

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

GUIA CURRICULAR
CURSO TÉCNICO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE
MÓDULO III

Políticas, Planejamento e Organização

Unidade 1: Política Nacional de Saúde

MANUAL DO ALUNO



Belo Horizonte, 2013.

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
Av. Augusto de Lima, 2.061 – Barro Preto/BH – MG
CEP: 30190-002

Unidade Geraldo Campos Valadão
Rua Uberaba, 780 – Barro Preto/BH – MG
CEP: 30180-080
www.esp.mg.gov.br

Coordenador Núcleo de Educação Profissional em Saúde
João André Tavares Álvares da Silva

Coordenadora do Curso
Juliana Marques Fernandes Costa Teixeira

Elaboração / Conteudista
Sâmia Martins da Costa Silveira

Referências Técnicas
Juliana Marques Fernandes Costa Teixeira

Equipe Pedagógica
Érica Menezes dos Reis
Fabiana Gonçalves Santos Costa
Jomara Aparecida Trant de Miranda
Juracy Xavier de Oliveira
Roberta Moriya Vaz

Editor Responsável
Harrison Miranda

Diagramação
Marcus Vinícius Estagiário Design Gráfico
ESP-MG/ASCOM

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
Rodovia Prefeito Américo Giannetti, s/nº
Bairro Serra Verde
Edifício Minas - 12º andar - Cidade Administrativa de
Minas Gerais
www.saude.mg.gov.br

Ministério da Saúde
Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Esplanada dos Ministérios Edifício Sede, Bloco G, sala 751-
Zona Cívico - Administrativa - Brasília - DF
CEP: 70058-900
e-mail:degerts@saude.gov.br

Impressão: Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

M663c Minas Gerais. Escola de Saúde Pública
Curso técnico em vigilância em saúde: módulo II : território: unidade III: as
ferramentas de trabalho da vigilância em saúde : análise da situação de saúde e a
carga de doenças : guia do docente. ./ Escola de Saúde Pública do Estado de Minas
Gerais. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2013.

82 p.

ISBN: 978-85-62047-73-2

1. Política de Saúde. 2. Políticas Públicas de Saúde. 3. Vigilância em Saúde
I. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. II. Título

NLM WA 525

SUMÁRIO

Atividade 1 – Apresentação	05
Atividade 2 – Relato da Dispersão	05
Atividade 3 – Revisando Conhecimento	05
Texto para leitura – Buscando na Memória	05
Atividade 4 – Política Nacional de Promoção da Saúde: Conceitos e Fundamentos	06
Texto para leitura – Os Conceitos, Fundamentos e Princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde	06
Atividade 5 – Panfleto - Promoção em Saúde	12
Atividade 6 – Competências Gestor Municipal	12
Atividade 7 – Política Nacional de Atenção Primária	12
Texto para leitura – Os Conceitos, Fundamentos e Princípios da Política Nacional de Atenção Básica	13
Atividade 8 – Vídeo PSF, NASF e Portaria 648	15
Atividade 9 – Cumprir Ordens	15
Atividade 10 – Política Nacional de Educação Permanente	16
Texto para leitura – Os Conceitos, Fundamentos e Princípios da Política Nacional de Educação Permanente	16
Atividade 11 – Enfoques, Problemas e Perspectivas da Educação Permanente	17
Texto para leitura – Enfoques, Problemas e Perspectivas da Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde	18
Referências	25
Atividade 12 – Questões: Políticas Nacional de Educação Permanente	25
Atividade 13 – Quadro das Políticas	26
Atividade 14 – Júri Simulado	28
Atividade 15 – Avaliação	29
Atividades de Dispersão – Módulo II – Unidade 3	30
Atividade 1	30
Atividade 2	33
Referências	41



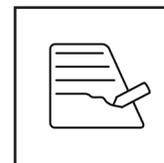
ATIVIDADE 1 APRESENTAÇÃO



Tempo Estimado: 30 minutos

- Momento reservado para o docente se apresentar para a turma.

ATIVIDADE 2 RELATO DA DISPERSÃO



Tempo Estimado: 2 horas e 30 minutos

Objetivo

- Socializar com a turma as atividades realizadas na dispersão da unidade 3 do módulo II .

Material

- Nenhum

ATIVIDADE 3 REVISITANDO CONHECIMENTOS



Tempo Estimado: 1 hora

Objetivo

- Relembrar os conceitos de Política Pública e Política de Saúde.

Materiais

- Papel Kraft
- Pincel Atômico

TEXTO PARA LEITURA BUSCANDO NA MEMÓRIA



Foi estudado no módulo I – SUS e o Processo de trabalho em Vigilância em Saúde, mais especificamente na Unidade I – Saúde, Políticas Públicas e o SUS, o processo histórico da implantação das políticas públicas no Brasil para a construção da Política Nacional de Saúde. Foi percebido que o momento histórico (político, econômico e social) influenciou a construção do sistema de saúde atual.

A Política Nacional de Saúde no Brasil, concretizada com o SUS vem se transformando e se aperfeiçoando com o passar dos anos. No exercício de dispersão da Unidade I do Módulo I fizemos essa análise crítica quando realizamos

entrevistas com 3 funcionários de maior tempo de serviço na saúde.

Agora vamos estudar com maior profundidade a Política Nacional de Promoção da Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Educação Permanente, três importantes pilares da Política Nacional de Saúde.

Na Unidade IV – O SUS e a Vigilância em Saúde tivemos a oportunidade de discutir sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica, mas vamos debater

mais sobre o assunto e incluir a Política Nacional de Educação Permanente.

Recordando:

Política Pública é definida como um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre as realidades econômicas, social e ambiental (BOBBIO ET AL., 1995).

De acordo com Menicucci (2003), as Políticas Públicas que estabelecem as “regras do jogo” da atuação do Estado, elas influenciam e direcional a alocação de recursos econômicos e políticos.

Segundo Rua (1998), as Políticas Públicas resultam da atividade política com definição de prioridades e resultados a serem obtidos, compreendendo o conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de recursos.

Entende-se como Política de Saúde a resposta social de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relações à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Política de Saúde abrange questões relativas ao poder em saúde (Politics), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programa de saúde (Policy) (PAIM & TEIXEIRA, 2006).



ATIVIDADE 4
POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONCEITOS E FUNDAMENTOS

Tempo Estimado: 2 horas

Objetivo

- Fixar os conceitos, fundamentos e princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde.

Material

- Sugestão: Slides.



TEXTO PARA LEITURA
OS CONCEITOS, FUNDAMENTOS E PRINCÍPIOS DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.

Sâmia Martins da Costa Silveira¹

PORTARIA Nº 687, DE 30 DE MARÇO DE 2006

Aprova a Política de Promoção da Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e Considerando a necessidade de implantação e implementação de diretrizes e ações para Promoção da Saúde em consonância com os princípios do SUS; e Considerando o Pacto pela Saúde, suas diretrizes operacionais e seus componentes - Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS -, firmado entre as três esferas de governo para a consolidação do SUS, resolve:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Promoção da Saúde, conforme documento disponível no seguinte endereço eletrônico: www.saude.gov.br/svs
Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

SARAIVA FELIPE

A promoção da saúde está relacionada às ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde (figura 1), dirigidas a impactar favoravelmente a qualidade de vida. Por isso, caracterizam-se fundamentalmente por uma

¹ Farmacêutica. Autoridade Sanitária. Núcleo de Vigilância Sanitária. Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Mestra em Saúde Coletiva. Especialista em Gestão em Serviços de Saúde, Acreditação e Auditoria Hospitalar. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica.

composição multifatorial, com ações de ampliação da consciência sanitária – direitos e deveres da cidadania, educação para a saúde, estilos de vida,

aspectos comportamentais, condições sociais, condições sanitárias, entre outras.

Figura 1: Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead



Fonte: MENDES, 2010

Para manter-se saudável os indivíduos necessitam de moradia, água, ar puros, ambientes saudáveis, alimentação adequada, situações social, econômica e cultural favoráveis, prevenção de doenças e redução de riscos a saúde, assim como educação, conhecimento e informação. Estes são componentes importantes da promoção da saúde. Então, para promover a saúde, ações considerando esses multifatores são essenciais e importantes para enfrentar os chamados determinantes sociais da saúde.

SAIBA MAIS

A relação entre saúde e condições de vida da população foi constatada e explicitada desde a origem da medicina moderna. Para saber mais leia "Promoção da saúde a origem e qualidade de vida, de Paulo Marchiori Buss (2000). Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>

Dentro desse contexto, a promoção à saúde fundamenta-se na percepção de cada indivíduo, de cada comunidade e de cada equipe de saúde acerca dos conhecimentos científicos das práticas de saúde e na aplicação destes conhecimentos, o que leva a uma prática coletiva fundamentada no empoderamento, no autoconhecimento e autocuidado, numa evolução constante na busca do saber viver, da melhor qualidade de vida e do melhor nível de saúde. Essa realidade envolve e impacta diretamente na cultura e no estilo de vida do indivíduo e da sua comunidade (MENDES, 1996).

O termo empoderamento deve ser entendido como um processo que possibilita aos indivíduos e grupos comunitários aumentarem o controle sobre os determinantes da saúde, decisões e ações que afetem a sua saúde. Não é um conteúdo que possa

ser transferido ou ensinado ou uma habilidade a ser adquirida, mas sim uma mentalidade a ser construída pela reflexão crítica e pelo amadurecimento do cidadão (MINAS GERAIS, 2013).

Segundo Buss (2010):

Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o ambiente natural, político e social. A saúde é, portanto, um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, não é responsabilidade exclusiva do setor saúde e vai além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

Deste modo, para melhorar as condições de saúde de uma população, são necessárias mudanças mais profundas dos padrões econômicos, sociais e culturais no interior dessas sociedades com intensificação de políticas sociais, que são eminentemente políticas públicas. Ou seja, para que se tenha uma sociedade saudável são necessárias ações intersetoriais e intrasetoriais com políticas públicas úteis, e mais importante: profissionais comprometidos e conscientes com esse ideário. Somos nós, profissionais atuantes, os responsáveis pela disseminação dessa realidade e pela busca dessa transformação.

Para alcançar a integralidade da atenção a saúde é necessário utilizar e agregar saberes e práticas hoje reunidos em ações isoladas e desmembradas:

atenção médico-hospitalar; programas de saúde pública; vigilância epidemiológica; vigilância sanitária; vigilância ambiental; vigilância da situação de saúde; educação para a saúde; conhecimento; informação; alimentação saudável, entre outras, com ações extra-setoriais em distintos campos, como: água, esgoto, resíduos, drenagem urbana, educação, segurança, habitação e etc. Todos esses saberes e práticas dirigidos e integrados a um território típico e particular, onde habita uma população com características culturais, sociais, políticas e econômicas, também diferentes de outras populações que vivem em outros territórios.

Em síntese, a promoção da saúde deve ser tratada como a proposta de uma nova prática sanitária multidisciplinar e interdisciplinar, que associa diferentes saberes e práticas ligadas direta ou indiretamente à saúde e que se revestem de uma nova qualidade nos serviços prestados, para o enfrentamento dos problemas existentes em um território singular. Os Programas de Saúde da Família, atualmente Estratégia de Saúde da Família, e dos Agentes Comunitários de Saúde em conjunto com todas as ações da Política Nacional da Atenção Básica são propostas em andamento no Brasil, promissoras e estruturantes de uma nova prática e merecem o mais decidido e responsável apoio político e técnico para sua implementação e efetivação (BUSS, 2010).

Integrada a este universo, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi criada com o objetivo geral de promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2010).

Os objetivos específicos dessa Política são:

- I – Incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica;
- II – Ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, entre outras);
- III – Promover o entendimento da concepção ampliada de saúde, entre os trabalhadores de saúde, tanto das atividades-meio, como os das atividades-fim;
- IV – Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção da saúde;
- V – Estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/contributivas no âmbito das ações de promoção da saúde;
- VI – Valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde;

VII – Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis;

VIII – Contribuir para elaboração e implementação de políticas públicas integradas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais;

IX – Ampliar os processos de integração baseados na cooperação, solidariedade e gestão democrática;

X – Prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde;

XI – Estimular a adoção de modos de viver não-violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz no País; e

XII – Valorizar e ampliar a cooperação do setor Saúde com outras áreas de governos, setores e atores sociais para a gestão de políticas públicas e a criação e/ou o fortalecimento de iniciativas que signifiquem redução das situações de desigualdade (BRASIL, 2010).

Cada esfera de governo possui a sua co-responsabilidade de atuação na busca desses objetivos.

GESTOR FEDERAL:

I – Divulgar a Política Nacional de Promoção da Saúde;

II – Promover a articulação com os estados para apoio à implantação e supervisão das ações referentes às ações de promoção da saúde;

III – Pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando a composição tripartite;

IV – Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das ações de promoção da saúde para instrumentalização de processos de gestão;

V – Definir e apoiar as diretrizes capacitação e educação permanente em consonância com as realidades locais regionais;

VI – Viabilizar linhas de financiamento para a promoção da saúde dentro da política de educação permanente, bem como propor instrumentos de avaliação de desempenho;

VII – Adotar o processo de avaliação como parte do planejamento e da implementação das iniciativas de promoção da saúde, garantindo tecnologias adequadas;

VIII – Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação da Política de Promoção da Saúde;

IX – Articular com os sistemas de informação existentes a inserção de ações voltadas a promoção da saúde no âmbito do SUS;

X – Buscar parcerias governamentais e não-governamentais para potencializar a implementação das ações de promoção da saúde no âmbito do SUS;

XI – Definir ações de promoção da saúde intersetoriais e pluriinstitucionais de abrangência nacional que possam impactar positivamente nos indicadores de saúde da população;

XII – Elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e à divulgação das ações de promoção da saúde;

XIII – Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação, referentes às ações de promoção da saúde;

XIV – Promoção de cooperação nacional e internacional referentes às experiências de promoção da saúde nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde; e

XV – Divulgação sistemática dos resultados do processo avaliativo das ações de promoção da saúde.

GESTOR ESTADUAL

I – Divulgar a Política Nacional de Promoção da Saúde;

II – Implementar as diretrizes da Política de Promoção da Saúde em consonância com as diretrizes definidas no âmbito nacional e as realidades loco-regionais;

III – Pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política, considerando a composição bipartite;

IV – Criar uma referência e/ou grupos matriciais responsáveis pelo planejamento, articulação e monitoramento e avaliação das ações de promoção da saúde nas secretarias estaduais de saúde;

V – Manter articulação com municípios para apoio à implantação e supervisão das ações de promoção da saúde;

VI – Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das ações de promoção da saúde para instrumentalização de processos de gestão;

VII – Adotar o processo de avaliação como parte do planejamento e implementação das iniciativas de promoção da saúde, garantindo tecnologias adequadas;

VIII – Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política;

IX – Implementar as diretrizes de capacitação e educação permanente em consonância com as realidades loco-regionais;

X – Viabilizar linha de financiamento para promoção da saúde dentro da política de educação permanente, bem como propor instrumento de avaliação de desempenho, no âmbito estadual;

XI – Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política de Promoção da Saúde;

XII – Buscar parcerias governamentais e não-governamentais para potencializar a implementação das ações de promoção da saúde no âmbito do SUS;

XIII – Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação, referentes às ações de promoção da saúde;

XIV – Elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e à divulgação das ações de promoção da saúde;

XV – Promoção de cooperação referente às experiências de promoção da saúde nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde; e

XVI – Divulgação sistemática dos resultados do processo avaliativo das ações de promoção da saúde.

GESTOR MUNICIPAL

I – Divulgar a Política Nacional de Promoção da Saúde;

II – Implementar as diretrizes da Política de Promoção da Saúde em consonância com as diretrizes definidas no âmbito nacional e as realidades locais;

III – Pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política de Promoção da Saúde;

IV – Criar uma referência e/ou grupos matriciais responsáveis pelo planejamento, implementação, articulação e monitoramento, e avaliação das ações de promoção da saúde nas secretarias de municipais de saúde;

V – Adotar o processo de avaliação como parte do planejamento e da implementação das iniciativas de promoção da saúde, garantindo tecnologias adequadas;

VI – Participação efetiva nas iniciativas dos gestores federal e estadual no que diz respeito à execução das ações locais de promoção da saúde e à produção de dados e informações fidedignas que qualifiquem a pesquisas nessa área;

VII – Estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/ implementação da Política;

VIII – Implantar estruturas adequadas para monitoramento e avaliação das iniciativas de promoção da saúde;

IX – Implementar as diretrizes de capacitação e educação permanente em consonância com as realidades locais;

X – Viabilizar linha de financiamento para promoção da saúde dentro da política de educação permanente, bem como propor instrumento de avaliação de desempenho, no âmbito municipal;

XI – Estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde para desenvolver as ações de promoção da saúde;

XII – Realização de oficinas de capacitação, envolvendo equipes multiprofissionais, prioritariamente as que atuam na atenção básica;

XIII – Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política de Promoção da Saúde;

XIV – Buscar parcerias governamentais e não-governamentais para potencializar a implementação das ações de promoção da saúde no âmbito do SUS;

XV – Ênfase ao planejamento participativo envolvendo todos os setores do governo municipal e representantes da sociedade civil, no qual os determinantes e condicionantes da saúde sejam instrumentos para formulação das ações de intervenção;

XVI – Reforço da ação comunitária, por meio do respeito às diversas identidades culturais nos canais efetivos de participação no processo decisório;

- XVII – Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação, referentes às ações de promoção da saúde;
- XVIII – Elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e à divulgação das ações de promoção da saúde; e
- XIX – Divulgação sistemática dos resultados do processo avaliativo das ações de promoção da saúde (BRASIL, 2010).

Como profissional da saúde no município somos todos co-responsáveis nessa missão da gestão municipal. É de conhecimento amplo a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde no seu exercício profissional no município. Porém, não podemos esquecer que essa é uma escolha individual que fizemos e não podemos transferir nossas responsabilidades, culpando o sistema e a gestão pela nossa falta de compromisso e muitas vezes banalização do serviço.

Na busca de efetivação dessa filosofia as ações práticas e específicas dentro da PNPS com foco na melhoria da qualidade de vida da população, e que já estamos desenvolvendo nos municípios são:

- Alimentação Saudável;
- Prática corporal/atividade física;
- Prevenção e controle do tabagismo;
- Redução da morbimortalidade em decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas;
- Redução da morbimortalidade por acidente de trânsito;
- Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz;
- Promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2010).

No Estado de Minas Gerais o Projeto de fortalecimento da Vigilância em Saúde enquadra em uma das suas 5 áreas temáticas a Promoção da Saúde com metas a serem cumpridas pelos municípios e indicadores que são monitorados e avaliadas quadrimestralmente pelo Estado de acordo com o elenco pactuado pelo município. As metas a serem cumpridas pelos municípios foram baseadas na PNPS e envolvem:

ELENCO 1

- Notificar dos casos de violência no SINAN;
- Realizar das ações de atividade física/práticas corporais destinadas aos idosos no município;
- Realizar do controle e prevenção ao uso do tabaco;
- Realizar das ações de promoção da saúde da criança e do adolescente nas escolas;
- Realizar do monitoramento da Vigilância Alimentar e Nutricional;

ELENCO 2 (Engloba também as ações do elenco 1)

- Cadastrar e acompanhar dos hipertensos e diabéticos no SISHIPERDIA;

- Realizar das ações de atividade física/práticas corporais destinadas aos hipertensos e diabéticos no município;
- Realizar do controle e prevenção ao uso do tabaco e álcool;
- Realizar ações de promoção da saúde e do adolescente nas escolas com foco: álcool, tabaco, outras drogas e promoção da cultura e da paz;
- Realizar o monitoramento da vigilância alimentar e nutricional com acompanhamento nutricional dos idosos (60 anos ou mais);

ELENCO 3 (Engloba também as ações dos elencos 1 e 2)

- Realizar análise da situação da violência no município;
- Realizar análise de situação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT);
- Desenvolver plano de ação para prevenção e controle das DCNT e promoção da saúde;
- Implantar o núcleo intersetorial de prevenção da violência e promoção da cultura da paz;
- Realizar das ações de atividade física/práticas corporais destinadas aos adultos (20 a 59 anos) no município;
- Realizar ações de promoção da saúde da criança e do adolescente nas escolas, enfocando meio ambiente e sustentabilidade;
- Realizar ações de prevenção ao uso/abuso de substâncias psicoativas (GOMES, 2012).

LEMBRETE

Dentro do aspecto da promoção da saúde não podemos esquecer a diferenciação entre Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde, mesmo que, algumas vezes, os termos sejam usados como sinônimos. A expressão Promoção da Saúde refere-se à idéia de fomentar, provocar, promover ou impulsionar medidas que não se dirigem a uma determinada doença, mas que enfatizam a transformação das condições gerais de vida de determinada comunidade, no sentido de se enfatizar uma visão positiva da saúde. No entanto, o termo Prevenção de Doenças aponta para o campo da atuação planejada por antecipação. Seu objetivo é voltado para o controle da transmissão de doenças e redução dos agravos à saúde. As ações e estratégias de prevenção devem ocorrer por meio de medidas coletivas com foco nas mudanças de hábitos e envolvem ações também de vigilância: sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador, ambiental e da situação de saúde da população (CZERESNIA, 2003)

Mais importante, que compreender a diferença entre esses dois conceitos é conhecer e implantar suas implicações práticas e entender que a consolidação de um modelo de atenção voltado para a integralidade e equidade deve demandar em conjunto quatro elementos:

1. Reabilitação;
2. Vigilância em Saúde;
3. Prevenção de doenças e agravos;

4. Promoção da Saúde.

Então, Promoção da Saúde constitui em uma ação promotora de condições para que as pessoas vivam mais e melhor, com acesso à informação e à educação, numa perspectiva de construção de uma consciência sanitária.

Dentro de todo o processo de construção da Promoção da Saúde foram se formando as concepções do desenvolvimento de Promoção da Saúde. Uma primeira abordagem está relacionada com os comportamentos e estilos de vida. Está fundada nos preceitos de fatores de risco produzidos por vertentes reducionistas clássicas da epidemiologia. Essa abordagem é vista como um meio de incentivar os indivíduos a assumirem a responsabilidade por sua própria saúde, e assim, de reduzir os gastos com o sistema de saúde. Essa abordagem está fortemente fundada no documento conhecido como Informe Lalonde (CASTIEL ET AL., 2010).

VOCÊ SABIA:

Que o relatório Lalonde foi um relatório produzido em 1974 no Canadá, sob o nome de A new perspective on the health of Canadians (Uma nova perspectiva da saúde de canadenses). É considerado o primeiro relatório governamental moderno no mundo ocidental a reconhecer que a ênfase em assistência médica sob um ponto de vista biomédico está incorreta, e que é necessário olhar além do sistema tradicional de saúde (tratamento dos doentes) se o objetivo é melhorar a saúde da população (LALONDE, 1974).

Uma segunda abordagem ficou conhecida como Nova Saúde Pública, e, apesar de também está baseada no risco epidemiológico, tem seu foco mais direcionado para os condicionantes mais gerais de saúde, também conhecidos atualmente como determinantes e condicionantes sociais da saúde, incluindo os ambientes social, econômico e cultural. Essa abordagem está direcionada como um meio de contribuir mudanças sociais para a melhoria das relações entre cidadão e Estado, em que a participação social, o exercício da cidadania e o empoderamento são considerados elementos essenciais para sua implantação (CASTIEL ET AL., 2010).

Para finalizar, deve-se evidenciar o modelo de promoção da saúde baseado na teoria pós-estruturalista, em que existe a crítica no sentido de se propor a superação da abordagem comportamentalista e da Nova Saúde Pública, comentadas anteriormente.

Para essa perspectiva, interessa-se mais em conhecer os processos sociais de construção dos riscos e como são construídas as relações de poder que produzem os discursos sobre os riscos e como uns prevalecem em detrimento de outros (CASTIEL ET AL., 2010).

Essas informações são importantes para seu aprendizado e embasamento teórico na construção do seu conhecimento, porém o mais importante não é saber qual perspectiva dessas três você vai seguir, ou qual é a mais perfeita. O mais importante aqui é a análise crítica com a busca do que a de melhor nas três abordagens apresentadas, a aplicação na realidade da atuação profissional como Técnico de Vigilância em Saúde e na mudança e transformação da sua comunidade.

Veja a seguir, uma situação capaz de explicar essa questão²:

Imagine a prática de atividade física para um grupo de idosos. É importante dizer que o estímulo à realização de atividades físicas/práticas corporais é um dos campos de ação da PNPS.

Suponha que esses idosos não tenham espaço físico em sua comunidade para a prática esportiva e que, um profissional da saúde, ciente da situação, recorra à escola do bairro e articule o empréstimo da quadra poliesportiva. Diante da cessão do espaço, permitida pelas autoridades da instituição de ensino, os idosos podem, assim, iniciar um plano de exercícios físicos.

Cabe, porém, perguntar: o que aconteceu nessa comunidade pode ser entendido como uma ação de Promoção da Saúde.

Resposta: Se considerarmos a primeira perspectiva, reducionista, sim; mas em uma perspectiva ampliada, nem tanto.

Ampliando o olhar, tente analisar a mesma situação a partir de uma hipótese em que tenha ocorrido uma condução diferente por parte do profissional de saúde. Nessa situação, o profissional da saúde reuniu os idosos e discutiu com eles possibilidades de resolução do problema, a saber: inexistência de espaço físico para a prática de exercícios físicos, a localização da escola, o deslocamento dos idosos e a disponibilidade dos materiais necessários para uma boa atividade física. Juntos – profissional da saúde e idosos – dirigiram-se à escola e negociaram com a direção a cessão da quadra. O espaço a exemplo da primeira situação, foi igualmente cedido pela

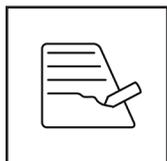
² Texto, com algumas modificações, retirado do caderno de organização das práticas de promoção da saúde do Curso de atualização profissional de atualização de Vigilância em saúde. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atualização profissional de vigilância em saúde: caderno de organização das práticas de promoção da saúde: guia do aluno/ Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; Superintendência de Vigilância e Proteção à Saúde, SES – MG; Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais: ESP-MG, 2013

escola. Todavia, além disso, o professor de educação física da escola cessionária do espaço sugeriu a integração entre alunos e idosos, desenvolvendo um diálogo entre diferentes gerações. Uma ação de Promoção da Saúde executada dessa forma, numa perspectiva abrangente, envolveu participação social, intersectorialidade e, sobretudo, o empoderamento, tendo em vista que os idosos participaram do processo decisório.

SAIBA MAIS

Para ampliar seu conhecimento fica a sugestão da leitura do artigo:

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, S. Promoção à Saúde e empreendedorismo: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social e pós estruturalista. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007. Disponível em http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigos_int.php?id_artigos=1098%26var=1



ATIVIDADE 5

PANFLETO - PROMOÇÃO EM SAÚDE

Tempo Estimado: 2 horas

Objetivo

- Elaborar panfleto informativo de acordo com a PORTARIA Nº 687, DE 30 DE MARÇO DE 2006.

Materiais

- Papel A4
- Pincel Atômico.



ATIVIDADE 6

COMPETÊNCIAS GESTOR MUNICIPAL

Tempo Estimado: 2 horas

Objetivo

- Identificar as competências do Gestor Municipal que estão relacionadas com a atuação do município na Política Nacional de Promoção da Saúde.

Material

- Responsabilidades do gestor municipal contidas no texto da atividade 4.



ATIVIDADE 7

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Tempo Estimado: 3 horas

Objetivo

- Fixar os conceitos, fundamentos e princípios da Política Nacional de Atenção Básica

Material

- Sugestão: Slides.

SUGESTÃO DO QUADRO

Características	Atribuições
•	• • •
•	• • •

TEXTO PARA LEITURA**OS CONCEITOS, FUNDAMENTOS E PRINCÍPIOS DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA**Sâmia Martins da Costa Silveira³

No módulo I do curso na Unidade 4—O SUS e a Vigilância em Saúde foi estudada a Política Nacional de Atenção Básica. Foram discutidos o conceito, a Atenção Primária a Saúde, as responsabilidades e competências de cada ente da federação frente à política nacional de atenção básica, o financiamento da atenção primária à saúde e a Estratégia da Saúde da Família.

PARA RECORDAR:

A atenção Básica, também denominada Atenção Primária à Saúde, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que está inserida no primeiro nível de atenção do sistema de saúde, possuindo como fundamentos principais a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação, diminuição de danos, a manutenção da saúde como um todo e da qualidade de vida. Objetiva desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, de maneira que os indivíduos se tornem sujeitos do processo de cuidado da própria saúde, tornando-os capazes de compreender, expressar e agir a seu modo, devendo respeitar valores, crenças e representações sociais. O trabalho deve ser desenvolvido em equipe, as ações dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2011).

Dentro desta definição podemos visualizar claramente toda a ideologia do que foi discutido anteriormente para promoção da saúde. A Atenção Primária à Saúde abrange os objetivos da promoção da saúde, sendo a principal responsável por sua execução. A atenção básica é a porta de entrada da comunidade no sistema de saúde e tem na

Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica.

A Política Nacional de Atenção Básica foi instituída pela Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Esta Portaria estabelece a revisão das normas e diretrizes para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), bem como a expansão e consolidação da atenção primária.

A Portaria nº 2.488/2011 define os fundamentos e diretrizes da atenção básica e determina a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para o cuidado integral e direcionado as necessidades de saúde da população. Estabelece também as responsabilidades comuns e particulares de cada esfera de governo para as ações da Atenção Primária à Saúde. Esta Portaria ainda apresenta o delineamento para a infraestrutura e para o funcionamento da Atenção Básica nos municípios e no Distrito Federal.

Faz parte do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica as seguintes características:

- Definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das equipes;
- Programação e implantação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população;
- Desenvolvimento de ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco;
- Realização de acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade;
- Prover de atenção integral, contínua e organizada à população adstrita;

³ Farmacêutica. Autoridade Sanitária. Núcleo de Vigilância Sanitária. Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Mestra em Saúde Coletiva. Especialista em Gestão em Serviços de Saúde, Acreditação e Auditoria Hospitalar. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica.

- Realizar atenção à saúde no UBS, no domicílio, em locais do território (salões, escolas, creches, etc.) e em outros espaços se necessário;
- Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;
- Implementar diretrizes de Qualificação dos modelos de atenção e gestão;
- Participar do planejamento local de saúde assim como do monitoramento e avaliação das ações na sua equipe, unidade e município;
- Desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;
- Apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; e
- Realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde que impossibilite sua ida até a UBS.

A Portaria nº2.488/2011 aponta ainda as atribuições comuns a todos os profissionais membros das equipes de Atenção Primária e as atribuições específicas de cada profissão envolvida na equipe. Como atribuições comuns temos:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;
- Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;
- Realizar o cuidado da saúde da população adscrita;
- Realizar ações de atenção a saúde conforme a necessidade de saúde da população local;
- Garantir a atenção a saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;
- Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- Responsabilizar-se pela população descrita, mantendo a coordenação do cuidado;
- Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que

influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;

- Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
- Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;
- Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- Realizar ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe;
- Participar das atividades de educação permanente;
- Promover a mobilização e a participação da comunidade,
- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e
- Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

A Portaria apresenta também as especificidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF é tida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Primária por favorecer a re-orientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Em conjunto com a ESF esta Portaria apresenta os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que são constituídos por equipes compostas de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes da Saúde da Família. O NASF faz parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo. São acionados, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes de saúde da família e deve atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (CAPS, CEREST, Ambulatórios especializados etc.).

Uma questão importante no processo de trabalho do NASF em conjunto com a equipe de saúde da família é a prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra – referência, ampliando-a para um processo de compartilhamentos de casos e acompanhamento conjunto. Os NASF e seus profissionais devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da

clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e resolutividade de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários.

A Portaria nº 2.488/2011 apresenta também como parte integrante da Atenção Básica o Programa Saúde na Escola - PSE instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007, surgiu como uma política intersectorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral (promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde e formação) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e unidades básicas de saúde, realizada pelas equipes de saúde da atenção básica e educação de forma integrada, por meio de ações de:

- Avaliação clínica e psicossocial;
- Promoção e prevenção que articulem práticas de formação, educativas e de saúde visando a promoção da alimentação saudável, a promoção de práticas corporais e atividades físicas nas escolas, a educação para a saúde sexual e reprodutiva, a prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, a promoção da cultura de paz e prevenção das violências, a promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável; e
- Educação permanente para qualificação da atuação dos profissionais da educação e da saúde e formação de jovens.

Cabe ressaltar a importância dada pela Portaria à educação permanente das equipes de Atenção Básica. Aquela enfatiza que a consolidação e o

aprimoramento da Atenção Primária são importantes para a reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil. Para isso, faz-se necessário um saber e um fazer em educação permanente que sejam entrelaçados na prática concreta dos serviços de saúde. A educação permanente deve ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular.

Essa realidade se faz necessária já que o novo paradigma do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, interpretação e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho.

Nesse sentido, a educação permanente, segundo a Portaria nº 2.488/2011, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante estratégia de gestão, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, devendo estar inserida próxima dos efeitos concretos das práticas de saúde e na vida dos usuários, como um processo que se dá no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho.

Devido à importância desse tema, vamos abordar em seguida a Política Nacional de Educação Permanente como forma de conhecimento e busca da efetivação da mesma no nosso exercício profissional.

ATIVIDADE 8

VÍDEO PSF, NASF E PORTARIA 648

Tempo Estimado: 40 minutos



Objetivo

- Discutir as informações contidas no vídeo.

Material

- Vídeo http://www.youtube.com/watch?v=_Bz_OBBApuY.

ATIVIDADE 9

CUMPRIR ORDENS

Tempo Estimado: 20 minutos



Objetivo

- Sensibilizar o grupo que em todas as situações é necessário que se saiba cumprir ordens, e no tempo dado para isso.

Material

- Nenhum

Cumpra **RAPIDAMENTE** as ordens abaixo⁴:

1. Cumpra todas as ordens bem depressa. Depressa mesmo!
2. Leia tudo antes de fazer qualquer coisa.
3. Escreva seu nome completo acima do título desta folha.
4. Desenhe 2 pequenos quadrados no canto esquerdo superior desta folha.
5. Faça um “x” dentro de cada quadrado que você desenhou.
6. Passe um traço debaixo da 4ª letra do seu primeiro nome.
7. Diga em voz alta ao grupo, o seu primeiro nome. Agora !!!
8. Faça 3 pequenos furos neste papel, usando a ponta do lápis ou da caneta.
9. Diga em voz alta ao grupo: “Estou quase terminando”.
10. Cumpra apenas as ordens números 1 e 2.
11. Você cumpriu apenas as ordens citadas no item anterior?

Então escreva em qualquer lugar desta folha:

“SOU CRAQUE EM CUMPRIR ORDENS”.

Assine



ATIVIDADE 10

POLÍTICA NACIONAL DE
EDUCAÇÃO PERMANENTE

Tempo Estimado: 2 horas

Objetivo

- Relacionar a Política Nacional de Educação Permanente com a trajetória profissional dos servidores da saúde.

Material

- Texto: Os conceitos, fundamentos e princípios da Política Nacional de Educação Permanente



TEXTO PARA LEITURA

OS CONCEITOS, FUNDAMENTOS E PRINCÍPIOS DA
POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

*Sâmia Martins da Costa Silveira*⁵

Quando falamos em formação dos profissionais da saúde e mais especificamente em educação permanente tomamos por base o artigo 200, da Constituição Federal de 1988, em seu inciso III, que atribui ao SUS a competência de ordenar a formação na área da Saúde (BRASIL, 1988). Portanto, as questões da educação na saúde passam a fazer parte do rol de atribuições finalísticas do sistema. Para observá-lo e efetivá-lo, o Ministério da Saúde

tem desenvolvido, ao longo do tempo, várias estratégias e políticas voltadas para a adequação da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do SUS.

Dentro desse contexto foi publicado em 20 de Agosto de 2007 a Portaria GM/MS nº 1.996, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política

⁴ Dinâmica adaptada - disponível em <http://www.sato.adm.br/rh/dinamica_de_grupo_como_cumprir_ordens.htm> Acesso em 26 de Agosto de 2013.

⁵ Farmacêutica. Autoridade Sanitária. Núcleo de Vigilância Sanitária. Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Mestra em Saúde Coletiva. Especialista em Gestão em Serviços de Saúde, Acreditação e Auditoria Hospitalar. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica.

Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.

Esta portaria define que 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. 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).

Os Colegiados de Gestão Regional são as instâncias de pactuação permanente e cogestão 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). 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. A Portaria ainda define as atribuições e diretrizes dos colegiados e das comissões.

SAIBA MAIS

Para ampliar seu conhecimento fica a sugestão da leitura do capítulo 1 da política Nacional de Educação Permanente disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf

É importante ressaltar aqui que a Portaria enfatiza em seu artigo nº 13, parágrafo único a importância da educação permanente para os profissionais de nível técnico dispondo em seu anexo III as diretrizes e orientações para essa formação.

Esse anexo apresenta que a formação dos trabalhadores de nível técnico é um componente decisivo para a efetivação da política nacional de saúde, capaz de fortalecer e aumentar a qualidade de resposta do setor da saúde às demandas da população, tendo em vista o papel dos trabalhadores de nível técnico no desenvolvimento das ações e serviços de saúde.

As ações para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores de nível técnico da área da Saúde devem ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre as três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços de saúde e o controle social.

As instituições executoras dos processos de formação dos profissionais de nível técnico no âmbito do SUS deverão ser preferencialmente as Escolas Técnicas do SUS/Centros Formadores, Escolas de Saúde Pública (vinculadas à gestão estadual ou municipal) e Escolas de Formação Técnicas Públicas. Outras instituições formadoras poderão ser contempladas, desde que legalmente reconhecidas e habilitadas para a formação de nível técnico. A execução da formação técnica também poderá ser desenvolvida por equipes do Estado/Município em parceria com as Escolas Técnicas. Em todos esses casos as Escolas Técnicas do SUS deverão acompanhar e avaliar a execução da formação pelas instituições executoras.

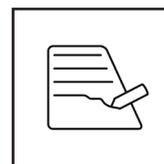
Os projetos de formação profissional de nível técnico deverão atender a todas as condições estipuladas na portaria e o plano de curso (elaborado com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Técnico na área de Saúde).

A Portaria ainda apresenta as formas de financiamento e transferência de recursos para a execução das ações de educação permanente e as responsabilidades e atribuições comuns e individuais de cada ente da federação.

ATIVIDADE 11

ENFOQUES, PROBLEMAS E PERSPECTIVAS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

Tempo Estimado: 5 horas



Objetivo

- Conhecer e discutir os enfoques, problemas e perspectivas da Educação Permanente.

Material

- Texto: Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde.

Desenvolvimento

- Solicitar que a turma se divida em 3 grandes grupos e realizem a leitura de todo o texto.

1º Grupo: Ficará responsável por elaborar 6 questões que irão mediar o debate dos outros dois grupos (Problemas X Perspectivas da Política Nacional de Educação Permanente) que buscarão responder essas perguntas.

2º Grupo: Ficará responsável por estudar os problemas da Política Nacional de Educação Permanente utilizando-os para responder as questões que o grupo 1 elaborar.

3º Grupo: Ficará responsável por estudar as perspectivas da Política Nacional de Educação Permanente utilizando-as para responder as questões que o grupo 1 elaborar.

- O 1º grupo elegerá dois componentes para mediar as falas do debate, organizar as pessoas manifestarem o desejo de contribuir para a discussão e estabelecer tempo para cada fala. Sugestão: 3 minutos.



TEXTO PARA LEITURA

ENFOQUES, PROBLEMAS E PERSPECTIVAS NA EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS RECURSOS HUMANOS DE SAÚDE⁶

1.1 Primeiro esboço do problema

A capacitação é uma das estratégias mais usadas para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde. Grande parte do esforço para alcançar a aprendizagem ocorre por meio da capacitação, isto é, de ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas que a dinâmica das organizações não oferece por outros meios, pelo menos em escala suficiente. Mas a capacitação desenvolve-se, também, sob a influência de uma grande variedade de condições institucionais, políticas, ideológicas e culturais, que antecipam e determinam o espaço dentro do qual a capacitação pode operar seus limites e possibilidades. Um estudo recente mostra como se operacionalizam estas condições. Reconhecê-las é a primeira condição para evitar desvios freqüentes, tais como:

- A simplificação, que reduz o problema da educação de pessoal a uma questão de aplicação de métodos e técnicas pedagógicas, sem a compreensão substancial de seus enfoques e sem a compreensão estratégica do contexto político institucional de realização;
- A visão instrumental da educação, que pensa os processos educativos apenas enquanto meio de alcançar um objetivo pontual e não como parte substancial de uma estratégia de mudança institucional;
- O imediatismo, que acredita na possibilidade de grandes efeitos de um programa educativo de aplicação rápida, quase como em passe de mágica;
- A baixa discriminação de problemas a superar, cuja solução não depende de capacitação e sim de outros fatores;

- A tendência em atuar por meio de programas e projetos, cuja lógica é de começo e fim, além de sua dependência de fontes específicas de financiamento, ao invés de fortalecer a sustentabilidade e a permanência das estratégias educativas ao longo do tempo.

Reconhecendo estes problemas, outro trabalho recentemente publicado, agrega novas questões, tais como:

- A formação de grupos ou estruturas para a gestão dos projetos, que entram freqüentemente em colisão com as linhas de estrutura do setor, desafiando o poder ou as lógicas distributivas;
- Programas de capacitação acordados com instituições intermediárias alheias às necessidades reais dos serviços locais, particularmente sob a forma de “produtos enlatados”;
- A inexistência de avaliações e memórias institucionais que permitam absorver a experiência, analisar os obstáculos e os resultados, servindo de base para futuras experiências.

1.2 Capacitação ou Educação Permanente?

O que se espera dos processos de capacitação? O trabalho de Roschke, Brito e Palacios (2002) indica que, geralmente, se deseja:

- Melhorar o desempenho do pessoal em todos os níveis de atenção e funções do respectivo processo de produção;
- Contribuir para o desenvolvimento de novas competências, como a liderança, a gerência descentralizada, a auto-gestão, a gestão de qualidade etc.;

⁶ Texto adaptado do Artigo disponível no Portaria 1.996 de 20 de Agosto de 2009

- Servir de substrato para transformações culturais de acordo com as novas tendências, como a geração de práticas desejáveis de gestão, a atenção e as relações com a população etc.

Além da ação educacional propriamente dita, portanto, espera-se que os componentes da capacitação sejam parte essencial da estratégia de mudança institucional. Entretanto, poucas vezes se instala uma estratégia global e sustentável que dê lugar à conquista progressiva e sistemática desses propósitos. A partir desses estudos e análises, é possível levantar três questões principais, associadas à capacitação e à educação permanente do pessoal de saúde, neste primeiro esboço do problema:

- Nem toda ação de capacitação implica um processo de educação permanente. Embora toda capacitação vise à melhoria do desempenho do pessoal, nem todas estas ações representam parte substantiva de uma estratégia de mudança institucional, orientação essencial nos processos de educação permanente;
- A educação permanente, como estratégia sistemática e global, pode abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação e não o inverso. No âmbito de uma estratégia sustentável maior, podem ter um começo e um fim e serem dirigidas a grupos específicos de trabalhadores, desde que estejam articuladas à estratégia geral de mudança institucional;
- Finalmente, todo processo de educação permanente requer elaboração, desenho e execução a partir de uma análise estratégica e da cultura institucional dos serviços de saúde em que se insere. Vários novos programas de capacitação significaram um importante avanço em seus enfoques e experiências, considerando estas questões. A maioria, entretanto, mantém um atraso significativo nos estilos e práticas de capacitação, repetindo sempre a mesma fórmula.

O objetivo deste trabalho é revisar os vários enfoques de capacitação e educação permanente do pessoal da saúde, analisar os aportes teóricos para seu desenvolvimento e recuperar lições de experiências recentes, expondo-lhe as fortalezas e obstáculos nos processos de transformação do setor da Saúde. Além disso, pretende-se contribuir para o desenvolvimento de uma estratégia educativa integral orientada para a transformação dos serviços de saúde e comprometida com o desenvolvimento permanente de seus recursos humanos.

1.3 Antigos problemas: a persistência do modelo escolar

Apesar da importância e difusão da capacitação, nem sempre se alcançam os resultados esperados, ou seja, nem sempre esses projetos se convertem em ação. Não são suficientes para reconsiderar as próprias práticas da capacitação, nem levam à

análise dos múltiplos sentidos que a capacitação assume nos distintos projetos. Muitas vezes, o olhar se reduz à definição de métodos ou técnicas de trabalho, ocultando a orientação dos processos. Em outros termos: refletir sobre a direção que tomam as iniciativas de capacitação, se à atualização de conhecimentos ou competências técnicas específicas, ou à promoção de mudanças na organização dos serviços, parece ser um pré-requisito para a definição de seu desenho.

Na maioria dos casos, a capacitação consiste na transmissão de conhecimentos dentro da lógica do “modelo escolar”, com o intuito de atualizar novos enfoques, novas informações ou tecnologias na implantação de uma nova política, como nos casos de descentralização ou priorização da Atenção Primária.

Em qualquer dos casos, o desenho básico da capacitação de pessoal, dentro dessa lógica, pressupõe a reunião das pessoas em uma sala de aula, isolando-as do contexto real de trabalho, colocando-as ante um ou vários especialistas experientes, que transmitirão conhecimentos para, uma vez incorporados, serem aplicados. A primeira intenção é “sensibilizar” o grupo acerca do valor do novo enfoque ou conhecimento e “transmitir” a melhor forma de entendê-lo. É praxe, posteriormente, organizar uma “cascata” de encontros, das equipes centrais até os grupos de nível operativo, por intermédio de multiplicadores. A expectativa (e o pressuposto) é que as informações e conhecimentos adquiridos serão incorporados às práticas de trabalho.

Paralelamente a este paradigma de transmissão escolar, realizam-se ações de educação para a saúde dirigidas à comunidade: reuniões para informar o comportamento ideal, para oferecer instrução diversa da realidade existente ou dos problemas e condições em que se realizam, e ainda dos códigos semânticos por meio dos quais se comunicam. Presume-se, com isso, contribuir com a transformação dos modos de atuação ou interação das pessoas.

A experiência acumulada e as avaliações ao longo de décadas mostraram que a hora de passar da aplicação à prática nunca chega e que o acúmulo de esforços e recursos não alcançam os resultados esperados. Apesar das evidências, insiste-se neste estilo de capacitação que demonstra ser a lógica escolar incorporada habitualmente e sutilmente nos modelos mentais.

Em muitos casos, a ligação entre o que se faz e o que se diz no processo de capacitação parece relacionar-se com os temas em questão, mas não necessariamente com os problemas práticos ou os comportamentos que deverão ser mobilizados. Em outros, quando ainda se incluem as estratégias adequadas, parece que não considera os tempos necessários para instalar ou extinguir um comportamento. Espera-se que, como

resultado de algumas reuniões, as modificações de comportamento se transformem, rapidamente, em realidade. Assim, as ações de capacitação incrementam os encontros e aulas no período em que se pretende introduzir as mudanças, diluindo-se posteriormente. Às vezes os tempos de capacitação se parecem mais aos tempos produtivos das máquinas que aos tempos humanos.

Ainda que em alguns casos se alcance aprendizagens individuais por meio da capacitação, elas nem sempre se traduzem em aprendizagem organizacional. Isto é, não se transferem para a ação coletiva.

Por aprendizagem, entende-se o desenvolvimento de novos critérios ou capacidades para resolver problemas ou a revisão de critérios e capacidades existentes que lhes inibem a resolução. Embora a aprendizagem devesse ser, necessariamente, individual, já que somente os indivíduos são capazes de aprender, muitos autores usaram, metaforicamente, a expressão “aprendizagem organizacional” para descrever situações em que as individualidades são integradas, compartilhadas e postas em ação por meio da coordenação da conduta de indivíduos distintos, o que inclui, necessariamente, os que ocupam posições diferenciadas na organização em termos de hierarquia e poder.

Como é de se esperar, essa dificuldade é muito maior quando as aprendizagens têm menos relação com habilidades técnicas individuais e mais a ver com mudanças em dinâmicas complexas, tais como o estilo de liderança ou a tomada de decisões, ou com mudanças culturais. A questão é particularmente crucial quando o que se procura são mudanças nos modelos de atenção e participação, o que representa uma transformação nas regras do jogo das instituições.

É necessário considerar, neste sentido, a coerência e a relação entre as propostas de capacitação e as políticas de transformação de serviços de saúde, particularmente nos contextos de mudanças ou reformas. A experiência parece mostrar que se diluem esforços de transformação multiplicando projetos, todos orientados a produzir mudança ou reforma organizacional, sem que estejam coordenados entre si. Quando se instalam nos diversos estados, municípios ou localidades, cada um deles chega ao terreno com lógicas diferenciadas de trabalho, o que dá a impressão de uma cópia e não de um programa de ação compartilhado. Outras vezes, as intenções embutidas na capacitação não são acompanhadas pelas ações de gestão dos recursos humanos, o que implica impulsionar mudanças por meio de ações educativas, mas manter o mesmo enfoque e procedimentos de administração burocrática de pessoal.

Como última questão, faz-se mister acrescentar que o crescimento da capacitação, nos últimos

vinte anos, parece ser mais um crescimento em extensão. Somente em alguns casos se alcança uma mudança qualitativa, embora tenham sido operadas transformações conceituais e práticas: as ações convivem com uma diversidade de programas que conservam os traços mais clássicos.

Por algum motivo, a capacitação segue empregando os mesmos conceitos e tecnologias de há vinte anos, muito mais do que qualquer outro procedimento organizacional. A escassa discussão sobre a efetividade da capacitação e suas possíveis estratégias de melhora é um elemento que, embora de difícil explicação, não deveria estar ausente nesta apresentação sobre os antigos (e ainda atuais) problemas.

1.4 As mudanças nos enfoques educativos: revisitando a educação permanente na saúde

Os enfoques educativos transformaram-se profundamente nos últimos anos acompanhados, por um lado, da reflexão crítica das tendências clássicas e, por outro, incorporando os aportes da sociologia das organizações, a análise institucional e a perspectiva da educação de adultos, particularmente em situações de trabalho.

Uma corrente de pensamento tem origem nas concepções de Educação Permanente desenvolvidas tanto em experiências concretas como em formulações teóricas desde o começo da década de 70, particularmente difundidas pela Unesco. Elas facilitaram o reconhecimento do adulto como sujeito de educação (tradicionalmente centrada na criança) e a ampliação dos âmbitos de aprendizagem para além do ambiente escolar, ao longo de toda uma vida e em contextos comunitários e laborais.

A partir de então, outras vertentes de origens diversas, geraram novos desenvolvimentos no campo da capacitação laboral, tais como o Desenvolvimento Organizacional, os Círculos de Qualidade, a Qualidade Total ou a Reengenharia Organizativa, particularmente difundida no âmbito das empresas.

No campo dos sistemas de saúde, os debates acerca da educação e desenvolvimento dos recursos humanos levaram a contrastar os paradigmas das denominadas “Educação Continuada” e “Educação Permanente”.

A Educação Continuada, tradicional recurso no setor de Saúde, se caracteriza por:

- Representar uma continuidade do modelo escolar ou acadêmico, centralizado na atualização de conhecimentos, geralmente com enfoque disciplinar, em ambiente didático e baseado em técnicas de transmissão, com fins de atualização;
- Conceituar tecnicamente a prática enquanto campo de aplicação de conhecimentos especializados, como continuidade da lógica dos currículos universitários,

que se situa no final ou após o processo de aquisição de conhecimentos. Por este fato se produz uma distância entre a prática e o saber (compreendido como o saber acadêmico) e uma desconexão do saber como solução dos problemas da prática;

- Ser uma estratégia descontínua de capacitação com rupturas no tempo: são cursos periódicos sem seqüência constante;
- Ter sido, em seu desenvolvimento concreto, dirigida predominantemente ao pessoal médico e alcançado, com menos ênfase, o grupo de enfermagem. Centrada em cada categoria profissional, praticamente desconsiderou a perspectiva das equipes e diversos grupos de trabalhadores.

O enfoque da Educação Permanente, ao contrário, representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços. Supõe inverter a lógica do processo:

Incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem;

Modificando substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas,

Problematizando o próprio fazer;

Colocando as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores;
Abordando a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar;

Ampliando os espaços educativos fora da aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes e associações, em ações comunitárias.

A nova vertente deu lugar à construção teórica e metodológica da Educação Permanente em Saúde, amplamente desenvolvida na bibliografia e nos programas de desenvolvimento de recursos humanos em distintos países da América Latina. A aproximação com o mundo das práticas, nos mesmos contextos da ação, foi redundante.

Aproximar a educação da vida cotidiana é fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho. Em outros termos, que no trabalho também se aprende. A situação prevê transformar as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco. Esta perspectiva, centrada no processo de trabalho, não se limita a determinadas categorias profissionais, mas a toda a equipe, incluindo médicos, enfermeiros, pessoal administrativo, professores,

trabalhadores sociais e todas as variantes de atores que formam o grupo.

O mesmo enfoque, centrado na situação de trabalho, apesar das diferenças contextuais e de propósitos, orientou a capacitação no âmbito das empresas. O enfoque “qualidade total” dá ênfase ao desenvolvimento das equipes e à revisão crítica de práticas e seus resultados. Ainda que com menos frequência, existem produções concretas, desse tipo, no campo das organizações da saúde.

É importante destacar que as novas tendências podem incluir, em uma ou mais etapas de seu desenvolvimento, atividades deliberadamente desenhadas para produzir aprendizado em sala de aula como parte do processo, integradas à educação ampla e permanente, em que os momentos de trabalho em sala de aula são apenas momentos de retroalimentação para análise da prática e o desenvolvimento de novas ações.

Entretanto, no campo da capacitação do pessoal da Saúde, as mudanças de concepção não conseguiram superar o enfoque centrado na transmissão de conhecimento por meio de aulas. Pelo contrário, este enfoque se mantém no desenvolvimento de diversas propostas, de forma paralela ou simultânea, com as propostas alternativas. Sua manutenção ao longo do tempo, pode ser explicada, entre outras razões, pela persistência do modelo escolar nas formas de pensar a educação e por uma visão simplificada das pessoas e da prática, no campo das organizações. A persistência dos modelos escolares obedece não somente ao fator cultural ou aos “modelos mentais”, mas a uma visão muito restrita dos conceitos de aprendizagem e da aprendizagem do adulto nas organizações, de acordo com a mesma teoria educacional. O próximo item tratará esta dimensão do aprendizado e seus desenvolvimentos atuais.

1.5 A educação permanente e a mudança nas práticas: a aprendizagem no contexto do trabalho na área da Saúde

As teorias clássicas de aprendizagem se caracterizaram pela tendência em explicar os processos de aprendizagem, isolando-os do contexto. Na mesma linha, a maior parte dos estudos de aprendizagem concentrou seu interesse no processo de desenvolvimento (amadurecimento e aprendizado) e, portanto, focalizou sua atenção no período da infância, com escassa preocupação pelo aprendizado dos adultos.

A importância da aula, no colégio e também na universidade, constrói um lugar isolado e protegido das influências do ambiente. A visão excessivamente escolarizada do aprendizado penetrou em boa parte das produções, apesar do esforço de pedagogos

notáveis, como Dewey e McLuhan que propiciaram a abertura das fronteiras das aulas. Entretanto, diversos estudos destacam os limites e carências observadas durante o processo de formação, particularmente na educação universitária, e o momento de inserção na prática profissional. Este traço teórico e metodológico é, ao mesmo tempo, uma fortaleza e uma debilidade dessas teorias clássicas: não ajudam muito a entender como é que certos contextos facilitam enquanto outros dificultam determinados aprendizados, conceito particularmente importante quando se trabalha na educação de adultos em situações de trabalho.

Os estudos sobre as organizações ajudam substancialmente a compreender a aprendizagem no trabalho e os intercâmbios que facilitam ou impedem a mudança nas organizações. O interesse desta relação entre a aprendizagem e a organização contexto da prática nos serviços de saúde justifica-se nas seguintes situações:

1. As organizações constituem um sistema de vínculos sustentados por meio de rotinas, rituais, normas, interações, intercâmbios lingüísticos (semânticos) e regulações. Se os processos educativos em pauta não incluem a análise destes vínculos, dificilmente conseguirão transformá-los;
2. Os hospitais, centros de saúde e, em geral, as agências do setor constituem organizações, mas também instituições, com tradições e trajetórias históricas, hierarquias. Os atores internalizam as “regras do jogo”;
3. O trabalho nos serviços de saúde é delimitado por regulamentos públicos, que incluem um sistema de credenciais, normas e incentivos explícitos e implícitos de funcionamento. É comum perceber que as ações educativas tentam remover práticas que, por outro lado, são mantidas nos sistemas de incentivos e normas de regulamentação;
4. O trabalho nos serviços de saúde representa um contexto de aprendizagem, explícito e implícito, para manter ou mudar as regras;
5. Mediante a análise das suposições aceitas ou questionadas, os temas postos em discussão e os excluídos deste processo, os atores envolvidos e os que se separam, é possível descobrir a trama que perpetuará ou modificará as rotinas da organização;
6. Enquanto a educação permanente continuar orientada ou desenhada por atores que compartilham os mesmos comportamentos que se tenta eliminar, é normal que não se discutam as rotinas que inibem as mudanças, o que reforça, em muitos casos, os padrões de controle.

Para compreender os processos de aprendizagem e mudança nas organizações, há teorias particularmente úteis. Entre os distintos autores há fortes conexões. Chris Argyris y Donald Schön devem muito de sua compreensão sobre aprendizagem a Gregory Bateson.

Por sua vez, os dois têm produção conjunta, ainda que cada um tenha também uma obra independente onde se aprofundam em aspectos específicos. Este dado é relevante porque talvez não se trate de três teorias senão de três desenvolvimentos de uma mesma teoria. Por outro lado, a análise da sociologia das organizações e do trabalho, particularmente o novo institucionalismo, colaboram na compreensão dos processos de mudança e de conservação nas instituições. Elas contribuem para considerar o papel do contexto, da reflexão e da prática no processo de aprendizagem, particularmente no âmbito do trabalho.

De acordo com Bateson (1991), cabe distinguir distintos níveis de aprendizagem nas organizações:

- Adquirir ou extinguir um hábito representa um processo de Aprendizagem de Nível I, já que supõe a adoção de um determinado comportamento para ajustar as relações entre o indivíduo e a organização, acoplando suas práticas às práticas de grupo. Este nível de aprendizagem é de relativa importância, pois implica a adoção de rotinas de trabalho de grande estabilidade no tempo, sem que seja necessário refletir sobre essas práticas. Elas as tornam naturais.
- Por outro lado, se uma situação crítica ou a comparação entre suas práticas e a de um colega conscientiza o indivíduo da necessidade de reformular alguns de seus comportamentos, estar-se-ia frente a um processo de Aprendizagem de Nível II, quando se adquire outra maneira de relacionar-se ou atuar.
- A Aprendizagem de Nível III é “difícil e rara”. Se a Aprendizagem II é fruto de reflexão sobre situações e comportamentos em determinados contextos, o Aprendizado III é a análise do próprio contexto. Já não se trata de caracterizar formas de atuação, aparentemente diversas sob um denominador comum, mas de entender as características do contexto que produz essas formas de ação. Em outros termos, o Aprendizado III interpreta o contexto organizativo que permite o surgimento e a sobrevivência de determinados comportamentos que se desejaria modificar.

A perspectiva de Bateson ajuda a repensar o problema da educação permanente do pessoal de saúde. O esforço da capacitação, na maioria das vezes, limita-se à adoção de determinadas rotinas de trabalho, raramente na revisão das práticas. Frequentemente as propostas de formação ou capacitação iniciam com ações de reformulação dos comportamentos, mas rapidamente evoluem para o desenvolvimento de novas habilidades seguindo as teorias de aprendizagem que presumem a existência de um contexto neutro para a prática das novas habilidades e não um novo significado para as aprendizagens adquiridas

A introdução ou a modificação de uma prática organizativa nos serviços de saúde implica em trabalhar não apenas no desenvolvimento de novas

habilidades específicas, mas, sobretudo os contextos que mantêm e alimentam as práticas anteriores. Em síntese, o modelo de Bateson nos obriga a pensar na organização e seu entorno como contexto de aprendizagem.

Na mesma linha de pensamento, Argyris (1991, 1993, 1999) preocupou-se, em especial, com dois aspectos do conhecimento para a ação. Por um lado, a necessidade de gerar conhecimento útil, mas sempre vinculado ao contexto em que a ação se desenvolve, o que não significa que qualquer prática serve em qualquer situação ou contexto. Quando se ensina uma ação eficaz, respeitam-se as contingências. Por outro lado, a proposta é gerar intervenções capazes de modificar o status quo das organizações.

1.6 A educação permanente e a dialética na adaptação e na mudança institucional

Numa perspectiva de desenvolvimento da educação permanente nos níveis mais altos de aprendizagem, planeja-se também uma tarefa de mediação institucional para a criação-extinção dos contextos organizativos que favorecem ou inibem certas práticas. Apesar disso, é freqüente que programas de reforma organizacional dos serviços de saúde não adjudiquem, articulem ou acompanhem os projetos educativos nessa mediação, comprometendo seriamente seus efeitos e resultados.

Nas novas vertentes de pensamento institucionalista, North (1993) estabelece uma diferença importante entre instituições e organizações. Embora ambos os termos possam ser usados como sinônimos, as instituições representam as “regras do jogo”, como restrições geradas historicamente e socialmente compartilhadas, que dão forma à interação humana, criando vínculos previsíveis nas transações e economizando esforços, gerando expectativas e reduzindo a incerteza.

Os mecanismos de enforcement mantêm as regras do jogo (instituições) e a internalização delas, o que desfavorece a mudança. Elas podem ser formais e facilmente reconhecíveis, como os regulamentos, ou informais como os códigos de comportamento, acordos subentendidos que se transformam em comportamento habitual. Por outro lado, as organizações são grupos de indivíduos reunidos em torno de um objetivo. Se as instituições são as regras do jogo, as organizações são os jogadores. As organizações constituem o modo peculiar em que os jogadores se organizam para “jogar o jogo”. Embora, organizações e instituições sejam conceitualmente diferentes, têm vínculos estreitos. As instituições comprometem fortemente as oportunidades disponíveis das quais as organizações tiram partido. Os jogadores que se beneficiam das regras do jogo buscarão estabilizá-las, enquanto aqueles que

poderiam ganhar alterando o sistema institucional buscarão modificá-las (institucionalização/desinstitucionalização).

Para se produzir mudança nas práticas e, sobretudo, para modificar práticas institucionalizadas nos serviços de saúde, é necessário privilegiar o conhecimento prático em suas ações educativas e favorecer a reflexão compartilhada e sistemática.

A questão não se limita a incorporar conhecimento, mas saber que conhecimento é necessário incorporar, o que aprender, o que desaprender e como fazer para que os outros (o grupo como um todo) o façam. O problema vai muito além dos conhecimentos específicos que se ensinam em um curso ou oficina, e aponta para a mudança nas próprias organizações e seus respectivos contextos.

Além disso, embora um processo de aprendizagem possa se constituir em mera aquisição de habilidade ou hábito individual (como operar um computador), raramente o aprendizado para o trabalho mantém esse limite. Qualquer aprendizado individual significativo implica a padronização de comportamentos.

Esta coordenação de condutas requer, necessariamente, uma interferência nas normas e regulamentos da organização, ou seja, uma mudança institucional. A educação permanente em serviço não modifica “partes”, como poderia modificar os componentes de uma máquina, mas refere-se às instituições que, como tais, estão vinculadas a papéis e representações internalizadas de cada um dos envolvidos. Trata-se de uma mudança conceitual e prática, em comportamentos coordenados com outros.

De acordo com este enfoque, o problema da mudança e do aprendizado nas organizações de trabalho supera amplamente o papel tradicional atribuído à educação do pessoal, convertendo-a em uma ferramenta de intervenção institucional. Isto significa que, para entender como o aprendizado se converte em ação, no âmbito de uma organização, é necessário conhecer os elementos que apóiam a persistência e a mudança institucional, razão pela qual se faz necessário revisar:

- O próprio conceito de trabalho enquanto espaço não neutro, com regras de jogo instaladas historicamente, exercendo influência sobre as condutas de maneira implícita e explícita;
- Os próprios sujeitos, considerando que as regras a modificar estão incorporadas em seus modos de pensar, sustentando hábitos de trabalho de grande estabilidade no tempo.

Cada atividade educativa que se pretenda levar à prática vai exigir, necessariamente, que se parta da revisão crítica das práticas atuais, de novos acordos entre os grupos de trabalho e das regras da organização.

O que se aprendeu não é um novo hábito, e sim outra maneira de relacionar-se ou de atuar. É um tipo de aprendizado que raramente se instala de maneira espontânea ou ocasional, mas requer uma intervenção educativa deliberada cujo eixo seja a discussão crítica das práticas concretas. Para alcançar seus objetivos, os processos educativos deverão envolver todo o grupo e não somente alguns dos indivíduos.

Cabe destacar, igualmente, que nem sempre as organizações criam condições objetivas que permitam transferir o aprendizado para a ação. Muitas vezes esta dificuldade se relaciona com fatores materiais e simples, como o equipamento ou o espaço físico necessário para trabalhar de outra forma. Em outros casos, são responsáveis por isto, condições mais subjetivas e complexas, como os incentivos que a organização oferece para instalar novos comportamentos ou para a alteração dos papéis na divisão de trabalho.

A dinâmica das organizações, sejam serviços de saúde, escolas, ou serviços de ação social, tende a mostrar fortes resistências à incorporação das mudanças criando obstáculos às novas práticas, tais como a participação comunitária ou a gestão descentralizada dos serviços.

Refletir sobre as práticas e transformá-las implica um complexo processo de institucionalização e desinstitucionalização, que requer formas de ação coletivas. Em consequência, a instalação ou modificação de uma prática institucional implicará influir não apenas no desenvolvimento de novas habilidades específicas, mas necessariamente colocar os pressupostos e os contextos em discussão.

Em outros termos, uma educação operável, além de desenvolver habilidades e reflexão-ação, analisa os contextos em que elas podem ser postas em prática e coloca em discussão os bloqueios institucionais, regulatórios, normativos ou cognitivos, necessários para abordar e colocar o conhecimento em ação.

Se a Educação Permanente em Saúde for considerada nesta perspectiva, o que se descobre é que o trabalho em sala de aula é apenas uma parte do processo. Uma mudança institucional sempre requer muito mais atores (aqueles que decidem as políticas ou regras), que apenas o pessoal do serviço ou o instrutor de um curso. Limitar a tarefa educativa à aula parece resquícios dos processos cognitivos da instituição escolar transportados para o campo da organização.

Trata-se de promover a autonomia e responsabilização das equipes de trabalho, a partir do diagnóstico e da busca de soluções compartilhadas, incluindo, como seria esperado, o acesso a novos conhecimentos e

competências culturais, indissolúvelmente ligados às mudanças na ação e no contexto real das práticas.

1.7 Balanços e Aberturas: repensando a experiência acumulada

É evidente que há uma visão consciente da necessidade de enfoques educacionais inovadores e flexíveis com respeito aos enfoques que tradicionalmente são usados pelo setor. Os processos educacionais tendem a ser concebidos cada vez menos como atividade de apoio complementar, para se converterem, cada vez mais, em um componente estratégico dos projetos.

A Educação Permanente no Serviço é o enfoque educacional reconhecido como sendo o mais apropriado para produzir as transformações nas práticas e nos contextos de trabalho, fortalecendo a reflexão na ação, o trabalho em equipes e a capacidade de gestão sobre os próprios processos locais.

Para que estes processos se consolidem, entretanto, será necessário fortalecer as decisões de desenho educacional, de gestão educativa e de avaliação, dimensões mutuamente influentes:

- O desenho implica a definição e a organização do projeto educativo em função da lógica pedagógica, da identificação dos problemas que se espera superar, das características, obstáculos e oportunidades de contexto e dos recursos disponíveis.
- A gestão educativa compreende a construção de acordos, alianças, apoios com os atores envolvidos, considerando a proposta desenhada;
- A avaliação acompanha cada fase do desenho, o monitoramento do processo, a análise dos resultados e a formulação de um juízo de valor acerca do alcance dos propósitos formulados.

O desenho pedagógico e a gestão estratégica – em sua dimensão de construção de viabilidade, de acordos e apoios – são dois aspectos inseparáveis no desenvolvimento da proposta educativa. Muitas vezes, as decisões do desenho dependem das redes de apoio com as quais se conta e, outras vezes, as necessidades do desenho conduzem à busca de construção de acordos.

Freqüentemente, ambas as dimensões requerem conhecimentos particulares ou específicos. Por sua vez, o desenho requer a formulação de estratégias de avaliação que servirão para retroalimentá-lo ou modificá-lo com vistas ao seu aperfeiçoamento.

Ultimamente, os projetos educacionais ligados a programas de reformas tendem a ser consistentes, de grande alcance, diversificados e orientados aos vários níveis da gestão e da atenção. Isto se constitui, por sua vez, em sua fortaleza e debilidade:

- Fortaleza, porque a capacitação adquiriu um papel central que talvez fosse complexo construir através dos processos excessivamente pontuais ou locais, além de poder mobilizar uma grande quantidade de recursos;
- Debilidade, porque este tipo de projeto exige uma alta dose de gestão administrativa, o que muitas vezes pode sobrepor-se à questão educativa propriamente dita.

É possível afirmar que a construção da viabilidade política poderá ser alcançada na medida em que se consegue a demonstração dos processos e resultados obtidos na prática, mediante desenhos institucionais inovadores e eficazes, com base nas equipes e que incorporaram os diversos avanços das tecnologias e da educação a distância, quando se trata de projetos de larga escala.

Não se trata de uma afirmação leviana e sim do resultado da experiência. Os acordos com os atores locais e de diferentes níveis hierárquicos, produzidos pela gestão estratégica do projeto, e os efeitos constatados na ação constituem uma força importante para a geração de acordos políticos. Neles estão incluídas as universidades, amplamente reconhecidas por seu peso no conhecimento. Alcançada esta aliança, não somente se avança nos acordos políticos como também se beneficiam as próprias universidades, por sua participação no desenvolvimento da educação permanente e dos serviços e por sua aprendizagem organizacional para o aperfeiçoamento das experiências nos processos de formação de nível superior.

A avaliação é outra dimensão que deverá ser desenvolvida de forma sistemática para que se alcancem todos estes fins. A avaliação do processo tem

como função primordial a busca de aperfeiçoamento e a melhoria das ações, apoiando as decisões durante o processo e reorientando as iniciativas. A avaliação de resultados tem importância na análise dos sucessos alcançados e dos limites; tem alto valor no terreno político e, por sua vez, facilita a construção de apoios e o desenvolvimento de políticas de recursos humanos.

A avaliação permitirá, além do próprio projeto, a construção de um conhecimento sistemático no campo da capacitação do pessoal de saúde, tradicionalmente guiado pelas práticas “escolares” habituais. A construção de conhecimentos pode constituir outro fator importante de fortalecimento, na medida em que deixe de estar baseada exclusivamente em práticas empíricas e se fortifique como campo especializado.

As experiências e os projetos deverão ser avaliados; seus processos e resultados difundidos e publicados. Será necessário propiciar encontros e seminários para a discussão destes conhecimentos, outro fator dinamizador que permite extrair ensinamentos e servir como orientação para outros projetos e experiências.

No terreno político, a meta é a institucionalização da educação permanente. No sentido de sua sustentabilidade, deve deixar de ser um projeto para tornar-se uma realidade central na gestão dos recursos humanos e dos serviços, com tempo e lugar determinados. Os projetos e experiências são de alto valor, mas têm um começo e um fim, com independência dos tempos necessários para a incorporação das novas práticas. Por sua vez, é necessário recuperar os tempos e a educação permanente, que não se esgotam instantaneamente, mas são processos e ferramentas ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da

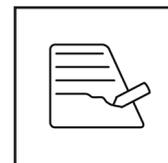
Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. 12ed. Belo Horizonte: Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais.

ATIVIDADE 12

QUESTÕES: POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Tempo Estimado: 1 hora e 30 minutos



Objetivo

- Relacionar a realidade profissional do SUS com a Política Nacional de Educação Permanente.

Material

- Texto: Os conceitos, fundamentos e princípios da Política Nacional de Educação Permanente.

1. Com o conhecimento adquirido sobre educação permanente após a leitura do artigo, como esse curso técnico está impactando na sua atuação profissional?

2. Existem mudanças no processo de trabalho? Quais? Se não, o que está faltando para isso acontecer?

3. Qual a sua avaliação desse processo no seu contexto de trabalho no seu município?



ATIVIDADE 13 QUADRO DAS POLÍTICAS

Tempo Estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivo

- Resgatar as três políticas trabalhadas nessa unidade e elaborar um quadro comparativo caracterizando-as.

Material

- Papel A4

<p>Política Nacional de Educação Permanente</p>	
<p>Política Nacional de Atenção Primária</p>	
<p>Política Nacional de Promoção da Saúde</p>	



ATIVIDADE 14

JURI SIMULADO

Tempo Estimado: 4 horas

Objetivo

- Colocar em debate a Política Nacional da Promoção da Saúde.

Material

- Nenhum

Desenvolvimento

- Para formação do Júri será necessário dividir os alunos nas seguintes partes:

2 Promotoria (responsáveis pela acusação do tema)

3 Defensoria (responsáveis pela defesa do tema)

4 Jurados (responsáveis por dar o veredicto)

- O docente ocupará a posição de Juiz e o réu será o Sistema Único de Saúde.
- Cada parte, seja de promotoria ou de defensoria, deverá escolher um orador (promotor e advogado, respectivamente) para se reportar ao Juiz, lembrando que como pronomes de tratamento para este somente poderão ser utilizados Vossa Excelência ou Meritíssimo. Os demais integrantes poderão participar, mas se reportando apenas ao orador.
- **A acusação:** A Política Nacional da Promoção da Saúde não atende as demandas imediatas da população que enfrenta caos na saúde e apesar de prever em seu texto, não alcança a prevenção desejada.

Observa-se, assim, que os argumentos justificando a preocupação pela promoção de saúde variam. Encontram-se desde aqueles com uma perspectiva humanista, centrados na necessidade de trabalhar com uma concepção mais abrangente de saúde, até argumentos mais pragmáticos, que concebem a promoção como uma reação à acentuada medicalização da saúde e suas limitações iatrogênicas, ou os com um viés mais economicista, voltando o foco para os altos custos envolvidos na moderna tecnologia médico-farmacêutica.(p.226)

Considerando que, em qualquer tipo de concepção e argumentação, estão implícitas premissas sobre a relação indivíduo-sociedade, acredita-se ser relevante a atenção a essa complexa teia de interdependências que perpassa as práticas relacionadas com o processo saúde-doença e as formas diferenciadas de intervenção (Traverso-Yépez, 2001). Não é à toa, por exemplo, que a imagem de indivíduos induzidos a mudar seus estilos de vida para terem saúde tende a se associar à idéia de uma sociedade harmônica e sem conflitos de classe, deixando de lado os determinantes socioeconômicos que influenciam os processos saúde-doença.⁶

- A promotoria deverá construir, com base em pesquisas, provas e entrevistas, uma argumentação para condenar o réu. Enquanto a defensoria deverá construir provas, relatos e pesquisas na tentativa de apresentar os argumentos contrários à acusação de forma a inocentar o réu.
- Os jurados deverão compor um grupo de número ímpar de alunos, que representarão as pessoas leigas na matéria em júri. Além disso, os jurados não podem se comunicar entre si sobre os fatos sobre os quais versa o julgamento.
- Ao final de cada argumentação deverão ser proferidos os votos da promotoria e da defensoria.
- Os jurados, após ouvirem as duas partes, deverão apresentar ao Juiz os votos de forma individual, escrita e sigilosa.

Para melhor andamento, o trabalho deve ser dividido em cinco seções:

- Os jurados deverão receber uma cédula contendo as palavras “sim” e “não”.
- Apresentação do processo e início das argumentações da promotoria e defensoria, nessa ordem, seguido de debate sobre os votos proferidos. Sempre que a acusação não for sustentada, o promotor

⁶ Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.11, n.22, p.223-38, mai/ago 2007 p.226

terá direito a réplica e como a defesa sempre versa por último, sempre que a acusação utilizar-se da réplica, esta terá direito a tréplica. O tempo para cada parte será de no máximo 10 minutos, sendo réplica e tréplica de 5 minutos cada;

- Testemunhas (alunos) podem ser convocadas para o julgamento e terão no máximo 5 minutos para serem ouvidas, sendo garantido ao promotor o direito de fazer perguntas após as falas.
- Votação dos jurados com tempo de 5 minutos, onde deverão expor sua decisão e que elementos serviram de base para o seu veredicto. A tese que receber mais votos será a vencedora.
- Após a decisão dos jurados, o Juiz então lavra a sentença e, caso necessário, aplica a pena.

ATIVIDADE 15 AVALIAÇÃO



Tempo Estimado: 2 horas

Objetivos

- Investigar os conhecimentos, competências e habilidades dos alunos.
- Acompanhar o processo de ensino-aprendizagem, identificando os progressos, os sucessos e as dificuldades dos alunos visando recuperá-las.
- Aperfeiçoar, reorganizar e até mesmo reorientar o processo de ensino-aprendizagem.
- Verificar se os alunos alcançaram os objetivos e/ou desempenhos finais esperados.

Material

- Papel A4

REFERÊNCIA

- BOBBIO, N.; MATTEUCI, N.; PASQUINO, G. Dicionário de Políticas. Brasília, UNB, Imprensa Oficial do Estado, 1995.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Ver. Saúde Pública, v.40, p. 73-78, 2006.
- MENICUCCI, T.; M.; G. Público e privado na política de assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2003. 402p. Tese (Doutorado).
- RUA, M.; G. Análise de políticas públicas: conceitos básicos. In: Ruas, M. e C.; M. (org). O estudo da política: tópicos selecionados. Brasília: Paralelo 15, 1998.
- DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockolm: Arbetsrapport/Institutet for Framtidsstudier; 2007. In: Mendes, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512p.
- MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512p.
- BUSS, P. O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais. Rio de Janeiro: Agência Fiocruz de notícias, 2010. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=3146&sid=4&tpl=printerview>. Acesso em: 07/08/2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60p.
- GOMES, C. A. P. Instrutivo para execução e avaliação das ações de vigilância em saúde: projeto de fortalecimento da vigilância em saúde em Minas Gerais/Carlos Alberto Pereira Gomes; Nayara Dornelas Quintino (Orgs.). Belo Horizonte: SES-MG, 2012. 256p.
- CZERESNIA, D. O conceito de Saúde e a diferença entre promoção e prevenção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). Promoção da saúde: conceitos, práticas e reflexões. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.
- CASTIEL, L.D.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. 134p.
- LALONDE, M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.2488, de 21 de outubro de 2011. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 Out. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 11 ago. 2013.