia Prático do Programa Saúde da Família (MS, 2001) recomenda que toda equipe da Estratégia Saúde da Família, antes de iniciar suas atividades em sua área de atuação, participe de um processo específico de capacitação. A primeira é o Treinamento Introdutório, que deve anteceder ao início do trabalho dos profissionais

selecionados para atuar na Estratégia Saúde da Família. Este capacita os profissionais, para que possam analisar com a comunidade, a situação de sua área de abrangência: aspectos demográficos, socioeconômicos, ambientais e sanitários, morbimortalidade e fatores de risco, identificando os problemas e o potencial que a área tem para resolvê-los. O treinamento colabora para que os profissionais compreendam e aprendam os indicadores de saúde, em especial os pactuados para atenção básica e produzidos pelo sistema de informação da atenção básica (SIAB) e outros.

4.3 DIFERENÇA ENTRE EDUCAÇÃO CONTINUADA E PERMANENTE

A categoria entre a diferença de Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde não foram percebidas por 60% dos entrevistados, que apresentaram dificuldades em estabelecer as diferenças e seus objetivos.

A- “[...] não vejo diferença. Penso que é uma questão de colocação de nomes para dizer a mesma coisa.”

B- “[...] a EC e a EP são a mesma coisa.”

C- “[...] não existe nenhuma diferença. A educação Continuada é feita todo o tempo com os ACS.”

D- “[...] Educação Permanente a gente traz da Universidade.”

E- “[...] Educação Permanente está ligada à vivência diária do trabalho.”

F- “[...] Educação Continuada requer estudo, discussão sobre um tema, treinamento em serviço. A Educação Permanente deve ser construída de baixo para cima, diferente do que faz a SMS-RJ: organiza treinamentos, impondo a participação dos enfermeiros. Quem atua na ESF precisa saber lidar com questões sobre seguridade social, saúde mental, cidadania e isto não é ensinado.”

G- “[...] Educação Continuada acontece sempre e é uma política contínua. É papel do enfermeiro com os ACS.”

H- “[...] na Educação Continuada você continua aquilo que viu na Educação Permanente.”

Evidencia-se na fala dos entrevistados um desconhecimento sobre a diferença entre os conceitos de Educação Continuada e Permanente. A semântica das palavras leva os entrevistados a definir educação continuada como uma estratégia contínua de capacitações, treinamentos, qualificações e atualizações, enquanto que educação permanente é uma estratégia que garante a continuidade do processo de desenvolvimento profissional. Ressalte-se que um dos enfermeiros que exerce o cargo de coordenador de equipe, demonstrou domínio sobre os conceitos, metodologia e dinâmica do processo.

4.3.1 Treinamento em serviços com metodologias diferentes

A- “[...] A secretaria oferece capacitação pros enfermeiros sempre e a gente reproduz para os ACS e Técnicos de enfermagem.”

A dificuldade que os enfermeiros apresentaram em distinguir Educação Continuada de Educação Permanente, revela um desconhecimento conceitual, epistemológico nessa subcategoria. Apesar de ambos os conceitos conferirem uma dimensão temporal de continuidade ao processo educacional, correspondente às necessidades das pessoas durante toda a vida, ambas assentam-se em princípios metodológicos diversos, que não são percebidos pelos entrevistados. Para 86,6% dos entrevistados a Educação Continuada engloba atividades de ensino com finalidades mais restritas de atualização, aquisição de novos conhecimentos, de duração definida e de metodologias tradicionais e problematizadoras e que Educação Permanente assume o mesmo significado ou ainda a realização sistemática de atualização em serviço.

De acordo com o Ministério da Saúde - Secretaria Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, a diferença entre Educação Continuada e Permanente é definida como (MS, 2004):

Quadro 3: Diferença entre Educação Continuada e Permanente – Educação Permanente em saúde – Ministério da Saúde/2004

	Educação Continuada	Educação Permanente
Pressuposto Pedagógico	O conhecimento preside/define as práticas	As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relação de poder, organização do trabalho etc); a aprendizagem dos adultos requer que se trabalhe com elementos que façam sentido para os sujeitos envolvidos (aprendizagem significativa).
Objetivo Principal	Atualização dos conhecimentos específicos	Transformação das Práticas
Público	Profissionais específicos, de acordo com os conhecimentos a trabalhar.	Equipes (de atenção e de gestão) em qualquer esfera do sistema.
Modus Operandi	Descendente – a partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sobre o formato de cursos	Ascendente - A partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) enfrentados na atenção ou na gestão, possibilita a construção de estratégias contextualizadas que promovem o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas.
Atividades Educativas	Cursos padronizados – carga horária, conteúdo e dinâmicas definidos centralmente. As atividades educativas são construídas de maneira desarticuladas em relação a gestão, a organização do sistema e ao controle social. A atividade educativa é pontual, fragmentada e se esgota em si mesma.	Muitos problemas são resolvidos/equacionados em situação. Quando necessário, as atividades educativas são construídas de maneira ascendente, levando em conta as necessidades específicas de profissionais e equipes. As atividades educativas são construídas de maneira articulada com as medidas para reorganização do sistema (atenção, gestão, educação, controle social articulados), que implicam acompanhamento e apoio técnico. Exemplos: constituição de equipes de especialistas para apoio técnico às equipes da atenção básica em temáticas específicas prioritárias; instituições de processos de assessoramento técnico para a formulação de políticas específicas.

4.4 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

A- “[...] participei do curso de hanseníase, AIDPI, Tuberculose.

B. “[...] Treinamentos em planejamento familiar, DOTS, tuberculose.

Em relação a categoria participação do profissional enfermeiro em atividades de Educação Continuada, identifica-se que 90% dos entrevistados já vivenciou essa

experiência, ressaltando-se que os casos negativos são de profissionais recém-admitidos na ESF (10%).

4.4.1 Participação em Treinamentos nos Programas de Saúde Pública

Os cursos, treinamentos e capacitações aparecem como subcategoria e giram em torno dos programas do Ministério de Saúde, estratégias de Hanseníase e Assistência Integral as Doenças Prevalentes na Infância (IDIPi), Iniciativa da Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAM), Tratamento Diretamente Observado e supervisionado (DOTS). Há uma tendência em se valorizar a Educação Continuada.

A- “[...] a SMS investe no profissional, os cursos nos preparam para uma atuação melhor.”

B- “[...] o município investe, principalmente, no enfermeiro; incentivando-o a participar dos cursos.”

Constata-se, paralelamente à valorização dos treinamentos oferecidos pela Coordenação dos programas do nível central, um certo descontentamento.

C- “[...] às vezes não tem vaga para todos participarem e aí é feita uma escala.”

A estratégia de captação de profissionais para participação nesses treinamentos é realizada de ações hierarquizadas, utilizando-se circulares e e-mails da coordenação central, convocando os enfermeiros para compor um determinado numero de vagas.

4.4.2 Realização de Treinamentos para os Agentes Comunitários de Saúde

Os enfermeiros da ESF atuam como instrutores e agentes multiplicadores junto aos ACS de suas equipes.

A- “[...] fazemos um levantamento dos temas que eles gostariam de ter e semanalmente, realizamos treinamento.”

A caracterização das propostas de Educação Continuada pela Secretaria Municipal de Saúde em relação aos seus fins, é explicitada pelos entrevistados nas subcategorias através da hegemonia dos programas e dirigidos às diversas categorias profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família. A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro insiste de forma predominante, na proposição de capacitação de “cabeças gerenciais”, condicionando o profissional a modelos de administração verticalizados e epidemiológicos que os atrela a respostas e soluções padronizadas, na maior parte das vezes, vinculadas às necessidades colocadas pelo nível central. Caracteriza-se, nessa situação, uma dissociação entre as instâncias de nível central e de nível local, dificultando as possibilidades de reorganização das práticas educativas.

4.5 ENFRENTAMENTO DOS PROBLEMAS

A categoria estratégia de enfrentamento utilizada diante de problemas encontrados no dia-a-dia, constitui-se de utilização de técnicas grupais, encontros de discussão, reuniões de equipe, apoio institucional e parcerias, conforme relatado pelos entrevistados.

A- “[...] estamos sempre nos reunindo para tentar resolver e a enfermeira do GAT vem para dar o apoio que precisamos.”

B- “[...] nos reunimos semanalmente e, quinzenalmente, o colegiado se reúne com a coordenação de equipe.”

C- “[...] enquanto coordenadora de equipe, a idéia é que as equipes possam ser ouvidas em relação a seus problemas, tornando-os capazes de identificá-los e se responsabilizar para solucioná-los.”

D- “[...] temos também os parceiros comunitários: centro social, associação de moradores, escolas, creche, comércio.”

Percebe-se pelos relatos dos entrevistados que as reuniões em equipe fazem parte da rotina da ESF como instrumento para levantamento, discussão e soluções para superar as dificuldades do dia a dia.

4.5.1 Técnicas Grupais, encontros de discussão, reuniões de equipe, apoio institucional e parcerias

A- “[...] nos reunimos semanalmente para discutirmos os problemas detectados pelos membros das equipes e buscamos respostas.”

Em relação ao enfrentamento dos problemas apresentados no dia a dia, os enfermeiros trabalham em reuniões com técnicas grupais, onde os problemas são extraídos da realidade pela observação realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde. Contudo, não aplicam a teoria da problematização por desconhecem o método.

A primeira referência para essa metodologia trata-se do método do Arco, denominado por Charles Maguerez (BORDENAVE E PEREIRA, 1998). Esse esquema conta com cinco etapas: observação da realidade; ponto-chave; teorização; hipótese da solução e aplicação a realidade.

No exposto, percebe-se que a equipe desenvolve estratégia de extrair os levantados os problemas vivenciados pela equipe durante visitação. A segunda etapa que é a dos pontos chaves. As demais etapas não são alcançadas devido a falta de capacitação para utilização da metodologia. As equipes partem para um

treinamento com os Agentes Comunitários reproduzindo um modelo pedagógico verticalizado de transmissão e condicionamento.

4.6 PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO EM RELAÇÃO AO GRUPO DE APOIO TÉCNICO (GAT)

A categoria percepção que o profissional enfermeiro tem do Grupo de Apoio Técnico da AP 5.III revela uma proposta inicial de apoio e supervisão às equipes. Considerado como um elo técnico, se constitui em suporte aos profissionais, apesar de inúmeras falhas serem apontadas na dinâmica funcional. Essa percepção é reproduzida também em relação ao papel dos enfermeiros que atuam no GAT.

A- “[...] a princípio quando foi criado, o GAT tinha o papel de apoio técnico e supervisão, contando com a participação de vários profissionais. Sua função era a de respaldar e buscar soluções para os problemas. Com o passar do tempo este grupo assumiu um papel burocrático e gerenciador.”

B- “[...] o GAT é composta por equipe multidisciplinar, onde cada um é responsável pelo acompanhamento dos módulos, as questões pertinentes a cada categoria profissional são discutidas em reuniões no colegiado.”

O grupo de apoio técnico inicialmente foi instituído para dar supervisão e apoio as equipes das unidades saúde da família. Sua preocupação inicial era constituir uma equipe multiprofissional que fossem capaz de tornar as equipes a atuarem de forma generalista.

4.6.1 Supervisão e apoio técnico de uma equipe multidisciplinar

As subcategorias detectam aspectos pouco claros quanto ao processo de supervisão e apoio técnico de uma equipe multidisciplinar, conforme relato dos enfermeiros.

A- “[...] o GAT não consegue dar conta de todos os módulos, logo, não consegue dar o apoio técnico. Sua ação é pontual, sem continuidade.”

B- “[...] o GAT precisa de mais recursos humanos. Fica muito preso a parte burocrática com pouco tempo para o apoio técnico.”

C- “[...] vários supervisores passaram por aqui. Não davam supervisão, nem continuidade ao trabalho.”

D- “[...] o GAT conta com três enfermeiros, um na supervisão operacional e dois no apoio técnico. No apoio ele é emergencial. As enfermeiras estão sobrecarregadas com as questões gerenciais. O GAT é o oprimido e a SMS é o opressor. O enfermeiro tenta sair desse papel. Em Santa Cruz são mais de vinte ESF e duas pessoas não dão conta de gerenciar, supervisionar e treinar.”

E- “[...] papel burocrático e político.”

F- “[...] basicamente supervisão.”

G- “[...] além de toda parte burocrática é preciso mais tempo e disponibilidade para visitar as unidades e supervisionarem a prática.”

H- “[...] supervisão só de vez em quando.”

I- “[...] não sei nem quem são os enfermeiros, não se observa uma ação precisa do enfermeiro.”

J- “[...] o papel do GAT é de apoio técnico e supervisão, porém estamos num processo de expansão da ESF na região e não estamos dando conta de treinar todo mundo.”

O grupo de apoio técnico atualmente não consegue dar conta de supervisionar as 38 equipes existentes na área. Os entrevistados atribuem este fato ao número reduzido de profissionais, a falta de um planejamento eficaz que possibilite ao GAT a realização de Educação Permanente e ainda atribuições burocráticas. Os enfermeiros entrevistados que atuam no GAT, relatam que o grupo teve que se dividir para dar conta de realizar as atividades de supervisão nos módulos. O resultado desse processo é levado para discussão no colegiado do GAT.

4.7 EFICÁCIA DOS TREINAMENTOS

A categoria eficácia dos treinamentos realizados pelos enfermeiros é avaliada como positiva para 50% dos entrevistados, que afirmaram estarem aptos à

realização das ações para as quais foram capacitados, apesar de relatarem dificuldades na implementação de algumas diretrizes.

A- “[...] faltam insumos para desenvolver aquilo que aprendemos. Não há material, por exemplo, para se atuar com Pé Diabético. Tive a teoria e não consigo aplicar na prática.”

B- “[...] os treinamentos nos atualizam e são de grande valia para sanar dúvidas. A gente ganha autonomia. Estou implantando o UIBAM, após o treinamento.”

C- “[...] me sinto apto em algumas situações e inseguro em outras.”

D- “[...] o GAT fica encaminhando os enfermeiros para os treinamentos realizados pelo nível central, muitas vezes temos que preencher vagas.”

A posição dos enfermeiros é de que os treinamentos realizados os habilitam para a implantação ou execução de serviços, atualizando-os como profissionais.

4.8 ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A categoria de atividades de Educação Permanente desenvolvidas pelos profissionais enfermeiros enumera-se como oportunidades criadas para superar as dificuldades diárias constatadas na dinâmica do trabalho e no fluxo de atendimento.

A- “[...] quinzenalmente faço Educação Permanente com temas tirados do caderno de rota ou das dificuldades surgidas no trabalho.”

70% dos entrevistados afirma realizar atividades de educação permanente junto aos agentes comunitários de saúde. Essas atividades são descritas como reuniões, levantamento de problemas, culminando em treinamentos.

4.8.1 Oportunidades criadas para superar as dificuldades diárias

As atividades de Educação Permanente realizadas pelos entrevistados são classificadas como subcategorias das ações no âmbito da organização do trabalho.

A- “[...] montamos um calendário sobre assuntos e temas dos Programas.”

B- “[...] realizo reuniões e treinamento para que os ACS sejam capazes de atuar junto às famílias e se tornarem agentes multiplicadores.”

C- “[...] as unidades transformadas apresentam problemas técnicos e administrativos. Ainda apresentam situações de Posto de Saúde tradicional.”

D- “[...] O GAT participa das reuniões com as equipes, realizamos treinamentos e ambientação junto aos enfermeiros contratados para atuarem na estratégia saúde da família.”

E- “[...] sou preceptora dos residentes da FIOCRUZ e eles me dão um suporte muito bom. Vamos treinar as equipes do módulo com noções de alimentação complementar, elaborando em conjunto uma apostila para ser trabalhada com as famílias.”

Essas ações aparecem através de encontros e reuniões que servem de espaço para o estabelecimento do diálogo e de negociação entre os atores dos serviços do SUS. As estratégias de treinamentos ou capacitações pontuais na educação permanente em saúde desenvolvido pelos enfermeiros não esgotam o conceito e a noção de educação para o trabalho técnico, uma vez que eles ocorrem na dimensão das equipes e na gestão do trabalho. Precisa-se assim, propiciar em sua implementação a discussão sobre os programas e o sistema de saúde, atualização das novidades tecnológicas e epidemiológicas, a integralidade da atenção, seus protocolos e a clínica ampliada, criando continuamente, um processo de análise e de problematização.

Deve-se realizar a educação aplicada ao trabalho - as chamadas capacitações tradicionais-, sem, contudo, prescindir da educação que pensa o trabalho e da educação que pensa a produção de mundo. Para interagir no mundo da vida e no mundo do trabalho, há de se inserir processos de reflexão crítica, que

são as bases para uma educação que considera o desenvolvimento da autonomia e da criatividade no ato de pensar, de sentir e de querer dos atores sociais.

O que se pretende é introduzir o sentido de roda em cada território, para que se possa debater e implementar a melhor e mais adequada ação, definindo conteúdo, forma, metodologias e responsáveis, garantindo maior impacto de atuação (MS, 2004).

Outro aspecto positivo em relação à educação permanente desenvolvida é a participação de um único enfermeiro entrevistado na interação entre Ensino–Serviço, percebendo–se a importância dos residentes do curso de especialização multiprofissional em Saúde da Família realizado pela FIOCRUZ. Os residentes em sua ação acabam dando suporte aos integrantes dessa equipe, sendo valorizados pelo trabalho realizado.

4.9 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO DESENVOLVIDAS NAS UNIDADES SAÚDE DA FAMÍLIA E AS PRECONIZADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Em relação à categoria atribuições do enfermeiro preconizadas pelo MS e as desenvolvidas na ESF, registra-se que a quase totalidade dos entrevistados (80%) não consegue atuar na concepção político-pedagógica do MS, apontando para impasses que impedem uma atuação mais eficaz.

A- “[...] como coordenador de equipe, apago incêndio na unidade. Enquanto apoio técnico e gerente, procuro seguir a metodologia problematizadora.”

B- “[...] agrego muitas funções e não dou conta.”

C- “[...] a teoria é maravilhosa, mas na prática é difícil. A prevenção é difícil. A gente não consegue total eficácia.”

4.9.1 Sobrecarga de trabalho

A- “[...] o enfermeiro fica preso à burocracia e muito encarregado, devido à demanda de trabalho.”

B- “[...] participamos do processo de entrevista, seleção, treinamento e supervisão dos profissionais que vão atuar nas unidades saúde da família, mais não conseguimos dar conta de treinar todo mundo.”

Quanto à subcategoria sobrecarga de trabalho por parte dos enfermeiros, existem atribuições específicas conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (GUIA PRÁTICO DO PSF, 2001): realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências, consultas de enfermagem, solicitar exames, prescrição/transcrição de medicamentos; planejar, gerenciar, coordenar e avaliar a USF; executar a assistência integral em todas as fases do ciclo de vida (criança, adolescente, mulher, adulto e idoso); prestar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária; promover ações de saúde em diferentes ambientes (na USF e no domicílio); aliar a clínica à prática da saúde coletiva; organizar, coordenar a criação de grupos de patologias específicas (hipertensos, diabéticos e outros); supervisionar e coordenar ações que capacitem os agentes comunitários e auxiliares de enfermagem, com vista ao desempenho de suas funções; estimular a participação da população no controle social.

Constata-se que todos os entrevistados atuam numa linha assistencialista e tecnicista, realizando atividades de consultas, atendimento aos programas, porta de entrada, visitas domiciliares, grupos, supervisão à ACS, auxiliares e técnicos de enfermagem, treinamentos, estatística, controle de insumos, organização de palestras educativas, cadastramento de famílias.

Àqueles que atuam no GAT desenvolvem atividades pertinentes a um setor de Educação Continuada, porém fica claro a dificuldade do treinamento a todos os profissionais, bem como a falta de educação permanente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Repensar a formação profissional dos enfermeiros entrevistados, requer considerações de natureza tecnopolítica, uma vez que envolvem mudanças nas organizações e indivíduos e, obviamente, em suas relações e vinculações nos atos de saúde. Implica, portanto, numa abordagem que contemple uma articulação e integração intra e interinstitucional, envolvendo ensino e serviços de saúde.

Àqueles enfermeiros que atuam na ESF e se graduaram segundo um paradigma curativo e fragmentado da saúde, valorizam as especialidades e não a compreensão global do ser humano e do processo do adoecer. Àqueles que se formaram segundo as diretrizes curriculares atuais, que exigem deste profissional um conhecimento técnico-generalista, também encontram dificuldades em adequar teoria e a prática vivenciada na saúde da família, apontando para a necessidade de se redirecionar a formação frente às práticas de saúde contemporânea. Esta realidade vem reafirmar a ação pedagógica da supervisão como ferramenta primordial que atue como instrumento de reflexão, mudança e transformação, através da educação continuada e permanente; suplantando o modelo da supervisão pedagógica tradicional, reprodutora de conteúdos e conceitos prontos. Tal concepção requer enfrentamento dos problemas e das dificuldades mencionadas, o que significa mudanças paradigmáticas, que levem a profissionais críticos, capazes de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social e prestar atenção humana e de qualidade.

As universidades precisam estar abertas às demandas sociais e serem capazes de produzir conhecimento relevante e útil para a construção do sistema de saúde. Espera-se também transformar o modelo de atenção, numa perspectiva de promoção e de prevenção, oferecendo atenção integral com o fortalecimento da

autonomia dos sujeitos na produção da saúde. As instituições formadoras devem ser convidadas a integrar os Pólos de Educação Permanente em Saúde, que devem atuar como núcleos de articulação entre gestores municipais, estaduais e representantes do controle social, possibilitando articulação e diálogo entre todos esses atores.

O Grupo de Apoio Técnico (GAT) da área programática 5.III do município do Rio de Janeiro deve assumir de fato o papel de fomentador dos processos do pólo de educação continuada e permanente, colaborando para a superação das práticas clínicas tradicionais e dos limites na formação dos enfermeiros. Devem também ser o espaço para articulação e gestão da inserção de docentes e estudantes nos cenários de prática dos serviços de saúde dentro da mesma lógica de cooperação para atenção integral e de qualidade.

Os enfermeiros entrevistados se ressentem por não terem participado do Treinamento Introdutório no ato de sua admissão, prática esta que dificulta suas ações em equipe, pois que desconhecem as diretrizes e os conceitos teóricos da estratégia saúde da família. O Grupo de Apoio Técnico na AP 5.III tem utilizado como estratégia a ambientação na área, ou seja, a vivência dos novos enfermeiros em módulos que já funcionam como unidade saúde da família. Essa estratégia é relevante, uma vez que permite aos enfermeiros a observação in loco do dia a dia do agir profissional, servindo ainda de fortalecimento da rede de relações na área. Tal iniciativa tem caráter metodológico baseado no conceito da problematização que enfatiza a aprendizagem significativa como preconizado pelo pressuposto pedagógico da Educação Permanente. Este tipo de intervenção não se esgota no processo de ambientação, exigindo do GAT continuidade e firmeza em seus propósitos.

A caracterização das propostas de educação continuada e permanente procurou diferenciá-las em relação aos seus fins, aos seus aspectos metodológicos e em seus potenciais e limites para a reorganização das práticas dos serviços de saúde. Permanece, a nosso juízo, uma contradição explícita entre a hegemonia dos programas de capacitação verticalizados e dirigidos a distintas categorias profissionais e as demandas dos processos de municipalização e descentralização e de rupturas desses programas em direção a integralidade do cuidado e a vigilância à saúde. Como supor os serviços de saúde como espaços instituintes de cidadania, se os processos hegemônicos, de formação e capacitação, excluem os próprios sujeitos agentes das práticas da possibilidade de reconstrução do seu trabalho? Estaríamos insistindo, de forma predominante, na proposição da capacitação de “cabeças gerenciais” por tradição a modelos de administração verticalizados, sem considerar alternativas que incluem um contingente maior de trabalhadores dos serviços, na transformação dos processos de trabalho? A Educação Permanente em Saúde é uma das alternativas que podem contribuir nesse sentido, na medida em que se assenta sobre os problemas da qualidade dos serviços, aqui entendidas em seu sentido mais amplo de tradução, do direito de cidadania à saúde.

Fica evidenciado no discurso dos entrevistados que a concepção sobre Educação Continuada é baseada em desenvolvimento profissional vinculados exclusivamente as necessidades colocadas pelos programas de saúde. Caracteriza-se nessa situação, uma dissociação entre as instâncias de nível central e de nível local, dificultando as possibilidades de reorganização das práticas educativas. Nesse sentido, o Grupo de Apoio Técnico com profissionais de diferentes áreas do conhecimento, pode se constituir em efetivo apoio técnico e modelo de supervisão, que valorizem os processos de planejamento, informação, comunicação e educação,

dispondo-se a reorientar as praticas de capacitação de seus recursos humanos de acordo com os problemas referentes á sua realidade territorial.

Em relação às formas de enfrentamento dos problemas detectados pelos enfermeiros, evidencia-se uma rotina de realização de reuniões com os ACS e equipes objetivando o levantamento de situações problemas. Esta prática refere-se ao “método arco” da problematização, preconizado por Bordenave e Pereira (1998), com o intuito de garantir a organização do trabalho, da instituição, dos relacionamentos e do território. Vai agir sobre um contexto, mais especificamente sobre um público vulnerável. O objeto sobre o qual trabalha tem três dimensões: ambiente, organização social e pessoas. A Saúde Pública tradicional, esquece-se de que atua sobre pessoas valorizando mais as doenças e o ambiente. Estuda as epidemias como se não houvessem sujeitos envolvidos.

De modo geral, as equipes atuam na promoção e prevenção através da Educação em Saúde com os Agentes comunitários, sem a participação ativa do usuário, agindo sobre as pessoas e não com o envolvimento delas. Em consequência, os programas perdem eficácia ao tentar manipular e controlar o desejo, o interesse e os valores das pessoas, em função de necessidades definidas pela epidemiologia ou pela lógica política ou administrativa. Diante de tal reflexão busco o conceito teórico proposto por Gastão Wagner, o Método da Roda (2001) que diversifica outro modo de lidar com o impasse. Fazer Saúde Coletiva com as pessoas e não sobre elas. Para isto é fundamental incrementar a capacidade de análise e de intervenção dos agrupamentos humanos, melhorando sua capacidade de reconhecer uma situação sanitária, identificando os determinantes envolvidos e, apesar das dificuldades do contexto ou das pessoas, ampliar as possibilidades de intervenção sobre o quadro considerado nocivo. Frente a este cenário, a supervisão do GAT enquanto instrumento gerencial e técnico-pedagógico tem se mostrado

insuficiente para contemplar a complexidade que a reestruturação sanitária ora necessita. É fundamental que o GAT internalize suas atribuições como um grupo de Educação Continuada e Permanente no local utilizando-se de recursos metodológicos baseados na construção de vínculos, de um contrato de trabalho entre equipe e grupo de usuários, que estimulem os grupos a participarem da resolução de seus próprios problemas; na emergência de temas em saúde coletiva que deve emergir e ser construído por algum coletivo; na formação de rodas; na construção coletiva de um projeto de intervenção envolvendo equipe técnica, grupos vulneráveis e instituições (neste sentido, os projetos devem ser, na medida do possível, elaborados de forma participativa na roda) e definição do papel da equipe (poder público) e o da comunidade, na intersectorialidade e na educação em saúde. A educação em saúde é também um meio de trabalho, quando se trata de fazer circular informação e de modificar hábitos, valores ou a subjetividade de agrupamentos. Uma educação em saúde organizada segundo a Metodologia da Roda, tem sua força na construção compartilhada de tarefas e na posterior análise das dificuldades de levá-las à prática, mais do que difundir informações, relaciona-se a ampliar a capacidade de análise e de intervenção das pessoas, tanto sobre o próprio contexto quanto sobre o seu modo de vida e sobre sua subjetividade.

A visão dos entrevistados sobre o papel do Grupo de Apoio técnico da AP 5.III, nos faz refletir sobre o conceito de supervisão que tem suas raízes históricas ancoradas numa relação vertical de poder e autoridade, insuficiente para subsidiar as necessidades que emergem. Esta deverá dar lugar à supervisão compartilhada, consciente, convivida, a “convisão”, que é o veículo da participação (NUNES & BARRETO, 1999). Nesta perspectiva, “convisores” e “convisionados” juntos, constróem o conhecimento, partilham dúvidas e buscam a resolução dos problemas; atingem a conscientização que, na concepção de Paulo Freire, é diferente da

tomada de consciência. Esta tem caráter limitado, não crítico e se aproxima da idéia de supervisão (conhecimento vindo de fora, que toma a consciência). Já a conscientização supõe um desenvolvimento crítico da tomada de consciência e permite não só desvelar a realidade e incidir no nível do conhecimento, como também criar uma postura de curiosidade epistemológica. A educação problematizadora e o método da roda envolve um processo ativo de resolução de problemas, permite a conscientização e a transformação de situações. Assim, a “convisão” pode se desenvolver e atingir objetivos amplos: supervisão técnica, mudanças nas relações de trabalho que permitam suplantam a alienação, mudanças no modelo de atenção, práticas de participação comunitária, que possibilite o exercício do controle social.

A reestruturação do modelo de atenção modifica os paradigmas e as concepções a respeito do ter saúde e do adoecer; os objetivos e os focos das ações e o “fazer” em saúde, transformando atitudes, posturas e comportamentos. Surgem dificuldades técnicas, administrativo-gerenciais, associadas às dificuldades emocionais. A angústia gerada pelas transformações e pela necessidade de enfrentamento da nova realidade deve ser compreendida e “suportada”. Os entrevistados relatam sentimentos de impotência decorrentes do confronto com situações de extrema pobreza e miséria humanas que agora fazem parte de seu cotidiano.

Entraves de natureza subjetiva se manifestam pela via dos conflitos interpessoais e prejudicam a realização do trabalho em equipe, ponto primordial do PSF. Os relatos dos entrevistados confirmam a necessidade da supervisão trabalhar as relações de equipe, fortalecer os vínculos entre seus membros, para que os princípios da ESF se concretizem.

A natureza humana se caracteriza por estabelecer vínculos com seus semelhantes. A família é formada fundamentando-se nesta necessidade primeira de cuidar e ser cuidado. Campos mostra que não só o bebê impescinde deste cuidado. O adulto precisa do outro para sentir-se amado, estimado, valorizado, compreendido, cuidado; precisa de um suporte. Este conceito foi desenvolvido por Caplan & Killelea, quando analisaram os vários tipos de suporte que fazem parte da coletividade humana. Demonstraram que os sistemas de suporte permitem a construção de vínculos duradouros fundamentais para a manutenção da integridade física e psicológica do indivíduo.

O conceito de suporte social foi discutido por Sidney Coob também em 1976 e sintetizado por Campos (p. 117), trata-se de:

Uma forma de relacionamento grupal na qual prevalecem as trocas afetivas, os cuidados mútuos e a comunicação franca e precisa entre as pessoas. A rede grupal constituída é solidária, tem papéis definidos e ocorre de maneira constante, continuada. A resultante é um sentimento de coesão e de apoio que empresta ao grupo subsídios para o enfrentamento da realidade.

A supervisão do GAT precisa ser exercida como suporte e fazer com que as equipes, ao se sentirem cuidadas e compreendidas, apresentem maior possibilidade de compartilhar afetividade e cuidados mútuos, adquirindo meios saudáveis de entendimento das dificuldades e limitações, de resolução de conflitos internos e, mais estruturadas, atendam de modo eficaz a seus pacientes. Suporte gera suporte; quem é bem cuidado constrói a capacidade de ser um bom cuidador. Uma equipe que recebe suporte transmite sua capacidade de suporte aos que necessitam de seus cuidados.

A equipe de supervisores do GAT, ao exercer função nova para ela, é investida de responsabilidade e poder, prescindindo, também, de maiores cuidados. As reuniões semanais dos enfermeiros com a equipe e com a coordenação funcionam como oportunidade de troca, apoio, suporte. Torna-se necessário

fortalecer uma troca de suportes entre os enfermeiros/equipe, equipe e Grupo de Apoio Técnico e ainda entre a equipe do GAT e a Coordenação da Área Programática da região.

Este estudo aponta para a importância de se estruturar o Grupo de Apoio Técnico como suporte da Educação Continuada e Permanente. Esta estruturação deve partir de um tripé que vislumbre os aspectos gerencial/administrativo, técnico/pedagógico e “suportivo”. A estratégia da problematização deve ser utilizada como impulsionadora da reflexão, da criatividade, da possibilidade de resolução de problemas e do desenvolvimento da prática da colaboração.

A supervisão, na perspectiva da “convisão”, é um processo em construção, possibilitando o crescimento profissional, o desenvolvimento da liberdade e a autonomia, levando a reflexão das práticas e ao questionamento dos modelos de atenção.

O desafio está colocado: O Grupo de Apoio Técnico deve abraçar a Educação Continuada e Permanente como um espaço legítimo de formação, produção de conhecimento, mudanças na operacionalização do trabalho e, especialmente, construção de cidadania onde a Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro se revele um marco na garantia do cumprimento dos princípios do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; FONSECA, C.D.. **A Estratégia saúde da família**, In: Manual do Curso Básico em Saúde da Família, Faculdade de medicina de Juazeiro do Norte, Pólo de Educação Permanente para os Profissionais de Saúde, p.18-37, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições 70, 1995.

BERBEL, N. A. N.. **Metodologia da problematização no ensino superior e sua contribuição para o plano de práxis**. Semina Londrina v. 17, n. esp., p. 7-17, 1996

BORDENAVE, J. Pereira. **A Estratégia de ensino e aprendizagem**. 4. ed., Petrópolis: Vozes, 1998.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **O método paidéia (da roda) aplicado a saúde coletiva**. Ciências & Saúde Coletiva . maio/2001.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis. Revista de Saúde Coletiva, v. 14, p. 41-66, 2004.

CHAGAS, Luciana; SECLÉN, Juan. **Informe sobre a reunião de trabalho “Discussão sobre o marco referencial e conceitual de Atenção Básica e Saúde da Família no Brasil”**. Organização Panamericana de Saúde – Projeto de Desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. Brasília, 2003. Disponível em: <[http://www.opas.org.br/serviço/arquivo/sala 5309.pdf](http://www.opas.org.br/serviço/arquivo/sala%205309.pdf)>. Acesso em: 27 agosto 2006.

DAVINI, M. C.. **Prácticas Laborales en los Servicios de Salud: las Condiciones del Aprendizaje**. In: Educación Permanente de Personal de Salud. Série Desarrollo de Recursos Humanos nº 100. Organización Panamericana de la Salud. EUA, 1994. FARIA, Regina Martha Brabosa; VIANA, Ana Luiza Ávila; HADDAD, Ana Estela; PIERANTONI, Célia Regina; CAMPOS, Francisco Eduardo. **Desafios Atuais para a Educação Permanente no PSF**. Cadernos RH, Saúde , Brasília .v.3, pag41-54, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (coord.) *et al.*. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Conselho Nacional de Educação Câmara da Educação Superior. Parecer nº 1.133, de 07 de agosto de 2001. **Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares da Medicina, Enfermagem e Nutrição**. Brasília: Ministério da Educação e Cultura, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **I Conferencia nacional de Recursos Humanos Política de Recursos Humanos á Reforma Sanitária**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - RH/SUS. **Política de Recursos Humanos para o SUS**. Prioridades e Diretrizes para a ação do Ministério da Saúde. Brasília, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução CNS nº 335, de 27 de novembro de 2003. **Dispõe sobre a Política Nacional de Desenvolvimento para o SUS: caminhos para Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - SEGTES/DEGES. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para Educação Permanente em Saúde**. Brasília:Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão de Educação na Saúde. **Políticas de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde** Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Reorientação da Formação profissional em saúde – PRÓ-SAÚDE, Portaria Interministerial nº 2101 de 03/11/2005**. Brasília: Ministério da Saúde e da Educação, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão de Educação na Saúde. **Orientações sobre as novas estratégias para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

NUNES, T. C. M.; BARRETO, C. M. G.. **Uma Proposta de Supervisão a Diretoria de Vigilância e Controle Sanitário (DIVISA)**. Salvador: Secretaria de políticas públicas do estado, Governo do estado da Bahia, 1999.

PAIM, J. S.; NUNES, T. C. M.. **Contribuições para um Programa de Educação Continuada em Saúde Pública**. Cadernos de Saúde Pública, RJ. jul./set., 1992.

QUINTANA, P. B.; ROSCHKE, M. A. C.; RIBEIRO, E. C. O.. **Educacion Permanente, Proceso de Trabajo y Calidad de Servicio en Salud**. In: Educacion Permanente de Personal de Salud. Série Desarrollo de Recursos Humanos nº 100. Organizacion Panamericana de la Salud. EUA, 1994.

RICAS, Janete. **A deficiência e a necessidade: um estudo sobre a formação continuada de pediatras em Minas Gerais**. 1994. Tese (Doutorado em Pediatria)- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP. 1994

ROVERE, M. R.. **Gestion Estrategica de la Educacion Permanente en Salud**. In: Educacion Permanente de Personal de Salud. Série Desarrollo de Recursos Humanos nº 100. Organizacion Panamericana de la Salud. EUA, 1994.

SILVA, Maria Julia Paes da; PEREIRA, Luciane Licino; BENKO, Maria Antonieta. **A Educação Continuada - Estratégia para o desenvolvimento do Pessoal de Enfermagem**. São Paulo. Editora Marques Saraiva: EDUSP,1989.

VASCONCELOS, E.M.. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2001.

ANEXOS

ANEXO 1: ROTEIRO DE ENTREVISTA

Identificação:

Sexo:

Data de nascimento:

Ano de Formação:

Vínculo Profissional:

Possui curso de especialização :

Tempo que atua na Estratégia Saúde da Família:

Bairro de Residência:

Questionário:

- 1) Você avalia sua formação na graduação suficiente para você atuar na ESF?
- 2) Ao ser admitido para ESF, você passou pelo treinamento Introdutório no Pólo de Educação Permanente? () Sim () Não. Justifique a importância para sua vida profissional?
- 3) Como você percebe a diferença de Educação Continuada e Educação Permanente em saúde?
- 4) Quais as atividades de Educação Continuada você participou desde sua admissão na ESF?
- 5) Quando você se depara com problemas no trabalho, quais as estratégias que você utiliza para enfrentá-las?
- 6) Como você percebe o papel do Grupo de Apoio Técnico GAT?
- 7) Após os treinamentos realizados, você se considerou ou se considera apto para desenvolver suas ações?
- 8) Como você percebe as atribuições do enfermeiro que atua no GAT?
- 9) Como você desenvolve atividades de educação permanente (supervisão) junto a equipe que trabalha?
- 10) As atribuições que você realiza na Estratégia Saúde da Família estão de acordo com as preconizadas pelo Ministério da Saúde?

ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Estácio de Sá
Mestrado Profissional em Saúde da Família
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: A Educação continuada e Permanente como Estratégia de Formação e desenvolvimento do Profissional Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família

Responsável: Wagner Luis Natario Pereira

Eu, _____, declaro ter pleno conhecimento, em relação aos objetivos da pesquisa na formação e desenvolvimento dos profissionais enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família, beneficiando os profissionais enfermeiros e garantindo o cumprimento das Políticas Nacionais de Recursos humanos do SUS. Ciente de que receberei respostas ou esclarecimentos a qualquer dúvida acerca dos assuntos relacionados com o objetivo da pesquisa, tendo a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo. Obterei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar minha vontade de continuar dele a participando. A pesquisa manterá caráter oficial das informações relacionando-as com a minha privacidade.

Em caso de dúvidas, poderei esclarecê-las através de contato telefônico com o(a) pesquisador(a) pelos telefones: (21) 2486 – 8250 / 9962 - 3326 ou e-mail wagner.natario@ig.com.br, com o orientador 3231 - 6135 e-mail hesio@estacio.br e ainda, com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro, 2503 - 2024 e-mail: cepsms@rio.rj.gov.br.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 200__.

Assinatura do Participante

Assinatura do(a) Pesquisador(a)

ANEXO 3: PORTARIA nº 198/GM/MS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete do Ministro
Em 13 de fevereiro de 2004.

Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, e Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde na consolidação da reforma sanitária brasileira, por meio do fortalecimento da descentralização da gestão setorial, do desenvolvimento de estratégias e processos para alcançar a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva e do incremento da participação da sociedade nas decisões políticas do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a responsabilidade constitucional do Ministério da Saúde de ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde e de incrementar, na sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico;

Considerando a necessidade do gestor federal do Sistema Único de Saúde formular e executar políticas orientadoras da formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor, articulando os componentes de gestão, atenção e participação popular com o componente de educação dos profissionais de saúde;

Considerando a importância da integração entre o ensino da saúde, o exercício das ações e serviços, a condução de gestão e de gerência e a efetivação do controle da sociedade sobre o sistema de saúde como dispositivo de qualificação das práticas de saúde e da educação dos profissionais de saúde;

Considerando que a Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde;

Considerando que a Educação Permanente em Saúde realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva;

Considerando a aprovação da proposta do Ministério da Saúde de “Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para Educação Permanente em Saúde” pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 04 de setembro de 2003;

Considerando a pactuação da proposta do Ministério da Saúde “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Pólos de Educação Permanente em Saúde” pela Comissão Intergestores Tripartite, em 18 de setembro de 2003, onde a Educação Permanente constou como viabilidade por meio dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instâncias interinstitucionais e locais/rodas de gestão);

Considerando a pactuação da proposta do Ministério da Saúde “Alocação e Efetivação de Repasses dos Recursos Financeiros do Governo Federal para os Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde conforme as Linhas de Apoio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde” pela Comissão Intergestores Tripartite, em 23 de outubro de 2003; e

Considerando a Resolução do CNS Nº 335, de 27 de novembro de 2003 que afirma a aprovação da “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de “Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde” como instâncias locais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente.

RESOLVE:

Art. 1º - Instituir a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.

Parágrafo Único - A condução local da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde será efetivada mediante um **Colegiado de Gestão** configurado como Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instância interinstitucional e local/roda de gestão) com as funções de:

3

- I. identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva;
- II. mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde (rede única de atenção intercomplementar e de acesso ao conjunto das necessidades de saúde individuais e coletivas);

III. propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;

IV. articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola;

V. formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base local/regional;

VI. estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde;

VII. estabelecer relações cooperativas com as outras articulações local/regionais nos estados e no País.

Art. 2º - Poderão compor os Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS:

I. gestores estaduais e municipais de saúde e de educação;

II. instituições de ensino com cursos na área da saúde;

III. escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais ou municipais de saúde;

IV. núcleos de saúde coletiva;

V. hospitais de ensino e serviços de saúde;

VI. estudantes da área de saúde;

VII. trabalhadores de saúde;

VIII. conselhos municipais e estaduais de saúde;

IX. movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde.

Parágrafo Único - Outras instituições poderão pedir sua integração, cabendo ao Colegiado de Gestão o encaminhamento das inclusões.

Art. 3º - O Colegiado de Gestão de cada Pólo de Educação Permanente 4 em Saúde para o SUS será composto por representantes de todas as instituições participantes e poderá contar com um Conselho Gestor que será constituído por representantes do gestor estadual (direção regional ou similar), dos gestores municipais (COSEMS), do gestor do município sede do Pólo, das instituições

de ensino e dos estudantes, formalizado por resolução do respectivo Conselho Estadual de Saúde.

Art. 4º - Nos estados com vários Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, cabe à Secretaria Estadual de Saúde (SES) a iniciativa de reuni-los periodicamente para estimular a cooperação e a conjugação de esforços, a não fragmentação das propostas e a compatibilização das iniciativas com a política estadual e nacional de saúde, atendendo aos interesses e necessidade do fortalecimento do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira e sempre respeitando as necessidades locais.

Parágrafo Único - Poderá ser criado um Colegiado ou Fórum dos Pólos.

Art. 5º - Cada Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS será referência e se responsabilizará por um determinado território, que a ele se vinculará para apresentar necessidades de formação e desenvolvimento.

Parágrafo Único - A definição dos territórios locorregionais se fará por pactuação na Comissão Intergestores Bipartite e aprovação no Conselho Estadual de Saúde em cada estado, não podendo restar nenhum município sem referência a um Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS;

Art. 6º - A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como uma estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor, pela esfera federal, será financiada com recursos do Orçamento do Ministério da Saúde.

§1º - A primeira distribuição de recursos federais será feita de acordo com os critérios e a tabela de Alocação e Efetivação de Repasses dos Recursos Financeiros do Governo Federal para os Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde (Anexo I desta Portaria), pactuados pela Comissão Intergestores Tripartite, em 23 de outubro de 2003. Conforme pactuado, em maio de 2004, será feita uma avaliação da implantação dos Pólos e dos critérios de distribuição dos recursos para definição da próxima distribuição.

§2º - A principal mobilização de recursos financeiros do Ministério da Saúde para a implementação da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde para o SUS será destinada à implementação dos projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS pactuados pelo Colegiado de Gestão de cada Pólo, CIB e CES de cada estado, assegurando as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, estabelecidas nacionalmente.

Art. 7º - Os projetos apresentados pelos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS serão acreditados pelo Ministério da Saúde, de acordo com as "Orientações e Diretrizes para a

Operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor” (Anexo II desta Portaria), produzidas em conformidade com os documentos aprovados no Conselho Nacional de Saúde e os documentos pactuados na Comissão Intergestores Tripartite.

Parágrafo Único – O Ministério da Saúde oferecerá o acompanhamento e assessoramento necessários para que todos os projetos apresentados contemplem as diretrizes de validação previstas e os critérios pactuados para tanto, de forma a assegurar que nenhum projeto seja excluído.

Art. 8º - É constituída uma Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente do SUS, sob a responsabilidade da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES, do Ministério da Saúde, que tem como papel fundamental a pactuação em torno das diretrizes políticas gerais e a formulação de critérios para o acompanhamento e a ressignificação dos projetos existentes, bem como para a análise dos novos projetos, sua avaliação e acompanhamento, com a participação de representantes do Ministério da Saúde (das Secretarias, Agências ou da FUNASA do MS), do Conselho Nacional de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), do Ministério da Educação (MEC), dos estudantes universitários e das associações de ensino das profissões da saúde.

Art. 9º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

ANEXO 4: PORTARIA nº 1.996/GM/MS

Portaria GM/MS nº 1.996 , de 20 de agosto de 2007

Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, conferidas pelo inciso II, do artigo 87, da Constituição Federal de 1988 e

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde na consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, por meio do fortalecimento da descentralização da gestão setorial, do desenvolvimento de estratégias e processos para alcançar a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva e do incremento da participação da sociedade nas decisões políticas do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a responsabilidade constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS) de ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde e de incrementar, na sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico;

Considerando o artigo 14 da lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata da criação e funções das comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino;

Considerando que para a formação dos trabalhadores de nível médio da área da saúde é necessário observar as Diretrizes Curriculares Nacionais para a educação profissional de Nível Técnico estabelecidas pelo Ministério da Educação conforme Parecer nº. 16/1999, Resolução nº. 04/1999 e Decreto nº. 5.154/2004.

Considerando que a Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde;

Considerando a pactuação da proposta do Ministério da Saúde “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Pólos de Educação Permanente em Saúde” pela Comissão Intergestores Tripartite, em 18 de setembro de 2003;

Considerando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS nº. 330, de 04 de novembro de 2003, que resolve aplicar os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS - NOB/RH – SUS, como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS nº. 335, de 27 de novembro de 2003 que aprova a “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS:

Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de “Pólos de Educação Permanente em Saúde” como instâncias regionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente;

Considerando a Portaria nº. 2.474, de 12 de novembro de 2004 que institui o repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo, para a formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde;

Considerando a Portaria nº. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 que institui as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde;

Considerando a Portaria nº. 598/GM de 23 de março de 2006 que estabelece que os processos administrativos relativos à Gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite – CIB;

Considerando a Portaria nº. 699/GM de 30 de março de 2006 que regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão;

Considerando a Portaria nº. 204/GM de 29 de janeiro de 2007 que define que o financiamento das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na lei orgânica do SUS;

Considerando a Portaria nº. 372/GM de 16 de fevereiro de 2007 que altera a portaria 699/GM, de 30/03/2006;

Considerando a Portaria nº. 3.332/GM, de 28 de dezembro de 2006 que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS;

Considerando as deliberações da 3ª. Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; e Considerando, as decisões da Reunião da CIT do dia 21 de junho de 2007, resolve:

Art. 1º Definir novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde.

Parágrafo único. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

Art. 2º A condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se dará por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

§ 1º Os Colegiados de Gestão Regional, considerando as especificidades locais e a Política de Educação Permanente em Saúde nas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal), elaborarão um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de “Pólos de Educação Permanente em Saúde” como instâncias regionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente;

Considerando a Portaria nº. 2.474, de 12 de novembro de 2004 que institui o repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo, para a formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde;

Considerando a Portaria nº. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 que institui as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde;

Considerando a Portaria nº. 598/GM de 23 de março de 2006 que estabelece que os processos administrativos relativos à Gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite – CIB;

Considerando a Portaria nº. 699/GM de 30 de março de 2006 que regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão;

Considerando a Portaria nº. 204/GM de 29 de janeiro de 2007 que define que o financiamento das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na lei orgânica do SUS;

Considerando a Portaria nº. 372/GM de 16 de fevereiro de 2007 que altera a portaria 699/GM, de 30/03/2006;

Considerando a Portaria nº. 3.332/GM, de 28 de dezembro de 2006 que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS;

Considerando as deliberações da 3ª. Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; e Considerando, as decisões da Reunião da CIT do dia 21 de junho de 2007, resolve:

Art. 1º Definir novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde.

Parágrafo único. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

Art. 2º A condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se dará por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

§ 1º Os Colegiados de Gestão Regional, considerando as especificidades locais e a Política de Educação Permanente em Saúde nas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal), elaborarão um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de “Pólos de Educação Permanente em Saúde” como instâncias regionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente;

Considerando a Portaria nº. 2.474, de 12 de novembro de 2004 que institui o repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo, para a formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde;

Considerando a Portaria nº. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 que institui as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde;

Considerando a Portaria nº. 598/GM de 23 de março de 2006 que estabelece que os processos administrativos relativos à Gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite – CIB;

Considerando a Portaria nº. 699/GM de 30 de março de 2006 que regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão;

Considerando a Portaria nº. 204/GM de 29 de janeiro de 2007 que define que o financiamento das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na lei orgânica do SUS;

Considerando a Portaria nº. 372/GM de 16 de fevereiro de 2007 que altera a portaria 699/GM, de 30/03/2006;

Considerando a Portaria nº. 3.332/GM, de 28 de dezembro de 2006 que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS;

Considerando as deliberações da 3ª. Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; e Considerando, as decisões da Reunião da CIT do dia 21 de junho de 2007, resolve:

Art. 1º Definir novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde.

Parágrafo único. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

Art. 2º A condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se dará por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

§ 1º Os Colegiados de Gestão Regional, considerando as especificidades locais e a Política de Educação Permanente em Saúde nas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal), elaborarão um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais, da referida região, no que tange à educação na saúde.

§ 2º As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas no Artigo 14 da lei 8080/90 e na NOB/RH - SUS.

Art. 3º Os Colegiados de Gestão Regional, conforme a portaria 399/GM, de 22/02/2006, são as instâncias de pactuação permanente e co-gestão solidária e cooperativa, formadas pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais).

Parágrafo Único. O Colegiado de Gestão Regional deve instituir processo de planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde, que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de planejamento local, conforme as responsabilidades assumidas nos Termos de Compromissos e os Planos de Saúde dos entes federados participantes.

Art. 4º São atribuições do Colegiado de Gestão Regional, no âmbito da Educação Permanente em Saúde:

I – Construir coletivamente e definir o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde para a região, a partir das diretrizes nacionais, estaduais e municipais (da sua área de abrangência) para a educação na saúde, dos Termos de Compromisso de Gestão dos entes federados

participantes, do pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde;

II – Submeter o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação;

III – Pactuar a gestão dos recursos financeiros no âmbito regional, que poderá ser realizada pelo Estado, pelo Distrito Federal e por um ou mais municípios de sua área de abrangência;

IV – Incentivar e promover a participação nas Comissões de Integração Ensino-Serviço, dos gestores, dos serviços de saúde, das instituições que atuam na área de formação e desenvolvimento de pessoal para o setor saúde, dos trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde da sua área de abrangência;

V – Acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas na região; e

VI – Avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações caso necessário.

Art. 5º As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) deverão ser compostas pelos gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal e ainda, conforme as especificidades de cada região, por:

I – Gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus representantes;

II – Trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas;

III – Instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos; e

IV – Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.

Parágrafo Único: A estruturação e a dinâmica de funcionamento das Comissões de Integração Ensino-Serviço, em cada região, devem obedecer às diretrizes do Anexo II desta portaria.

Art. 6º São atribuições das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço:

I – Apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência;

II – Articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente, e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde, além do estabelecido nos Anexos desta Portaria;

III – Incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação;

IV – Contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde implementadas; e

V – Apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão.

Art. 7º A abrangência do território de referência para as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço deve seguir os mesmos princípios da regionalização instituída no Pacto pela Saúde.

Parágrafo Único. Nenhum município, assim como nenhum Colegiado de Gestão Regional – CGR, deverá ficar sem sua referência a uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço.

Art. 8º As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço deverão contar com uma secretaria executiva para encaminhar as questões administrativas envolvidas na gestão dessa política no âmbito regional, devendo estar prevista no Plano de Ação Regional da Educação Permanente em Saúde.

Art. 9º A Comissão Intergestores Bipartite - CIB deverá contar com o apoio de uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço, formada por:

I – Representantes das Comissões de Integração Ensino-Serviço no estado;

II – Gestores e técnicos (municipais, estaduais e do Distrito Federal) indicados pela CIB para compor esse espaço; e

III – Um representante de cada segmento que compõe as Comissões de Integração Ensino-Serviço, conforme artigo 5º desta portaria.

Art. 10. São atribuições dessa Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço, vinculada à Comissão Intergestores Bipartite:

I – Assessorar a CIB nas discussões sobre Educação Permanente em Saúde, na elaboração de uma Política Estadual de Educação Permanente em Saúde;

II – Estimular a cooperação e a conjugação de esforços e a compatibilização das iniciativas estaduais no campo da educação na saúde, visando a integração das propostas; e

III – Contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação da implementação da Política de Formação e Desenvolvimento no âmbito do SUS e das ações e estratégias relativas à educação na saúde, constante do Plano Estadual de Saúde.

Art. 11. São atribuições da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, no âmbito da Educação Permanente em Saúde:

I – Elaborar e pactuar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde;

II – Definir o número e a abrangência das Comissões de Integração Ensino-Serviço, sendo no mínimo uma e no máximo o limite das regiões de saúde estabelecidas para o estado;

III – Pactuar os critérios para a distribuição, a alocação e o fluxo dos recursos financeiros no âmbito estadual;

IV – Homologar os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde;

V – Acompanhar e avaliar os Termos de Compromisso de Gestão estadual e municipais, no que se refere às responsabilidades de educação na saúde; e

VI – Avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações caso necessário.

Parágrafo Único. Os recursos financeiros serão transferidos aos Fundos Estaduais, do Distrito Federal ou de um ou mais municípios conforme as pactuações estabelecidas nos órgãos de gestão colegiada.

Art. 12. São atribuições do Conselho Estadual de Saúde no âmbito da Educação Permanente em Saúde:

I – Definir as diretrizes da Política Estadual e do Distrito Federal de Educação Permanente em Saúde;

II – Aprovar a Política e o Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal, que deverão fazer parte do Plano de Saúde Estadual e do Distrito Federal; e

III – Acompanhar e avaliar a execução do Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal.

Art. 13. A formação dos trabalhadores de nível médio no âmbito do SUS deve seguir as diretrizes e orientações constantes desta portaria.

Parágrafo Único. As diretrizes e orientações para os projetos de formação profissional de nível técnico constam do anexo III.

Art. 14. Anualmente a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, poderá propor indicadores para o acompanhamento da Política Nacional de Educação

Permanente em Saúde dentro do Processo da Pactuação Unificada de Indicadores, que serão integrados aos Indicadores do Pacto pela Saúde após a necessária pactuação tripartite.

Art. 15. O acompanhamento das responsabilidades de educação na saúde será realizado por meio dos Termos de Compromisso de Gestão das respectivas esferas de gestão.

Art. 16. As Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios manterão à disposição da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES, do Ministério da Saúde e dos órgãos de fiscalização e controle, todas as informações relativas à execução das atividades de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde.

Art. 17. O financiamento do componente federal para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se dará por meio do Bloco de Gestão do SUS, instituído pelo Pacto pela Saúde, e comporá o Limite Financeiro Global do Estado, Distrito Federal e Município para execução dessas ações.

§ 1º. Os critérios para alocação dos recursos financeiros federais encontram-se no anexo I desta portaria.

§ 2º. O valor dos recursos financeiros federais referentes à implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no âmbito estadual e do Distrito Federal, constantes do Limite Financeiro dos Estados e do Distrito Federal, será publicado para viabilizar a pactuação nas CIBs sobre o fluxo do financiamento dentro do estado.

§ 3º. A definição deste repasse no âmbito de cada unidade federada será objeto de pactuação na CIB, encaminhado à Comissão Intergestores Tripartite - CIT para homologação.

Art. 18. Os recursos financeiros de que trata esta portaria, relativos ao Limite Financeiro dos Municípios, dos Estados e do Distrito Federal, serão transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde, de forma regular e automática, aos respectivos Fundos de Saúde.

§ 1º. Eventuais alterações no valor do recurso Limite Financeiro dos Municípios, dos Estados e do Distrito Federal, devem ser aprovadas nas Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) e encaminhada ao Ministério da Saúde para publicação.

§ 2º. As transferências Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais, do Distrito Federal e dos Municípios poderão ser alteradas conforme as situações previstas na portaria 699/GM, de 30/03/2006.

Art. 19. O financiamento do componente federal da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, consignados no orçamento do ano de 2007, prescindirá das assinaturas dos Termos de Compromisso do Pacto pela Saúde.

§ 1º. Para viabilizar o repasse fundo a fundo dos recursos financeiros de 2007, as CIBs deverão enviar o resultado do processo de pactuação sobre a distribuição e alocação dos recursos financeiros da educação Permanente em Saúde para a homologação na CIT.

§ 2º. A partir do ano de 2008 os recursos financeiros seguirão a dinâmica estabelecida no regulamento do Pacto pela Saúde e serão repassados apenas aos estados, Distrito Federal e municípios que tiverem assinado seus Termos de Compromisso de Gestão.

Art. 20. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde garantirão cooperação e assessoramento técnicos que se fizerem necessários para:

I – A organização de um Sistema Nacional de Informação com atualização permanente, com dados referentes à formação (técnica/graduação/especialização);

II – Elaboração do Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde;

III – A orientação das ações propostas à luz da Educação Permanente em Saúde e da normatização vigente;

IV – A qualificação técnica dos Colegiados de Gestão Regional e das Comissões Intergestores Bipartite para a gestão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e

V – A instituição de mecanismos de monitoramento e de avaliação institucional participativa nesta área.

Art. 21. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde serão responsáveis por:

I – Planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço;

II – Estimular, acompanhar e regular a utilização dos serviços de saúde no seu âmbito de gestão para atividades curriculares e extracurriculares dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação na saúde; e

III – Articular, junto às Instituições de Ensino Técnico e Universitário, mudanças em seus cursos técnicos, de graduação e pós-graduação de acordo com as necessidades do SUS, estimulando uma postura de co-responsabilidade sanitária.

Art. 22. Reativar a Comissão Nacional de Acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde com a atribuição de formular políticas nacionais e definir as prioridades nacionais em educação na saúde. Esta Comissão será composta por gestores das três esferas de

governo, além de atores do controle social, das instituições de ensino e de trabalhadores dos serviços e suas respectivas representações.

Art. 23. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO 5: AS ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DE SAÚDE BUCAL E DE ACS

As atribuições globais abaixo descritas podem ser complementadas com diretrizes e normas da gestão local.

1 - SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;

III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;

XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

XII - participar das atividades de educação permanente; e

XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

2 - SÃO ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS

Além das atribuições definidas, são atribuições mínimas específicas de cada categoria profissional, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais.

Do Agente Comunitário de Saúde:

I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

IV cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;

VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e

VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

Do Enfermeiro do Programa Agentes Comunitários de Saúde:

I - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

II - supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS, com vistas ao desempenho de suas funções;

III - facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e ACS, contribuindo para a organização da demanda referenciada;

IV - realizar consultas e procedimentos de enfermagem na Unidade Básica de Saúde e, quando necessário, no domicílio e na comunidade;

V - solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

VI organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do Enfermeiro:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;

III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Médico:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);

III - realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecoobstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;

IV - encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;

V - indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

I - participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);

II - realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e

III - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Cirurgião Dentista:

I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;

III - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;

IV - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;

V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

VII - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;

VIII - realizar supervisão técnica do THD e ACD; e

IX - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Técnico em Higiene Dental (THD):

I - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II - coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

IV - apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; e

V - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do auxiliar de Consultório Dentário (ACD):

I - realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II - proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;

III - preparar e organizar instrumental e materiais necessários;

IV - instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;

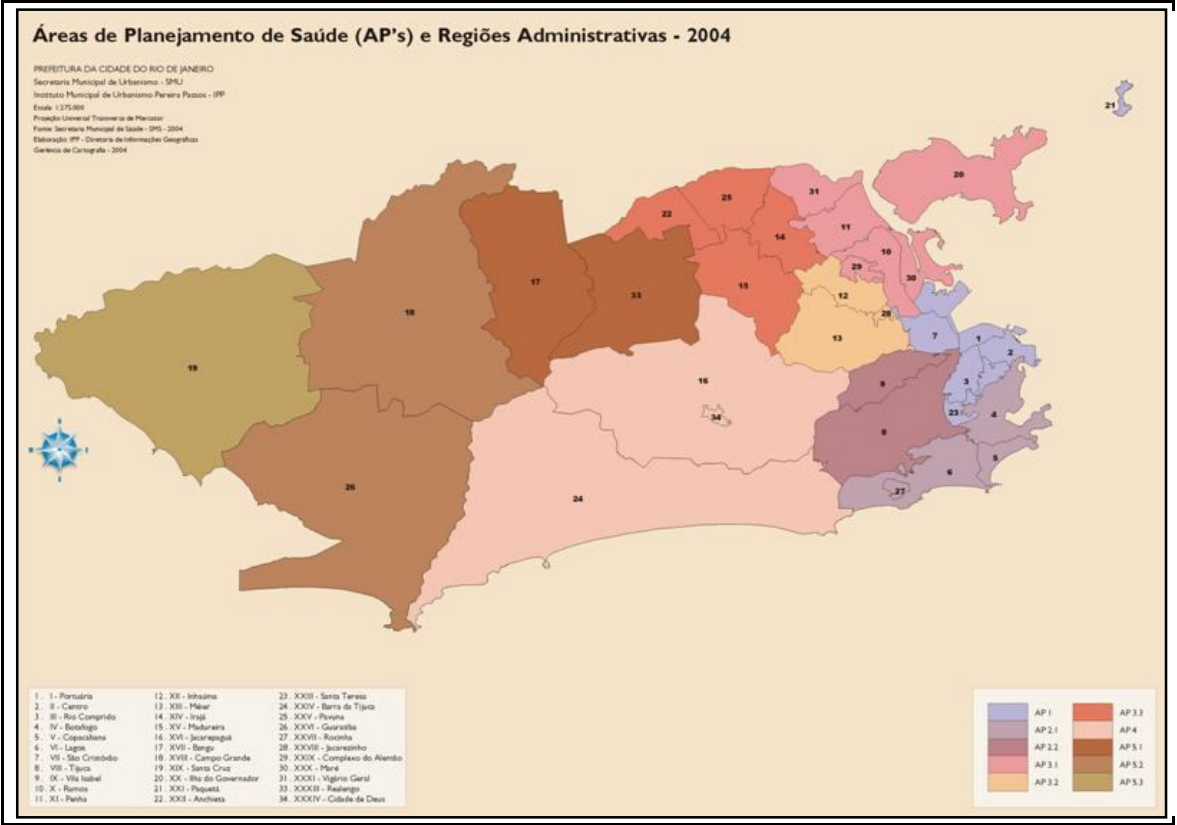
V - cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;

VI - organizar a agenda clínica;

VII - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e

VIII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

ANEXO 6: MAPA DAS ÁREAS PROGRAMÁTICAS DO RIO DE JANEIRO



Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)