

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COSEMS

PORTARIA 1996 - MS

RESOLUÇÃO CIB 198

Plano Estadual

de E P em saúde - 2007

DOCUMENTO NORTEADOR

**Diretrizes para implementação
da Política de
Educação Permanente
em saúde no
Estado de São Paulo**



? Texto sistematizado por representantes da SES/SP e

COSEMS/SP:

- Dr. Jorge Harada.
- Dr. Paulo Seixas
- Dra Karina Calife
- Dr. Jairo Georgette
- Otília Simões

01. APRESENTAÇÃO

Este Documento foi elaborado como referência inicial para assegurar e socializar processos competentes, deliberados conjuntamente, voltados a organização e estruturação dos espaços de implementação da Política de Educação Permanente em saúde (EP) no Estado de São Paulo.

Visa também contribuir no processo de organização e desenvolvimento das diretrizes da Portaria 1996 e, simultaneamente, apontar eixos orientadores que, reafirmando os princípios e diretrizes da Educação Permanente em saúde (EP), possam auxiliar na reorganização dos espaços e instâncias recomendados.

Para tanto é indispensável à busca e construção contínua de consensos em relação às responsabilidades, atribuições e competências da Rede de apoio necessária a implantação das diretrizes da Portaria 1996 e da Deliberação CIB 198 envolvendo desde os Núcleos de Educação Permanente em saúde (NEPs), aos Colegiados de Gestão Regional (CGR), as Comissões de Integração Ensino / Serviço (CIES), os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) / Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQS) / Escolas Técnicas do SUS da SES (ETSUS), COSEMS / SP, Instituições Parceiras, Conselho Estadual de Saúde (CES) – Comissão de Integração.

Decorridos três anos desde a publicação da antiga Portaria 198 que implantou a Política Nacional de EP em saúde e recomendou os então Pólos (atuais CIES) como espaços de articulação, negociação e pactuação - o Estado de São Paulo, a partir da parceria de trabalho SES-SP / COSEMS-SP, qualificou-se e vem assumindo efetivamente o compromisso de viabilizar as ações e estratégias necessárias à implantação, implementação e consolidação da EP em saúde como diretriz da qualificação de desempenho dos trabalhadores do SUS.

A publicação da Portaria 1996 MS / DOU em 28/08/2007 reitera que a responsabilidade em efetivar as diretrizes da EP em saúde nos Estados deve ser compartilhada entre os Gestores locais, regionais e estaduais, com a efetiva participação da sociedade, através das Instituições de ensino, das Escolas

Técnicas do SUS, do movimento estudantil, dos Conselhos Locais e Municipais de Saúde.

A conjugação de esforços reforça o papel dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e amplia as possibilidades de organização das oito Comissões de Integração Ensino / Serviço (CIES) nas macros regiões de saúde.

Para assegurar o diálogo permanente entre os diferentes níveis de gestão a SES/SP e COSEMS/SP, com a realização do Seminário estadual de EP, iniciam um cronograma de realização sistemática de Oficinas de Trabalho orientadas para o fortalecimento Regional da Rede de Apoio a implementação / consolidação da Política de Educação Permanente em saúde.

A transformação das práticas tradicionais de "capacitação encomendada" para uma construção ascendente, participativa, dialógica e centrada nos processos de trabalho exige de cada um dos integrantes da SES-SP e do COSEMS-SP capacidade de ampliar os esforços no sentido de retomar a dinâmica loco regional, enquanto condição fundamental à efetivação da Política de EP em saúde. Isso, na prática, significa enfrentarmos juntos novos e antigos desafios; entre eles, a implementação e sustentação da estratégia de trabalho das atuais CIES (antigos Pólos) como tarefa principal à organização da infra-estrutura mínima para dar fluxo aos procedimentos recomendados e operacionalizar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado de São Paulo / 2007.

As orientações configuradas abaixo se apresentam como resultado das reuniões iniciais envolvendo SES/SP e COSEMS/SP, caracterizando responsabilidades individuais e coletivas da Rede de Apoio à Implantação da Portaria 1996 / Deliberação CIB 198/2007 no âmbito do Estado e estão abertas a contribuições construídas a partir do consenso de todos os protagonistas dessa proposta.



02. REPENSANDO A FORMAÇÃO E A CAPACITAÇÃO DOS TRABALHADORES DO SUS.



02.1 Cenário.

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem exigido dos gestores de saúde, nas diferentes esferas, a identificação e definição de estratégias para resolução dos problemas de recursos humanos (RH) em saúde, indicando também a necessidade do fortalecimento das práticas de gestão nesse campo. O Desenvolvimento de RH representa hoje, um papel de suma importância para a consecução de um SUS democrático, equitativo e eficiente.

A qualificação de RH na saúde pode ser entendida como a efetivação de estratégias e ações para o aproveitamento do potencial dos profissionais, no sentido de enfrentar as mudanças aceleradas e os desafios gerados no desempenho do trabalho diário nos diferentes cenários do SUS.

Todo investimento em treinamento e qualificação de pessoal, quando bem planejado e desenvolvido, é capaz de produzir mudanças positivas no desempenho das pessoas. Entretanto, é importante considerar que os resultados esperados de Programas de treinamento e Desenvolvimento de pessoal podem ser minimizados pelas condições de cada estrutura Institucional, caso a interação entre essa estrutura e os objetivos das propostas de treinamento / qualificação não estejam alinhados.

Cabe igualmente observar, aspectos relacionados à organização das propostas; por exemplo: os profissionais quando capacitados separadamente (por categoria profissional), ao retornarem ao local de trabalho, em geral, não aplicam os conhecimentos adquiridos e não acontecem os efeitos esperados.

Daí a necessidade de pensar conjuntamente *"a equipe"* quando trabalhamos a organização das propostas de capacitação / atualização nos Serviços de saúde.

As iniciativas de capacitação devem estar articuladas em um Projeto mais amplo que integre a organização, focando: *indivíduo, equipe, processo de trabalho, Serviço e Sistema de saúde*.

Mudanças positivas no desempenho profissional podem ser provocadas com a problematização da atenção oferecida ao usuário nos diferentes Serviços do sistema, associada à própria estrutura institucional da saúde, local ou regional, valorizando a interação de todos os atores envolvidos (gestor, trabalhador, usuário).

02.2 Entendendo as atribuições, o esforço conjunto e o trabalho articulado.

Durante os anos 90 a OPAS (Organização Pan-americana de Saúde) sistematizou o conhecimento de Educação Permanente apontando uma perspectiva teórica e metodológica para a constituição de Programas de Educação Permanente em saúde. No Brasil, em 2003, o Ministério da Saúde toma a Educação Permanente em saúde como idéia central da Política de Gestão da Educação no trabalho em saúde, passando a desenvolver ações indutoras significativas no interior do SUS.

A Portaria MS número 198 GM/MS/13 de Fevereiro de 2004 - Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para o SUS como estratégia do Sistema Único de Saúde para Formação e Desenvolvimento de trabalhadores do setor.

A partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, o MSAúde estabelece em âmbito nacional a Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos centrada na lógica da Educação Permanente, utilizando como instrumento norteador a Portaria MS número 198. A proposta de Educação Permanente em saúde que vem sendo implantada no Brasil destaca a importância do potencial educativo do processo de trabalho para a sua transformação.

Busca a melhoria da qualidade do cuidado, a capacidade de comunicação e, o compromisso social entre as equipes de saúde, os gestores do Sistema de saúde, Instituições formadoras e o controle social.

Estimula a produção de saberes a partir da valorização da experiência e da cultura do sujeito das práticas de trabalho em saúde, numa dada situação e com postura crítica.

Desde a pactuação na Comissão Intergestores Tripartite e a aprovação no Conselho Nacional de Saúde, no segundo semestre de 2003, a Política de Educação Permanente em saúde deixou de ser simplesmente uma *proposta do Ministério da Saúde* para ser uma *Política do SUS*.

O Ministério da Saúde propõe a Educação Permanente em saúde como estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de Políticas, de participação popular e de controle social no setor da Saúde.

Uma Política de Educação Permanente para o SUS envolve não somente o Desenvolvimento dos profissionais de saúde que já estão trabalhando; é consenso que temos de "*ordenar a formação dos profissionais de saúde*" (atribuição legal do SUS); portanto, necessariamente, as diretrizes dessas Políticas Públicas devem incluir compromissos entre o Setor da Saúde e o Setor da Educação, incluindo e integrando desde o MEC, as Instituições de ensino superior, até as Escolas técnicas; gerando compromissos e responsabilização entre pesquisadores, docentes e estudantes.

Essa articulação, enquanto um processo em construção, certamente vem sendo positiva para ambos os setores (Saúde e Educação); o exercício e aprendizado para alcançar e consolidar um processo de trabalho conjunto e constante já aponta resultados importantes: a construção e aprovação pelo MEC das Diretrizes Curriculares Nacionais **.

Existe uma realidade desigual e complexa demandando a formação / qualificação dos trabalhadores do SUS, envolvendo exigências das mais diversas na interação: medicina, trabalho dos agentes comunitários, engenharia da produção em saúde e intersectorialidade.

Isso, sem deixar de considerar, a complexidade da Atenção Básica em pequenos municípios, a Serviços e Sistemas sofisticados (não menos complexos) em Regiões Metropolitanas.

Também é reconhecido que ainda permanece uma contradição explícita entre a hegemonia dos programas de capacitação verticalizados e dirigidos a distintas categorias profissionais e as demandas dos processos de municipalização, descentralização e ruptura dos Programas verticalizados em direção à integralidade do cuidado e à vigilância à saúde, que claramente requerem a ampliação da capacidade de decisão local e novas formas de relação com a clientela.

A capacitação dos trabalhadores do SUS deve ocorrer de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar; ou seja: em todos os locais; a partir de cada realidade / necessidade local e regional; envolvendo vários saberes.

Deve ser entendida como processo permanente, garantido durante a graduação; sendo mantido na vida profissional, mediante o estabelecimento de relações de parceria entre as Instituições de ensino, os Serviços de saúde, a comunidade e outros setores da sociedade civil.

02.3 Realidades diferentes e problemas comuns

A cada ano temos novos profissionais, com diferentes formações, iniciando atuação nos vários cenários de trabalho do SUS; soma-se a estes, outros trabalhadores que já vem, continuamente, enfrentando desafios sabidamente conhecidos, tanto na área de gestão, como de atenção / assistência.

Esses profissionais, iniciantes ou não, necessitam da articulação das Instituições Formadoras e dos diferentes níveis de gestão, de modo a possibilitar a construção de processos de Educação Permanente, oferecendo espaços de capacitação e reflexão crítica positiva, diante dos problemas e desafios da Saúde Pública nos municípios e regiões.

Os dois grupos acumulam expectativas de obter uma visão crítica dos Sistemas de Saúde; desejam conhecer outras experiências, outras realidades para objetivar e qualificar mais a própria prática. Desejam aplicar os conhecimentos adquiridos no trabalho diário; reconstruir modelos e buscar respostas às novas demandas de realidades diversas e complexas. Fica evidenciado, que só conseguiremos mudar realmente a forma de cuidar, tratar e acompanhar a saúde dos nossos usuários, se conseguirmos mudar também os *modos de ensinar e aprender*.

O primeiro passo para provocar mudanças nos processos de formação é entender que as *propostas não podem mais ser construídas isoladamente e nem de cima para baixo*; ou seja, serem decididas pelos níveis centrais, sem levar em conta as realidades locais. As propostas devem fazer parte de uma grande estratégia; precisam estar articuladas entre si, e construídas a partir da problematização das necessidades locais e dos seus diversos segmentos.

É necessário e indispensável que as três instâncias - Ministério da Saúde, Secretaria Estadual e Secretarias Municipais de Saúde, articulem caminhos para a formação de novos profissionais de saúde; possibilitem o desenvolvimento / atualização do pessoal que já está no SUS e, legitimem propostas direcionadas a um desempenho profissional qualificado e em quantidade suficiente em todos os pontos do País.

As Políticas e propostas de formação dos profissionais para o SUS, articulando capacitação, qualificação, desenvolvimento – devem concretizar estratégias e ações de aproximação constante das práticas dos Serviços de saúde, às práticas de investigação e reflexão teórica, tanto do pessoal das Universidades, como da gestão e da assistência.

De modo geral, a integração do profissional ao cotidiano dos Serviços de saúde se desenvolve na prática de competências, habilidades e conhecimentos acumulados no processo de formação profissional e de vida. Esse conjunto de acúmulos precisa de espaços para análise e reflexão, orientados a articular os saberes e renovar as capacidades de enfrentar as situações cada vez mais complexas nos processos de

trabalho, frente à diversidade das profissões, dos usuários, das tecnologias, das relações, da organização de serviços e dos espaços. Portanto, eleger estratégias e modelos de capacitação renovados e aderidos aos contextos de trabalho e espaço de ação dos participantes, tende a diminuir o vácuo na formação dos profissionais frente a essa permanente reestruturação.

A proposta pedagógica recomendada nessa perspectiva deve ser orientada por metodologias ativas de ensino / aprendizagem, contemplando aspectos concretos e práticos; focalizada em atividades do contexto e do trabalho; problematizando situações cotidianas; estabelecendo diálogos entre o processo de trabalho e as estratégias pedagógicas; considerando a dinâmica das rotinas e as diferentes intencionalidades de cada sujeito de aprendizagem (MOTTA; BUSS, 2001). 11

O resultado esperado é a democratização dos espaços de trabalho; o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos; a busca de soluções criativas para os problemas encontrados; o desenvolvimento do trabalho em equipe; a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento.

Os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde devem ser orientados pelas necessidades de saúde da população, do próprio setor da Saúde e do controle social - devem responder a indagações como: *quais são os problemas que afastam nossas práticas da atenção integral à saúde? Por quê? Como mudar essa situação?*

A Educação Permanente deve servir para preencher lacunas e transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho; para tanto, não basta apenas transmitir novos conhecimentos para os profissionais, pois o acúmulo de saber técnico é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas e não, o seu foco central.

A Formação e a capacitação dos trabalhadores também devem considerar aspectos pessoais, valores e idéias que cada profissional tem sobre o SUS.

02.4 Conversando sobre Educação Continuada e Educação Permanente em saúde

Na busca em gerar mudanças qualificando o desempenho profissional, a capacitação em serviço dos trabalhadores do SUS apresenta dois aspectos distintos, os quais, ainda que surgidos de uma preocupação comum, apontam para diferentes lógicas.

Uma delas se expressa através de ações pontuais de Educação Continuada, e a outra através do processo de reorientação da Educação Permanente (EP) em saúde. Ainda que ambas proponham uma estratégia global articulada ao desenvolvimento dos Serviços e Políticas de saúde, as experiências assinalam que a primeira pende no sentido de direcionar os Serviços partindo de Políticas centrais, em especial de cobertura.

Por outro lado, a segunda, vinculada com as Políticas de descentralização, se baseia em propostas de Desenvolvimento, partindo das características e necessidades do processo de trabalho concreto dos Serviços de saúde. Portanto, a lógica que orienta a mudança no campo da Educação mostra duas tendências inversas: a primeira aponta para um caminho planejado centralmente e apoiado em processos racionais - neste caso, espera-se que a educação "atualize, melhore a competência técnica e articule-se com a carreira individual dos sujeitos".

Nessa perspectiva, remeter ao processo de trabalho em saúde implica concentrar o esforço no modo de estabelecer seqüências, fluxogramas e identificar áreas nas quais se requer capacitação.

No que diz respeito à organização da produção dos serviços e a composição dos grupos, o próprio processo de trabalho em geral não se questiona; não constitui uma categoria de análise capaz de orientar propostas educativas. Tudo se reduz a uma questão de método para assegurar a "eficiência do desempenho" conforme as normas e objetivos preestabelecidos ou fixadas de modo universal, desde "fora" do processo de trabalho.

O segundo enfoque (EP) se baseia nas necessidades detectadas no próprio processo de trabalho a luz de contextos específicos; a mudança se alcança a partir de um processo crítico do próprio trabalho, integrando as demandas objetivas com as experiências que se processam na prática.

Nesta linha de pensamento o processo de aprendizagem pode caracterizar-se como reconstrutivo: vai além da atualização técnica e apela para um profundo enfrentamento entre velhos padrões. Conduz-se mais para a construção de novas metas, políticas, normas e formas de organização e comunicação no trabalho, do que para a simples modificação do velho.

Entretanto, trabalhar nesta direção não é simples uma vez que envolve: atuar em contextos complexos, partindo efetivamente da prática e dos próprios atores; trabalhar os problemas e a maneira de percebê-los; produzir mudanças nos contextos que muitas vezes favorecem a manutenção de padrões.

Quem orienta e dirige o processo educativo tem determinado com segurança o objeto da prática técnica. A prática social de uma instituição ou rede de serviços em geral não é objeto de análise porque as Políticas, finalidades e normas da Instituição já estão definidas, ou seja, sua dinâmica corresponde exclusivamente através das relações expressas no “deve ser” da estrutura organizacional.

Ao mesmo tempo se reconhece que os serviços de saúde se diferenciam uns dos outros, considerando sua natureza e operacionalização institucional, tendo em vista os processos de condução e organização do trabalho, as formas de interação entre unidades, e na medida em que respondem aos problemas de saúde.

No Brasil, em 2003, o Ministério da Saúde toma a EP em saúde como idéia central da Política de Gestão da Educação no trabalho em saúde, passando a desenvolver ações indutoras significativas no interior do SUS. Na prática, a proposta da EP em saúde implantada destaca a importância do potencial educativo do processo de trabalho para a sua transformação; busca a melhoria da qualidade do cuidado; a capacidade de comunicação; o compromisso social entre as equipes, os gestores do Sistema de saúde, Instituições formadoras e o controle social.

A EP em saúde se baseia na **aprendizagem significativa**: quando *o aprender* faz sentido para nós; isso geralmente ocorre quando *aquilo que se aprende* responde a uma pergunta nossa e, quando o conhecimento é construído a partir de um diálogo com o que já sabíamos antes. Assim, é bem diferente da aprendizagem mecânica, na qual retemos conteúdos - na aprendizagem significativa acumulamos e renovamos experiências.

Na proposta da EP em saúde a capacitação da equipe, os conteúdos dos cursos e as tecnologias a serem utilizadas devem ser determinados a partir da observação dos problemas que ocorrem no dia-a-dia do trabalho e, que precisam ser solucionados para que os Serviços prestados ganhem qualidade e, os usuários fiquem satisfeitos com a atenção prestada.

A análise de um problema institucional, local ou regional de maneira contextualizada, possibilita descobrir a complexidade de sua explicação e a necessidade de intervenções articuladas.

A EP em saúde só é legitimada quando envolve dirigentes, profissionais em formação, trabalhadores, estudantes e usuários; na prática, são eles que se ocupam do fazer, pensar e educar em saúde nas diferentes realidades macro regionais.

Da mesma forma eles, em suas negociações, são quem pode definir o que é preciso ensinar e aprender: diferentes interesses e pontos de vista existentes na prática diária das áreas da Saúde e da Educação.

Quando falamos em Educação Permanente e Educação Continuada é importante não considerá-las conceitualmente antagônicas no Sistema, mas como processos que conferem especificidades à relação ensino-aprendizagem; a construção de diálogos entre os processos de mudanças no mundo do trabalho face à perspectiva do próprio trabalho ser um princípio educativo.

A Educação Continuada pode e deve contemplar metodologias ativas de ensino / aprendizagem orientada para mudanças nas práticas pedagógicas tradicionais, com o objetivo de transformar a prática de saúde nos serviços.

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

Todos nós, de alguma forma, temos experiências com iniciativas de Educação Continuada - inscrevemo-nos em cursos, Congressos e Eventos por interesses pessoais e profissionais; a Instituição em que trabalhamos promove e organiza eventos de treinamento para diferentes categorias profissionais dos serviços; às vezes autorizando-os e apoiando-os para que realizem cursos fora da sede do município ou da região.

De forma freqüente, as demandas oriundas das esferas de gestão dos serviços e das necessidades sentidas pelos profissionais têm uma resposta comum sob a perspectiva da Educação Continuada, assim caracterizada por Nunes (1993): “alternativas educativas, mais centradas no desenvolvimento de grupos de profissionais, seja através de cursos de caráter complementar e mesmo seriado, seja através de publicações específicas de um determinado campo”.

Assim, as necessidades da implementação de novos programas e ações de saúde nos serviços, da organização de respostas a novas demandas dos usuários, da reorientação das Políticas sanitárias e das necessidades de atualização dos profissionais. Estas, muitas vezes, organizadas em listas de demanda por treinamento preenchido individualmente em decorrência da necessidade de recuperar conhecimentos e habilidades esquecidas e de acompanhar as mudanças trazidas pelo progresso científico tecnológico, têm a mesma resposta, orientada pela concepção de que “as mudanças desejadas para as instituições se alcançam basicamente desde a acumulação da informação e se direcionam eficazmente pela difusão de informações e políticas” Davini, 1994.

Ao tomar como objeto de transformação e de investigação o processo de trabalho, a EP não procura transformar todos os problemas em problemas de capacitação - busca as lacunas de conhecimento e as atitudes que são parte da estrutura explicativa dos problemas identificados na vida cotidiana dos Serviços.

Poderíamos, por exemplo, perguntar: "Por que o não comparecimento dos pacientes em consulta agendada está aumentando? Por que a adesão dos hipertensos ao tratamento está tão baixa? Por que não conseguimos reduzir os índices de cesarianas? Por que a cobertura vacinal não foi atingida este ano?".

Debruçar-se sobre os determinantes dos problemas significa abordar as múltiplas dimensões que o processo de trabalho envolve, incluindo questões de esfera organizacional, técnica e humana.

Há problemas identificados em que claramente a ação se orienta para a aplicação de conhecimentos científicos e técnicos; outros problemas envolvem dimensões no campo das relações interpessoais e institucionais, conflitos de valores e princípios. Frequentemente, problemas aparentemente de natureza técnica, podem expressar conflitos latentes nos modos de pensar e de atuar dos profissionais.

De qualquer forma, não há aprendizagem se os atores não tomam consciência do problema e, se nele não se reconhecem, em sua singularidade.

Davini (1994) salienta: "se o pensamento e a ação estão conectados, se é necessário produzir mudanças nos modos de pensar e perceber que orientam as práticas, a questão de mudança subjetiva não é aleatória. São nossas teorias (como teorias interiorizadas) as que determinam aquilo que vemos e são nossos modelos mentais que muitas vezes representam barreiras à aprendizagem. Não se trata de ignorar a presença da "realidade objetiva", mas de reconhecer a primazia do sujeito na produção do sentido da experiência".

Educação Permanente	X	Educação Continuada
?	Distinções Conceituais	?
? Multiprofissional		? Uniprofissional
? Prática institucionalizada		? Prática autônoma
? Problemas de saúde		? Temáticas de especialidade
? Transformação das práticas		? Atualização técnica
? Continua		? Esporádica
? Centrada na resolução de problemas		? Pedagogia da transmissão

Desafios da Educação Permanente em saúde:

Conceitual: precisar os conceitos de educação continuada e permanente.

Metodológico: desenvolver metodologias que propiciem uma melhor definição dos problemas do trabalho e suas respostas educacionais.

Contextual: reorganização do mundo do trabalho redesenhando cenários.

Político: pactuação entre atores institucionais; inscrever na agenda de gestores a prioridade dos processos educacionais na rede de serviços de saúde.

Formação pedagógica pelo contato vivo com o Sistema de Saúde - compreender a gestão como componente da mudança na formação / estabelecer um olhar abrangente sobre todo o Sistema de Saúde.

O dimensionamento dos serviços na compreensão do componente Gestão e o dimensionamento da população no componente Controle Social com escuta ampliada.

O trabalho em equipe com processos de trabalho específicos por profissão; também há "áreas cinzentas", com sobreposição de atribuições. A dificuldade da transprofissionalidade está nos desafios da regulação e da linguagem de cada profissão.

O risco de, no discurso, adotar-se um modelo antigo disfarçado de algo novo, com baixa possibilidade de transformação, porque há contradição entre esta Política Educacional e os interesses de acumulação do capital. Nesse sentido é importante destacar a visão de que o SUS é um modelo contra-hegemônico e, da mesma forma, sua Política de Desenvolvimento deve formar profissionais para este novo desenho, em contraposição à corrente social dominante.

Construir o processo de formulação e implementação da Política de Educação Permanente em saúde para o SUS é uma tarefa de coletivos organizados para esta produção.

02.5 Metodologias ativas de ensino / aprendizagem.

O processo de educação de adultos pressupõe a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que proponham desafios a serem superados pelos participantes, que lhes possibilitem ocupar o lugar de sujeitos na construção dos conhecimentos e que coloquem o professor como facilitador e orientador desse processo.

É com velocidade vertiginosa que se produz e disponibiliza conhecimentos e tecnologias no mundo atual; portanto, os conhecimentos, habilidades e atitudes exigidas dos trabalhadores do SUS modificam-se rapidamente. Por tudo isso, é indispensável *aprender a aprender*.

Um conceito chave do modelo pedagógico inovador é o de aprender fazendo, que pressupõe a inversão da seqüência clássica teoria / prática na produção do conhecimento e assume que ele ocorre de forma dinâmica através da ação/reflexão/ação.

Nesses espaços de práticas, vários projetos encontraram nas metodologias baseadas na concepção pedagógica crítico / reflexiva, especialmente a problematização, um instrumental adequado para articular a ação dos diferentes atores sobre os problemas da realidade.

Trabalhar pedagogicamente com metodologias ativas significa um enorme desafio para todos que atuam no SUS, exigindo mudanças institucionais, profissionais e pessoais difíceis, lentas, conflituosas e complexas.

Mudanças envolvendo dimensões como a da subjetividade, da afetividade, nas quais tanto se tem menor acúmulo, como não são consideradas nas relações que se estabelecem no processo de ensino aprendizagem formal.

Admitir a necessidade de capacitação e promover processos de capacitação docentes efetivos e produtivos é um desafio, caracterizando áreas de tensão constantemente presentes em todos os espaços em que a questão do uso de metodologias ativas se tem colocado como importante.

02.6 Educação à distância

A Educação à Distância (EAD) pode ser compreendida como um “processo educacional interativo que propicia a produção de conhecimento individual e grupal em processos colaborativos favorecidos pelo uso de ambientes digitais e interativos de aprendizagem” (Almeida, 2003). Caracteriza-se por permitir interação e troca de experiências entre alunos e, entre professores e alunos localizados em ambientes geograficamente distintos, sem a necessidade de realização simultânea no tempo.

A modalidade de Educação a Distância tem o potencial de constituir iniciativas estratégicas de ensino / aprendizagem em saúde, oferecendo oportunidades de formação e qualificação de alto nível a profissionais do SUS, tanto na atenção como na gestão, de forma integrada ao processo de trabalho, visando colaborar para a construção e consolidação do SUS, com mais eficácia, eficiência e equidade.

A proposta da formação / atualização à distância no âmbito dos trabalhadores do SUS deve ser definida como um modelo pedagógico estruturado no sentido de que o profissional / aluno desempenhe um papel central, *(re) construindo*, através de sua própria experiência, o conhecimento. Embora caracterizando a separação física entre tutor / professor e profissional / aluno (atores do processo

pedagógico), ambos devem estabelecer uma relação de comunicação e aprendizagem multidirecional.

A superação da distância entre esses atores se dá pela utilização de tecnologias de informação e comunicação; elas representam um grande auxílio na tarefa de formação permanente de profissionais distantes geograficamente.

02.7 Pensando o “como fazer”?

Como caracterizar as necessidades de capacitação dos trabalhadores do SUS? Como identificar os problemas existentes nos Serviços? Como interpretar os determinantes desses problemas? O que considerar para definir as possíveis respostas ao problema?

Vejamos a situação abaixo:

“João, gestor de um serviço de Saúde, recordava satisfeito o elogio feito pelo coordenador de sua região; ele falara em alto e bom som, durante a reunião mensal, sobre os resultados positivos alcançados pelo Serviço. Mas, apesar do reconhecimento, João não esquecia o caminho percorrido, as dificuldades superadas, o esforço, a determinação dele e de todo o grupo de trabalho da região. Pensando nessa trajetória foi como se um filme fosse sendo “projetado” em sua memória: João assume como gestor de saúde; sempre procurou fazer o melhor na vida profissional e, esse novo cargo mostrou-se como um desafio. Os funcionários trabalhavam com boa vontade; claro que cada um possuía suas características individuais, mas, nada tão diferente do ambiente de trabalho em qualquer outro lugar.

Em um primeiro momento, João pelo seu bom senso e experiência, identificou a necessidade de integração, aproximação e conhecimento entre os trabalhadores do SUS; acreditava que quando nos conhecemos mais e melhor, facilitamos a nossa convivência no ambiente profissional, respeitando a maneira de ser de cada um.

Com o tempo, João foi buscando novas estratégias e metodologias de “ensinar e aprender” com as pessoas; foi entendendo que os problemas do RH formam sempre

uma Rede de interligação direta ou indireta com outros problemas do cenário de cada Serviço do SUS.

Quando resolveu por em prática a experiência acumulada, enfrentando os desafios, não se colocou nem como Gestor, nem como funcionário, mas como parceiro de todos. Explicou para os “parceiros” (como chamava seus funcionários) que o aprendizado começa no próprio espaço de trabalho; que é esse o espaço onde podemos e devemos discutir todas as etapas que devem anteceder a construção de qualquer proposta de treinamento ou capacitação.

Primeiro João realizou reuniões periódicas com o grupo, buscando identificar quais aspectos afastavam o Serviço de saúde de um desempenho com qualidade (individual e coletivo); a partir daí os funcionários, em conjunto, caracterizaram vários problemas.

No andamento do processo, João fez com que eles refletissem sobre os “nós críticos” desses problemas - em nenhum momento João disse ter resposta pronta - sempre colocou essa reflexão como um desafio e uma responsabilidade do grupo como um todo.

Aos poucos, no processo de discussão conjunta, foram descobrindo que os problemas tinham aspectos que não se esgotavam na simples “capacitação ou treinamento”; também havia interface com a gestão; com o processo de trabalho interno; com a formação específica de cada um; com a percepção do compromisso assumido como trabalhador do SUS.

O grupo buscou apoio em textos e livros que ajudaram bastante a reflexão e a compreensão de como trabalhar / enfrentar “nós críticos” internos e externos; também compreendeu que qualquer proposta de capacitação ou treinamento deveria necessariamente envolver: a construção conjunta (quem planeja; quem executa; quem participa); a reflexão e abordagem de outros aspectos restritivos do próprio local de trabalho (caso contrário volta-se dos Cursos e tudo continua igual); o compromisso de todos em trabalhar de forma transparente e cooperativa

as diferentes situações problemas enfrentadas (que quase sempre estão alocadas no espaço onde trabalhamos e não na sala ou no espaço didático de capacitação).

Na situação exposta, o gestor poderia ter percorrido *o mesmo caminho* (melhorar a qualidade da atenção prestada) *de formas diferentes*:

A? Poderia achar que tudo se resolve com capacitação - será que o aumento ou atualização de conhecimentos é uma condição *suficiente* para a transformação das práticas? Será que o domínio de mais informações assegura o desenvolvimento das responsabilidades dos profissionais? O conhecimento atualizado se constitui em razão suficiente para modificação dos processos de trabalho e das relações de trabalho entre os profissionais? Responder a estas questões implica na revisão das concepções pedagógicas tradicionais que, ao entenderem a prática como mera aplicação do conhecimento, a esvaziam de sentido e estabelecem uma relação linear e simplista entre **o saber e o fazer**.

- **Tomada de decisão**: pontuar uma série de treinamentos e Cursos de atualização; buscar recursos ou alternativas para realização das propostas elencadas.

- **Resultado provável**: frustração por não conseguir a realização dos cursos e treinamentos, seja por falta de recursos ou de parcerias; sensação de não ter nada a oferecer aos seus profissionais.

B? A capacitação é feita; são realizados Cursos e treinamentos, mas o problema continua - as propostas pretendem contribuir para a reorganização dos serviços de saúde através da atualização do conhecimento dos profissionais, sem criar condições para que esse conhecimento seja reelaborado frente às condições reais do próprio serviço.

Nos cursos de atualização, os profissionais são elevados ao paraíso do “como deveria ser”, tradução da verdade do conhecimento científico acumulado e atualizado, aplicável numa espécie de representação universal e única de pacientes e serviços.

Quando retornam ao local onde trabalham, se vêem confrontados em suas realidades cotidianas com a impossibilidade da aplicação do conhecimento adquirido.

- **Tomada de decisão:** não vale a pena tirar o funcionário do serviço para Curso ou treinamento; os profissionais não valorizam o esforço que é feito para mantê-los atualizados e não aplicam o que aprendem.

- **Resultado provável:** o investimento feito em treinamentos e cursos de atualização não resultou na mudança das práticas dos profissionais e dos Serviços; os participantes dizem que não conseguem aplicar o que aprendem na realidade dos Serviços.

C? A capacitação é um componente, mas não o único, na superação do problema – As intervenções são propostas e desenvolvidas sem que haja um processamento adequado do problema; sem que se tenha alcançado um diagnóstico claro dos seus determinantes; dos nos críticos existentes, levando à realização de capacitações para solucionar problemas cuja origem, por exemplo, está na gestão.

- **Tomada de decisão:** discutir com quem vai planejar e executar os Cursos e treinamentos o problema identificado e como trabalhar esse problema nas propostas a serem desenvolvidas.

- **Resultado provável:** o conhecimento e o desempenho técnico individual de cada profissional participante melhorou, mas o problema não foi superado; os participantes alegam que os Serviços impõem restrições de naturezas diversas (excesso de demanda espontânea; falta de funcionários; ignorância do usuário).

D? A identificação e o processamento dos problemas devem resultar da participação e contribuição de todos – os processos de diagnóstico dos problemas e de tomada de decisão para intervenção realizados de forma problematizadora, participativa e dialógica não trazem resultados quantificáveis em curto prazo; particularmente sobre a produtividade e a eficiência dos serviços, apontando para a necessidade de construção de padrões de avaliação de natureza qualitativa e que incluam a valorização dos trabalhadores em saúde.

- **Tomada de decisão:** as propostas são construídas com a participação efetiva de todos os atores envolvidos - considera o cenário real de trabalho; as expectativas dos envolvidos; avalia o conjunto de intervenções necessárias para superar o problema, delimitando as de natureza pedagógica; agrega conhecimentos e espaços de reflexão sobre os pontos críticos dos problemas; socializa a discussão das possíveis intervenções para superar os problemas identificados; pactua e estabelece prioridades com a gestão, o trabalhador e o usuário.

- **Resultado provável:** Os processos são desenhados em função das necessidades constatadas; não existe um modelo único que sirva a qualquer realidade; os profissionais são sujeitos do processo de reestruturação e desenvolvimento dos Serviços, a partir da análise de diferentes determinantes e da resignificação de práticas, valores e conceitos.

E qual seria o processo ideal?

Na verdade, não há um processo, uma metodologia, uma estratégia pedagógica, uma maneira de fazer ideal.

A experiência de ensinar e aprender pode acontecer nas situações mais estranhas e inusitadas; o fundamental é que os espaços de ensino / aprendizagem proporcionados marquem um tempo e um desenho organizativo, que possibilite aos gestores e trabalhadores do SUS conviverem sem medo, assumindo como objeto da sua aprendizagem, os problemas da vida real.

Na lógica da EP em saúde as possibilidades de transformar as respostas são construídas a partir da reflexão de trabalhadores e estudantes sobre o trabalho que realizam; ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações; é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade, levando em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm.

Tendências atuais no desenvolvimento de pessoas:

- Educação à aprendizagem – onde se destaca as especificidades da educação para adultos, em que somente o conhecimento com sentido para o sujeito pode se transformar em “aprendizagem”.

- Do ensino extensivo à capacitação em profundidade – critica a fragmentação do conhecimento e sustentação da necessidade de busca da integralidade.
- Da capacitação às organizações que aprendem – mapeia o duplo circuito da aprendizagem organizacional.



03. INTERPRETANDO CONCEITOS CHAVES

É importante que se tenha clareza na interpretação teórica e prática de conceitos-chaves contida na nova Portaria (fonte: Glossário Temático – Gestão do Trabalho e da Educação na saúde – série A – Normas e Manuais Técnicos – M. Saúde / Secretaria Executiva / Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Brasília – 2007).

‡ **Desenvolvimento do Trabalhador para o SUS:** processo em que atitudes, circunstâncias, ações e eventos asseguram ao trabalhador o crescimento profissional e laboral que possibilite o pleno desenvolvimento humano, a sua satisfação com o trabalho, o reconhecimento, a responsabilização com compromissos pelos direitos de cidadania da população e a prestação de serviços com acolhimento, qualidade e resolubilidade à população usuária do SUS.

‡ **Educação em saúde:** (1) processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não a profissionalização ou à carreira na saúde; (2) conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades. A Educação em saúde potencializa o exercício do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde para que esses respondam às necessidades da população.

‡ **Educação na saúde:** produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular.

‡ **Educação Popular em saúde:** ações educativas que tem como objetivo promover, na sociedade civil, a educação em saúde, mediante inclusão social e promoção da autonomia das populações na participação em saúde.

| **Educação Permanente em saúde:** ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social.

| **Educação Continuada:** processo de aquisição seqüencial a acumulativa de informações técnico / científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele.

| **Escola Técnica do SUS (ETSUS):** instituição pública de ensino técnico, pertencente à gestão do SUS, voltada para a formação de trabalhadores de nível médio em saúde.

| **PROGESUS:** (programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da Educação no SUS) programa de cooperação técnica e financeira com Estados e municípios, voltado para o fortalecimento das estruturas de gestão do trabalho e da Educação no SUS, visando a sua efetiva qualificação. Tem como objetivo desenvolver ações conjuntas entre os entes federados para o fortalecimento e modernização das estruturas de gestão do trabalho e da Educação no SUS, com vistas a sua efetiva qualificação, abrangendo todos os aspectos gerenciais mais precisos como àqueles voltados para a informação e informática do setor.

| **PRÓ -SAÚDE:** programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde.

| **Telemedicina:** prática médica realizada à distância.

| **Telesaúde:** atenção à saúde realizada à distância.

| **Macrorregiões de saúde:** arranjos territoriais configurados por mais de uma Região de Saúde, de qualquer modalidade, agregadas com o objetivo de organizar, entre si, ações e serviços de média e alta complexidade, complementando desta forma a atenção à saúde da população desses territórios.

| **Região de saúde:** articuladora entre o nível central e as regionais de saúde, e implementadora de mecanismos e instrumentos que possibilitem a integração dos serviços de saúde de diferentes níveis hierárquicos e municipais.

| **Colegiado de Gestão Regional:** são instâncias de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva.

Deve ser formado pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios e por representantes do(s) gestor (es) estadual (ais), sendo as suas decisões sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados. A denominação e o funcionamento do Colegiado devem ser acordados na CI B.

| **Comissão de Integração ensino Serviço – CIES:** são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas no art. 14 da Lei nº 8.080, de 1990, e na NOB/RH - SUS.

Devem ser compostas pelos gestores de saúde municipais, estaduais e, conforme as especificidades de cada região, por: gestores estaduais e municipais de educação e/ou de seus representantes; trabalhadores do SUS e/ou de suas entidades representativas; instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos; movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.

| **Plano Regional de Educação Permanente em saúde:** um Plano de EP em saúde caracteriza-se como uma proposta que se articula com as Políticas de recursos humanos; obedece a análise de necessidades e de conjuntura; propõe objetivos de curto e médio prazo; determina prioridades e seleciona estratégias e instâncias de ação. Ao mesmo tempo, a continuidade prevê os momentos de monitoramento e avaliação de processos e resultados, a partir da eficácia e da efetividade das ações, reorientando-as quando necessário.

A sua construção deve ser coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais, da referida região, no que tange à educação na saúde.

| **Recurso extra:** é todo recurso financeiro liberado pelo M. da Saúde fora do montante destinado as CIESs (a partir do montante recebido pelo Estado e dos critérios definidos pelo COSEMS/SP e SES/SP) e para atender uma finalidade específica. Exemplo: recurso para atender a formação inicial do ACS foi recurso extra teto.



04. PORTARIA 1996 - PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – 2007

04.1 Macro Regiões de Saúde.

Para instalação das Comissões de Integração Ensino / Serviço (CIES) manteve-se a mesma configuração dos antigos Pólos e a lógica de articulação das macro regiões de saúde, conforme segue abaixo:

CIES Região Metropolitana – integrando as regiões do **DRS I - Grande São Paulo** e sete Colegiados de Gestão Regional.

CIES Oeste Paulista – integrando as regiões do **DRS IX – Marília**, com cinco Colegiados de Gestão Regional e as regiões do **DRS XI Presidente Prudente** com Cinco Colegiados de Gestão Regional.

CIES Sudoeste Paulista - integrando as regiões do **DRS VI – Bauru**, com cinco Colegiados de Gestão Regional; as regiões do **DRS XII Registro** com um Colegiado de Gestão Regional e as regiões do **DRS Sorocaba** com três Colegiados de Gestão Regional.

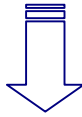
CIES Leste Paulista - integrando as regiões do **DRSVII Campinas** com quatro Colegiados de Gestão Regional; as regiões do **DRS Piracicaba** com quatro Colegiados de Gestão Regional; as regiões do **DRS São João da Boa Vista** com três Colegiados de Gestão Regional.

CIES Noroeste Paulista – integrando as regiões do **DRS II Araçatuba** com três Colegiados de Gestão Regional; as regiões do **DRS V Barretos** com dois Colegiados de Gestão Regional e as regiões do **DRS São José do Rio Preto** com sete Colegiados de Gestão Regional.

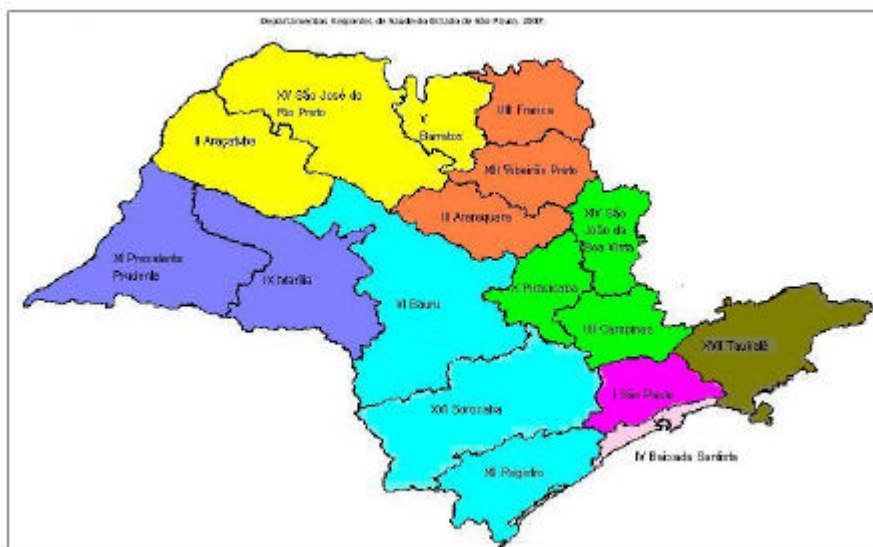
CIES Nordeste Paulista – integrando as regiões do **DRS III – Araraquara** com cinco Colegiados de Gestão Regional; as regiões do **DRS VIII Franca** com três Colegiados de Gestão Regional; as regiões do **DRS XIII Ribeirão Preto** com três Colegiados de Gestão Regional.

CIES Baixada Santista – integrando as regiões do **DRS IV - Baixada Santista** com um Colegiado de Gestão Regional.

CIES Vale do Paraíba – integrando as regiões do **DRS XVII Taubaté** com quatro Colegiados de Gestão Regional.



- ? **CIES GRANDE SÃO PAULO** ? **CIES SUDOESTE PAULISTA**
- ? **CIES NORDESTE PAULISTA** ? **CIES LESTE PAULISTA**
- ? **CIES OESTE PAULISTA** ? **CIES NOROESTE PAULISTA**
- ? **CIES BAIXADA SANTISTA** ? **CIES VALE DO PARAÍBA**



04.2 As CIES e seus respectivos Colegiados de Gestão Regional

Integram as oito CIES os dezessete Departamentos Regionais de Saúde e seus respectivos sessenta e quatro Colegiados de Gestão Regional, conforme demonstrado abaixo:

Colegiados de Gestão Regional	CIES Região Metropolitana Grande S P Municípios
Alto do Tiete (10 municípios) R\$209.922,20	Arujá, Biritiba Mirim, F. de Vasconcelos, Guararema, I taqua, M. das Cruzes, Poá, Salesópolis, S. I sabel, Suzano.
Franco da Rocha (5 municípios) R\$75.286,23	Caieiras, Cajamar, F. Morato, F. da Rocha, Mariporã.
Guarulhos (1 município) R\$181.071,63	Guarulhos
Mananciais (oito municípios) R\$138.207,93	Cotia, Embu, Embu- Guaçu, I. da Serra, Juquitiba, S. L. da Serra, T. da Serra, V. Grande Paulista
Rota dos Bandeirantes (7 municípios) R\$253.884,96	Barueri, Carapicuíba, I tapevi, Jandira, Osasco, Pi. do Bom Jesus, S de Parnaíba
ABC Paulista (7 municípios) R\$359.945,13	Diadema, Mauá, R Pires, R G da Serra, S André, S. B. do Campo, S C do Sul
São Paulo (1 município) R\$1.529.354,66	São Paulo

03 Colegiados de Gestão Regional – DRS II Araçatuba	CIES Noroeste Paulista Municípios do DRS II Araçatuba
Central (11 municípios) R\$79.173,43	Araçatuba, Auriflama, Bento de Abreu, Bilac, Guararapes, Guzolândia, Nova Castilho, Nova Luzitânia, Rubiácea, Santo Antônio do Aracan, Valparaíso
Dos Lagos (12 municípios) R\$53.026,51	Andradina, Castilho, Guaraçá, Iha Solteira, Itapura, Lavínia, Mirandópolis, Murutinga do Sul, Nova Independência, Pereira Barreto, Sud Mennucci, Suzanápolis
Leste (17 municípios) R\$71.387,55	Alto Alegre, Avanhandava, Barbosa, Birigui, Braúma, Brejo Alegre, Buritama, Clementina, Coroados, Gabriel Monteiro, Glicério, Loudes, Luiziana, Penápolis, Piacatu, Santópolis do Aguapeí, Turiúba

C de Gestão Regional DRS II Araraquara	CIES Nordeste Paulista Municípios do DRS II Araraquara
RG 1 (8 Municípios) R\$58.318,48	Américo Brasiliense, Araraquara, Boa Esperança do Sul, Gavião Peixoto, Motuca, Rincão, Santa Lúcia, Itabiju.
RG 2 (5 Municípios) R\$27.671,67	Borborema, Itabitinga, Itápolis, Nova Europa, Tabatinga.
RG 3 (5 Municípios) R\$31.301,20	Cândido Rodrigues, Dobrada, Matão, Santa Ernestina, Taquaritinga.
RG 4 (7 Municípios) R\$81.186,03	Descalvado, Dourado, Itabaté, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito, São Carlos

<p>Colegiados de Gestão Regional – DRS IV Baixada Santista</p>	<p>CIES Baixada Santista Municípios – DRS IV Baixada Santista</p>
<p>Baixada (9 Municípios) R\$331.092,96</p>	<p>Bertioga, Cubatão, Guarujá, I tanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande, Santos, São Vicente.</p>

<p>Colegiados de Gestão Regional DRS V Barretos</p>	<p>CIES Noroeste Paulista Municípios – DRS V Barretos</p>
<p>Norte - Barretos (11 Municípios) R\$77.925,52</p>	<p>Altair, Barretos, Cajobi, Colina, Colômbia, Embaúba, Guaíra, Guaraci, Jaborandi, Olímpia, Severina.</p>
<p>Sul - Barretos (8 Municípios) R\$43.221,99</p>	<p>Bebedouro, Monte Azul Paulista, Taiacu, Taiúva, Taquaral, Terra Roxa, Viradouro, Vista Alegre do Alto.</p>

Colegiados de Gestão Regional – DRS VI Bauru	CIES Sudoeste Paulista Municípios – DRS VI Bauru
<p>Avaré (17 Municípios) R\$62.889,96</p>	<p>Águas de S Bárbara, Arandu, Avaré, Barão de Antonina, Cerqueira César, Coronel Macedo, Fartura, Iaras, Itaí, Itaporanga, Manduri, Paranapanema, Piraju, Sarutaiá, Taguaí, Taquarituba, Tejuapá</p>
<p>Bauru (18 Municípios) R\$134.175,00</p>	<p>Agudos, Arealva, Avaí, Balbinos, Bauru, Borebi, Cabrália, Duartina, Itacanga, Lenções Paulista, Lucinópolis, Macatuba, Palistânia, Pederneiras, Pirajuí, Piratininga, Presidente Alves, Reginópolis.</p>
<p>Botucatu (13 Municípios) R\$60.904,69</p>	<p>Anhembi, Areiópolis, Bofete, Botucatu, Conchas, Itatinga, Laranjal Paulista, Pardinho, Pereiras, Porangaba, Pratânia, S Manoel, Torre de Pedra</p>
<p>Jaú (12 Municípios) R\$71.398,53</p>	<p>Bariri, Barra Bonita, Bocaina, Boracéia, Brotas, Dois Córregos, Itgaraçu do Tietê, Itaju, Itapuá, Jaú, Mineiros do Tietê, Torrinha.</p>
<p>Lins (8 Municípios) R\$34.213,13</p>	<p>Cafelândia, Getulina, Guaiçara, Lins, Pongai, Pomissão, Sabino, Uru.</p>

<p style="text-align: center;">Colegiados de Gestão Regional DRS VII Campinas</p>	<p style="text-align: center;">CIES Leste Paulista Municípios – DRS VII Campinas</p>
<p style="text-align: center;">Bragança (11 Municípios) R\$96.895,53</p>	<p style="text-align: center;">Atibáia, Bom Jesus dos Perdões, Bragança Paulista, Joanópolis, Nazaré Paulista, Pedra Bela, Pinhalzinho, Piracáia, Socorro, Tuiuti, Vargem.</p>
<p style="text-align: center;">Campinas (11 Municípios) R\$376.810,93</p>	<p style="text-align: center;">Águas de Lindóia, Amparo, Campinas, Indaiatuba, Lindóia, Monte Alegre do Sul, Monte Mor, Pedreira, Serra Negra, Valinhos, Vinhedo.</p>
<p style="text-align: center;">Jundiaí (9 Municípios) R\$181.459,09</p>	<p style="text-align: center;">Cabreúva, Campo Limpo Paulista, I tatiba, I tupeva, Jarinú, Judiai, Louveira, Morungaba, Várzea Paulista.</p>
<p style="text-align: center;">Oeste (11 Municípios) R\$260.353,77</p>	<p style="text-align: center;">Americana, Artur Nogueira, Cosmópolis, Holambra, Hortolândia, Jaguariúna, Nova Odessa, Paulínia, Santa Bárbara d'Oeste, Santo Antônio de Posse Sumaré</p>

<p>Colegiados de Gestão Regional DRS VIII Franca</p>	<p>CIES Nordeste Paulista Municípios DRS VIII Franca</p>
<p>Franca (10 Municípios) R\$83.621,27</p>	<p>Cristais Paulista, Franca, I tirapuã, Jeriquara, Patrocínio, Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina, São José da Bela Vista</p>
<p>I tuverava (6 Municípios) R\$24.566,06</p>	<p>Aramina, Buritizal, Guará, Igarapava, I tuverava, Miguelópolis</p>
<p>São Joaquim da Barra (6 Municípios) R\$30.284,87</p>	<p>Ipuã, Morro Agudo, Nuporanga, Orlândia, Sales Oliveira, São Joaquim da Barra</p>

Colegiados de Gestão Regional – DRS IX Marília	CIES Oeste Paulista Municípios DRS IX Marília
<p>Adamantina (10 Municípios) R\$43.921,77</p>	<p>Adamantina, F Paulista, Inúbia Paulista, Lucélia, Mariápolis, Osvaldo Cruz, Pacaembu, Pracinha, Sagres, Salmourão.</p>
<p>Assis (13 Municípios) R\$88.320,99</p>	<p>Assis, Borá, C Mota, Cruzália, Florínia, Ibirarema, Lutécia, Maracaí, Palmital, Paraguaçu, Paulista, Pedrinhas, Paulista, Platina, Tarumã</p>
<p>Marília (19 Municípios) R\$135.510,10</p>	<p>Á de Carvalho, Alvinlândia, C N Paulista, Echaporã, Fernão, Gália, Garça, Guaimbê, Guarantã, J Mesquita, Lupércio, Marília, Ocaçu, Oriente, O Bressane, Pompéia, Quintana, Ubirajara, V Cruz</p>
<p>Ourinhos (12 Municípios) R\$82.007,45</p>	<p>B Campos, Canitar, Espírito Santo do Turvo, Ipaçu, Óleo, Ourinhos, Ribeirão do Sul, Salto Grande, S Cruz Rio Pardo, S Pedro do Turvo Timburi, Chavantes</p>
<p>Tupã (8 Municípios) R\$46.821,31</p>	<p>Arco-Íris, Bastos, Herculândia, Iacri, Parapuã, Queiroz, Rinópolis, Tupã</p>

<p>Colegiados de Gestão Regional DRS X Piracicaba</p>	<p>CIES Leste Paulista Municípios DRS X Piracicaba</p>
<p>Araras (5 Municípios) R\$71.946,11</p>	<p>Araras, Conchal, Leme, Pirassununga, Santa Cruz da Conceição</p>
<p>Coleste (5 Municípios) R\$77.946,47</p>	<p>Cordeirópolis, Engenheiro, Coelho, I racemápolis, Limeira,</p>
<p>Oeste (11 Municípios) R\$124.215,47</p>	<p>Águas de São Pedro, Charqueada, Piracicaba, Rio das Pedras, Saltinho, Santa Maria da Serra, São Pedro, Capivari, Elias Fausto, Mombuca, Rafard</p>
<p>Rio Claro (6 Municípios) R\$56.323,62</p>	<p>Analândia, Corumbataí, Ipeúna, I tirapina, Rio Claro, Santa Gertrudes.</p>

Colegiados de Gestão Regional DRS XI P Prudente	CIES Oeste Paulista Municípios DRS XI P Prudente
<p>Alta Paulista (12 Municípios) R\$42.531,92</p>	<p>Dracena, Flora Rica, Irapuru, Junqueirópolis, Monte Castelo, Nova Guataporanga, Ouro Verde, Panorama, Paulicéia, S Mercedes, S J do Pau d'Alho, Tupi Paulista</p>
<p>Alta Sorocabana (19 Municípios) R\$140.301,26</p>	<p>Alfredo Marcondes, Álvares Machado, Anhumas, Caiabu, Emilianópolis, Estrela do Norte, Indiana, Martinópolis, Narandiba, Pirapozinho, P Bernardes, P Prudente, R Feijó, R dos Índios, Sandovalina, S. Anastácio, S Expedito, Taciba, Tarabai</p>
<p>Alto Capivari (5 Municípios) R\$20.289,10</p>	<p>Iepê, João Ramalho, Nantes, Quatá, Rancharia</p>
<p>Extremo Oeste Paulista (5 Municípios) R\$34.100,54</p>	<p>Caiuá, Marabá Paulista, Piquerobi, P Epitácio, P Venceslau</p>
<p>Pontal do Paranapanema (4 Municípios) R\$27.583,68</p>	<p>Euclides da Cunha Paulista, Mirante do Paranapanema, Rosana, Teodoro Sampaio</p>

Colegiados de Gestão Regional DRS XII Registro	CIES Sudoeste Paulista Municípios - DRS XII Registro
<p>Registro (15 Municípios) R\$67.069,61</p>	<p>Barra do Turvo, Cajati, Cananéia, Eldorado, Iguape, Iha Comprida, Iporanga, Itariri, Jacupiranga, Juquiá, Miracatu, Pariqueira-Açu, Pedro de Toledo, Registro, Sete Barras</p>

Colegiados de Gestão Regional DRS XIII R Preto	CIES Nordeste Paulista Municípios DRS XIII R Preto
<p>Região A R. Preto (9 Municípios) R\$79.716,71</p>	<p>Barrinha, Dumont, Guariba, Jaboticabal, Monte Alto, Pitangueiras, Ponta, Pradópolis, Sertãozinho</p>
<p>Região B-R. Preto (9 Municípios) R\$153.561,34</p>	<p>Cravinhos, Guataporá, Jardinópolis, Luís Antônio, Ribeirão Preto, Santa Rosa de Viterbo, São Simão, Serra Azul, Serrana</p>
<p>Região C-R. Preto (7 Municípios) R\$26.537,53</p>	<p>Altinópolis, Batatais, Brodósqui, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Santa Cruz da Esperança, Santo Antônio da Alegria</p>

Colegiados de Gestão Regional DRS XIV S J Boa Vista	CIES Leste Paulista Municípios DRS XIV S J Boa Vista
Baixada Mogiana (4 Municípios) R\$73.907,70	Itapira, Moji-Guaçu, Moji-Mirim, Estiva Gerbi
Mantiqueira (8 Municípios) R\$61.934,02	Aguai, Águas da Prata, Espírito Santo do Pinhal, Santa Cruz das Palmeiras, Santo Antônio do Jardim, S J da Boa Vista, Tambaú, Vargem Grande do Sul
Rio Pardo (8 Municípios) R\$51.081,91	Caconde, Casa Branca, Divinolândia, Itobi, Mococa, São José do Rio Pardo, São Sebastião da Gramma, Tapiratiba.

Colegiados de Gestão Regional DRS XV S J Rio Preto	CIES Noroeste Paulista Municípios DRS XV S J Rio Preto
Engenho dos 18 (18 Municípios) R\$82.940,86	Ariranha, Catanduva, Catiguá, Elisiário, Fernando Prestes, Irapuã, I tajobi, Marapoama, Novais, N Horizonte, Palmares Paulista, Paraíso, Pindorama, Pirangi, Sales, S Adélia, Tabapuã, Urupês
Grandes Lagos (6 Municípios) R\$12.604,50	Nova Canaã Paulista, Rubinéia, S. Clara d'Oeste, S. Fé do Sul, S. Rita d'Oeste, Três Fronteiras
GXVI (16 Municípios) R\$30.010,00	Aparecida d'Oeste, Aspásia, Dirce Reis, Dolcinópolis, Jales, Marinópolis, Mesópolis, Palmeira d'Oeste, Paranapuã, Pontalinda, S Albertina, Santana da Ponte, Pensa, S Salete, S Francisco, Urânia, Vitória Brasil
MIS 13 (13 Municípios) R\$32.003,77	Estrela d'Oeste, Fernandópolis, Guarani d'Oeste, Indiaporã, Macedônia, Meridiano, Mira Estrela, Ouroeste, Pedranópolis, Populina, S J das Duas Pontes, S J de I racema, Turmalina
Norte - SJRP (21 Municípios) R\$192.898,75	Bady Bassitt, Bálsamo, Cedral, Gastão Vidigal, Guapiaçu, I birá, I cem, I piguá, Mirassol, Mirassolândia, Neves Paulista, Nova Aliança, Nova Granada, Onda Verde, Orindiúva, Palestina, Paulo de Faria, Potirendaba, S J do Rio Preto, Tanabi, Uchoa
Sul – SJRP (11 Municípios) R\$24.920,71	Adolfo, Jaci, José Bonifácio, Mendonça, Monte Aprazível, Nipoã, Planalto, Poloni, Ubarana, União Paulista, Zacarias
Votuporanga (16 Municípios) R\$50.927,56	Álvares Florence, Américo de Campos, Cardoso, Cosmorama, Floreal, General Salgado, Macaúbal, Magda, Monções, Nhandeara, Parisi, Pontes Gestal, Riolândia, Sebastianópolis do Sul, Valentim Gentil, Votuporanga

C de Gestão Regional DRS XVI Sorocaba	CIES Sudoeste Paulista Municípios DRS XVI Sorocaba
I tapetininga (11 Municípios) R\$87.765,39	Alambari, Angatuba, Campina do Monte Alegre, Cerquilho, Cesário Lange, Guareí, I tapetininga, Quadra São Miguel Arcanjo, Sarapuí, Tatuí
I tapeva (17 Municípios) R\$76.616,42	Apiaí, Barra do Chapéu, Bom Sucesso de I tararé, Buri, Capão Bonito, Guapiara, I taberá, I taóca, I tapeva, I tapirapuã Paulista, I tararé, Nova Campina, Ribeira, Ribeirão Branco, Ribeirão Grande, Riversul, Taquarivaí
Sorocaba (20 municípios) R\$340.803,54	Alumínio, Araçariguama, Araçoiaba da Serra, Boituva, Capela do Alto, I biúna, I peró, I tu, Jumirim, Mairinque, Piedade, Pilar do Sul, Porto Feliz, Salto, Salto de Pirapora, São Roque, Sorocaba, Tapiraí, Tietê, Votorantim

C de Gestão Regional DRS XVII Taubaté	CIES Vale do Paraíba Municípios DRS XVII Taubaté
Alto Vale do Paraíba (8 Municípios) R\$222.293,12	Caçapava, I garatá, Jacareí, Jambeiro, Monteiro Lobato, Paraibuna, Santa Branca, São José dos Campos
Guaratinguetá (17 Municípios) R\$104.585,71	Aparecida, Arapeí, Areias, Bananal, Cachoeira Paulista, Canas, Cruzeiro, Cunha, Guaratinguetá, Lavrinhas, Lorena, Piquete, Potim, Queluz, Roseira, S J do Barreiro, Silveiras.
Litoral Norte (4 Municípios) R\$66.240,03	Caraguatatuba, I lhabela, São Sebastião, Ubatuba
V. Paraíba/R. Serrana (10 Municípios) R\$127.853,94	C do Jordão, Lagoinha, Natividade da Serra, Pindamonhangaba, Redenção da Serra, S Antônio do Pinhal, S Bento do Sapucaí, S Luís do Paraitinga, Taubaté, Tremembé

Quadro Síntese

CIES Grande São Paulo

DRS I	07 CGR	39 Municípios
-------	--------	---------------

CIES Baixada Santista

DRS	01 CGR	09 municípios
-----	--------	---------------

CIES Leste Paulista

DRS VII Campinas	04 CGR	42 municípios
DRS Piracicaba	04 CGR	27 municípios
DRS S J Boa Vista	03 CGR	20 municípios

CIES Oeste Paulista

DRS IX Marília	05 CGR	62 municípios
DRS P Prudente	05 CGR	45 municípios

CIES Nordeste Paulista

DRS Araraquara	04 CGR	25 municípios
DRS Franca	03 CGR	22 município
DRS Ribeirão Preto	03 CGR	25 municípios

CIES Noroeste Paulista

DRS Araçatuba	03 CGR	30 municípios
DRS Barretos	02 CGR	19 municípios
DRS S J Rio Preto	07 CGR	101 municípios

CIES Sudoeste Paulista

DRS Bauru	05 CGR	68 municípios
DRS Registro	01 CGR	15 municípios
DRS Sorocaba	03 CGR	48 municípios

CIES Vale do Paraíba

DRS XVII Taubaté	04 CGR	39 município
------------------	--------	--------------

04.3 Recursos Disponíveis

Os recursos financeiros disponíveis estão configurados como segue abaixo:

Total repassado pelo Ministério Saúde – R\$ 6.972.679,61

Total definido para ações transversais - R\$ 1.394.535,80

Total restante R\$ 5.578.143,81

Total de recursos disponibilizados SES/SP (recurso hora aula) R\$ 2.400.000,00

Total final – 7.978.143,81

04.4 Prioridades definidas

Atenção Básica – 60%

Gestão do SUS – 30%

Organização e estruturação da nova proposta - 10%



Realização de ações estratégicas regionais e micro regional com enfoque nos pressupostos da EP e nas diretrizes da nova Portaria: Seminários regionais, sendo um em cada macro região que caracterize um CIES.

04.5 Critérios aplicados

Os critérios aplicados na distribuição dos recursos financeiros entre as oito CIES foram: IDH-M; População; Quantitativo de trabalhadores da Atenção Básica.

Para cálculo dos valores referentes aos respectivos CGR considerou-se a população total da CIES e a população total de cada CGR.

CIES	POPULAÇÃO	%	VALOR
CIES Grande São Paulo	19.949.261	34,44%	R\$ 2.747.672,76
CIES Sudoeste Paulista	4.238.259	09,42%	R\$ 751.541,14
CIES Nordeste Paulista	2.877.175	07,48%	R\$ 596.765,15
CIES Leste Paulista	6.198.718	17,96%	R\$ 1432.874,62
CIES Oeste Paulista	1.821.620	08,29%	R\$ 661.388,12
CIES Noroeste Paulista	2.601.670	11,73%	R\$ 935.836,27
CIES Baixada Santista	1.695.101	04,15%	R\$ 331.092,96
CIES Vale do Paraíba	2.281.819	06,53%	R\$ 520.972,79
TOTAL	41.663.623	100%	R\$ 7.978.143,81

04.6 Fluxos das Propostas / Projetos

- a) As demandas / necessidades / nós críticos da realidade local / regional devem ser “processados” a partir da instância técnica que seja referência para o Gestor local ou para o Colegiado de Gestão Regional. Essa instância pode ter o nome de “Câmara técnica”; “Núcleo de EP em saúde” ou qualquer outro – o importante é que agregue técnicos dos municípios da área de Desenvolvimento de pessoas, tutores e facilitadores de EP, representantes técnicos dos DRS (dos Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS).
- b) Depois das necessidades / demandas terem sido trabalhadas na respectiva referência técnica deve ser apresentada no CGR para ser apreciada – a partir da discussão e DECISÃO do CGR (aprovação da proposta) – ela deve ser finalizada em termos de definição de custo e de Instituição executora. Do CGR a proposta deve sair com o Termo Aditivo e o Plano de Trabalho e tendo a Instituição executora Convênio com a SES. Pode também o CGR decidir que o recurso vá a fundo municipal – da mesma forma deve ser encaminhado com Termo aditivo e Plano de trabalho.
Também deve ser anexada à proposta / projeto a ata da reunião do CGR que aprovou a respectiva proposta / projeto.
- c) Estando a proposta / projeto estruturada, constando quem executa, respectivo termo aditivo e plano de trabalho, anexar ata da reunião do CGR que aprovou a proposta e encaminhar para a respectiva CIES.
- d) A CIES deve socializar as propostas da macro região, apoiando e acompanhando técnica e operacionalmente o desenvolvimento das mesmas – deve construir e fortalecer a “identidade” de macro região. A CIES se reúne mensalmente para esses objetivos, mas tão logo receba a proposta dos CGR e, tendo ela todos os conteúdos citados acima – pode encaminhar para a Comissão BI PARTI TE ampliada de EP (antes da reunião da CIES para agilizar).

- e) O endereço de envio por email é: pepsp@saude.sp.gov.br aos cuidados de Dra Karina ou Otilia. O envio por escrito (que também é necessário) deve ser feito para Avenida Dr. Arnaldo 351 – segundo andar – sala 217 – Dra Karina ou Otilia.
- f) A Bipa ampliada se reúne toda ultima quarta feira do mês (SES / COSEMS / Conselho – Comissão de Integração) – desta instância já vai para liberação de Recursos – como toda a documentação já foi vista na CIES, a liberação é rápida.
- g) Datas da reunião da Bipa Ampliada (é o mesmo dia da reunião da Comissão de Integração do Conselho Estadual de saúde)
- 26 de março de 2008
 - 23 abril de 2008
 - 21 de maio de 2008
 - 18 de junho de 2008
 - 23 de julho de 2008
 - 20 de agosto de 2008
 - 17 de Setembro de 2008
 - 22 de outubro de 2008
 - 19 de novembro de 2008
 - 10 de dezembro de 2008

05. INSTÂNCIAS, COMPOSIÇÕES E RESPONSABILIDADES.

A recomendação inicial para constituir / apoiar a composição das instâncias e seus respectivos processos de trabalho na implantação / implementação da Política de Educação Permanente em saúde no âmbito dos municípios e regiões é a identificação e localização dos tutores e respectivos facilitadores de Educação Permanente em saúde, formados por meio da ENSP (Escola Nacional de Saúde pública) e M. Saúde, a partir dos então Pólos.

05.1 Núcleos de Educação Permanente (denominação anterior) – pode ter outra denominação, mas caracteriza-se como uma instância técnica, informal, que apóia as realidades locais e regionais, em especial, o(s) município(s) na discussão e estruturação das propostas, garantindo as diretrizes e a lógica da Educação Permanente em saúde no processamento dos nós críticos e das demandas.

Deve agregar, considerando as possibilidades de cada região, técnicos locais (SMS) ligados as questões de desenvolvimento de pessoal; técnicos das Regionais – Departamentos Regionais de Saúde – Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS – Núcleos de Educação Permanente em saúde; Escolas Técnicas do SUS da respectiva área de abrangência; Instituições de ensino parceiras. Os municípios e regiões podem constituir essa instância de apoio a técnico aos Colegiados de Gestão Regional na identificação e priorização das demandas de EP em saúde.

05.2 Colegiados de Gestão Regional – CGR

O Estado de São Paulo conta com 64 Colegiados de Gestão Regional; os colegiados regionais devem estimular a criação de Núcleos Permanentes de Integração Ensino-Serviço (antigos Núcleos de Educação Permanente em saúde), municipais ou microrregionais que atuarão como uma câmara técnica de discussão e apoio aos colegiados regionais.

A condução regional da Política de Educação Permanente em saúde se dará por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), com o apoio da correspondente Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES).

Os Colegiados são instâncias de pactuação permanente e co-gestão solidária, formadas pelos gestores municipais de saúde, por representantes dos gestores estaduais (DRS - Escolas Técnicas do SUS; Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS; tutores e facilitadores de Educação Permanente em saúde dos municípios ou regiões; Instituições de ensino com potencial e perfil de parceria na resposta as demandas identificadas) entre outros.

Os colegiados de Gestão Regional caracterizam-se como espaços onde os gestores devem conjuntamente apresentar as demandas de Educação Permanente em saúde, discutir a sua pertinência, avaliar as prioridades x quantitativo de recursos disponíveis para o CIES como um todo e para a macro região.

É nesse espaço que as propostas são articuladas, negociadas, integradas e, EFETIVAMENTE APROVADAS pelos gestores (municípios, regionais), e encaminhadas para as respectivas CIES a fim de iniciar o fluxo de acesso ao respectivo recurso financeiro.

Quando da apresentação e discussão das propostas nos Colegiados de Gestão Regional já deverá ter acontecido anteriormente a discussão e estruturação da proposta do município / região proponente, a partir dos pressupostos da Política de EP em saúde. Para isso o município / região poderá acessar a sua respectiva instância técnica (Núcleo de EP em saúde; Escola Técnica do SUS; DRS/Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS; Parceiras etc).

05.3 Comissões de Integração Ensino / Serviço – CIES:

As CIES (Comissões de Integração Ensino / Serviço) serão compostas por gestores municipais (representação dos respectivos Colegiados de Gestão Regional da área de abrangência da CIES), estaduais (Regionais de Saúde - Centros de Desenvolvimento e qualificação para o SUS; Escolas Técnicas do SUS) Hospitais da área de abrangência da CIES; Universidades públicas e particulares da região; trabalhadores do SUS, Instituições da área da saúde / interface com ensino; movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social do SUS.

No Estado de São Paulo, para os recursos financeiros de 2007, conforme Plano Estadual de EP em saúde aprovado na Bipartite e Tripartite ficam constituídas oito CIES, mantendo-se a mesma configuração dos oito antigos Pólos.

Qualquer mudança de configuração nas CIES ou nas Regiões que a integram só poderão ser discutidas e legitimadas para o próximo recurso financeiro a ser acessado junto ao Ministério da Saúde / SGTES (a partir da construção dos Planos Regionais de EP em saúde, que constituirão o próximo Plano Estadual de EP em saúde, para novos recursos financeiros referentes ao ano de 2008).

Para o recurso atual, por motivos de legitimidade (Plano Estadual de EP em saúde – ano 2007), **NÃO CABE A PROPOSIÇÃO DE MUDANÇAS NAS CIES OU NAS RESPECTIVAS MACRO REGIÕES QUE AS INTEGRAM.**

As propostas aprovadas e legitimadas nos CGR (Colegiados de Gestão Regionais) deverão ser encaminhadas às respectivas CIES da área de abrangência, conforme fluxo definido.

Nesta etapa a CIES deve apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional, articulando instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo de formação e desenvolvimento dos trabalhadores. Deve também apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde.

A critério da CIES poderá ser solicitada à apresentação e esclarecimentos complementares ou adequações que se fizerem necessários para a emissão de pareceres. Sendo o parecer favorável e compatível com o Plano Estadual de Educação Permanente em saúde e dentro das possibilidades dos recursos financeiros destinados à respectiva CIES e região ou regiões a esta vinculadas, a proposta será remetida a Comissão Bipartite Ampliada (SES/SP; COSEMS/SP; Conselho Estadual de saúde) para homologação.

Também cabe, no espaço da CIES, a apresentação, discussão, aprovação e encaminhamentos para acessar apoio técnico, quando necessário e solicitado, pelos Colegiados de Gestão Regional, regiões ou municípios, respeitando-se as necessidades e expectativas dos proponentes.

A CIES deve criar uma Secretaria Executiva, indicando endereço e pessoa responsável para o envio das propostas aprovadas nos respectivos Colegiados de Gestão Regional; não está previsto no recurso financeiro atual a solicitação de equipamentos ou pagamento de pessoal para a instalação dessa Secretaria Executiva.

Recomenda-se que as CIES decidam e indiquem um Coordenador(a) da Comissão, o qual deve ser apoiado pela Secretaria executiva e, em sendo decidido pela região, por um Regimento Interno da CIES.

As Comissões de Integração ensino / serviço deverão ter cronograma de reunião ordinária mensal, com agenda de data anual previamente divulgada na região.

As reuniões da CIES deverão ter seu desenvolvimento registrado em ata e a cópia dessa mesma ata, assinada pelo coordenador da CIES ou da reunião, deverá ser anexada as propostas encaminhadas para a Câmara Técnica ampliada (ata correspondente a reunião que discutiu e analisou a proposta encaminhada pelos Colegiados de Gestão Regional).

05.4 Comissão Bipartite Ampliada de EP em saúde - (SES/SP – COSEMS/SP – CES)

Esta instância é constituída por representantes da SES/SP, do COSEMS/SP e do Conselho Estadual de Saúde – Comissão Técnica de Integração entre os Serviços de Saúde e Instituições de Ensino Profissional.

As reuniões devem acontecer com periodicidade mensal, tendo cronograma de datas anual previamente divulgado.

Participarão das reuniões da Câmara Técnica ampliada representantes indicados pelo COSEMS/SP, SES/SP, Comissão Técnica de Integração entre os Serviços de Saúde e Instituições de Ensino Profissional do Conselho Estadual de Saúde e 01

representante de cada CIES (preferivelmente alguém envolvido mais proximamente com a proposta em discussão, facilitando informações e esclarecimentos na discussão conjunta).

O Conselho Estadual de Saúde participa por meio da Comissão Técnica de Integração entre os serviços de saúde e Instituições de ensino, a qual se caracteriza como segue:

Finalidade: participação na formulação de definições, estratégias, mecanismos e políticas de integração entre os serviços de saúde, as instituições de ensino e a comunidade.

Composição: constituída de forma paritária, com total de 12 (doze) membros sendo composta por: 50% do segmento dos usuários; 25% do segmento dos trabalhadores; 25% do segmento de prestadores/gestores e convidados permanentes.

Competência: discutir, aprofundar e encaminhar parecer ao Pleno das matérias encaminhadas por este, assim como de matérias recebidas por demanda espontânea.

Funcionamento: A Comissão Técnica de Integração instalar-se-á com a presença de pelo menos 01 (um) membro de cada segmento. Após 30 minutos do horário de início da reunião, ela se instalará independentemente dessas representações. Questões deliberativas a nível da Comissão deverão ser votadas com a presença da maioria simples dos seus membros (51%), em horário determinado no Cronograma das Comissões, tendo como tolerância 30 minutos e após não mais poderá ser assinada a lista de presença. Serão cumpridos os horários de início (9hs) e término (13hs) das reuniões, podendo estender o horário de término de acordo com voto dos Conselheiros.

Esta Comissão Técnica de Integração se reúne mensalmente (das 9 as 13 as) em reuniões ordinárias conforme calendário e extraordinariamente se houver necessidade, devendo os Conselheiros ser convocados por escrito com três dias de antecedência.

06. PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES/RECOMENDAÇÕES AOS PROCEDIMENTOS E PROCESSOS DE TRABALHO

- ✍ Os Projetos / Propostas aprovados nas regiões e encaminhados ao M. da Saúde antes da Portaria 1996, em não tendo recebido recursos para sua execução, poderão ser novamente levados aos respectivos CGR para apreciação, discussão, atualização e aprovação, em sendo o caso, usando os recursos EP 2007 dos respectivos CGR e CIES.
- ✍ É importante que todas as instâncias busquem identificar e localizar os tutores e facilitadores de Educação Permanente em saúde da micro e macro região. Esses profissionais formados constituem-se em participantes fundamentais para o processo de estruturação da política de EP local e regional.
- ✍ Os recursos disponibilizados referem-se ao ano de 2007 e sua utilização deve ser norteada pelo Plano Estadual de EP em saúde – 2007.
- ✍ Os recursos financeiros para o ano de 2008 só poderão ser acessados a partir da construção dos Planos Regionais de Educação Permanente (abrangência dos CGR e das CIES) para constituir o Plano Estadual de EP – 2008.
- ✍ Escolas Técnicas do SUS – participam necessariamente das CIES da sua área de abrangência - como instituição de ensino – nível médio – formação e qualificação – conforme Portaria.

A continuidade da proposta de formação dos ACS ou a realização das primeiras quatrocentas horas para aqueles que ainda não participaram será realizada com recurso extra teto (não são aqueles já disponibilizados e distribuídos). Não há previsão de quando esse recurso será liberado; haverá Portaria específica para orientação de execução e critérios de acesso.

- ✍ Formação de Conselheiros – será feita com recursos da CIES; precisa ser apresentada para aprovação nos CGR e a proposta deve ser necessariamente articulada, em sua construção, pelas ETSUS da área de abrangência conforme deliberado no CES / Comissão de Integração.
- ✍ Os projetos / propostos poderão ter sua estrutura de apresentação a partir da sugestão de modelo em anexo – a construção da estrutura recomendada objetiva contribuir na interpretação e explicitação das etapas a desenvolvidas até a apresentação da proposta / projeto.
- ✍ Não existem recursos previstos para a contratação de pessoal quando da instalação / funcionamento Secretaria Executiva.
- ✍ As propostas / projetos de realização de Seminários Regionais, Oficinas de trabalho e outras estratégias de socialização da Portaria 1996 e de fortalecimento da estrutura necessária ao desenvolvimento da EP em saúde no Estado, devem ter seu planejamento e respectivo dimensionamento de custos encaminhados ao e-mail pepsp@saude.sp.gov.br aos cuidados de Dra. Karina Calife e, por escrito, assinada, para a Avenida Dr. Arnaldo 351 – 2º andar – sala 217.

O recurso financeiro solicitado será liberado por meio de “adiantamento” para o DRS através do seu CDQS (conta “gestão SUS” – FUNDES). Objetivos gerais dos Seminários, Oficinas de Trabalho nos macros regiões de saúde – articular, rearticular, fortalecer a articulação do conjunto de protagonistas das propostas de desenvolvimento de pessoas – trabalhadores do SUS – na macro / micro região, apoiando a implantação dos novos processos de trabalho e socializando a interpretação do Plano Estadual de EP e da nova Portaria 1996. Encaminhamentos que devem anteceder esses eventos – planejamento regional; formação de grupo tarefa específico; socialização da Portaria e do plano Estadual na macro / micro região – reuniões no âmbito das DRS.

Recurso financeiro a ser acessado quando o público alvo é interno (colaboradores da SES central / regional / hospitais) – quando a proposta for ampliada para a região envolver recursos da CIES; ao contrário recurso hora aula.

✍ Os valores pactuados para dimensionamento dos custos das propostas / projetos apresentados seguem abaixo:

- Valor indicativo de hora aula / CIES – R\$ 80,00 (em não sendo recurso hora aula para pagamento de servidor público).
- Valor de hora planejamento / CIES – 10% do valor total a partir da carga horária mínima de 80 horas (valor total a ser dividido entre todos que participarem do planejamento).
- Coordenação – 10% do valor total idem acima.
- Café / Lanche - até R\$ 7,00 / dia por participante.
- Não está prevista a aquisição de material permanente.
- Quando de projetos / propostas apresentadas para execução com recurso hora aula os valores a serem observados são: valor hora aula R\$30,90 (quando o docente for servidor público e o público alvo de nível superior); em sendo o público alvo de nível médio o valor é de R\$18,55 - em sendo o professor convidado e sem vínculo com o serviço público o valor hora aula é de no máximo R\$90,00.

As propostas / projetos executadas com recurso hora aula não podem agregar custos de outra natureza.

Os processos devem ser encaminhados pelos respectivos DRS, por meio de seus Centros de Qualificação e Desenvolvimento para o SUS.

✍ A formação técnica, conforme recomendação da Portaria 1996 deverá ser feita pelas Escolas Técnicas do SUS da respectiva área / região – em não sendo deverá haver justificativa consistente, por escrito, dirigida à Comissão Bipartite Ampliada de EP.

- ✍ As Instituições executoras das propostas (Instituições de ensino e outras) devem ter Convênio com a SES/SP – o recurso deverá ser acessado via “Termo Aditivo” e com o respectivo “Plano de Trabalho”.
- ✍ O recurso também pode ser acessado a “fundo municipal” – da mesma forma, deverá ser elaborado Termo Aditivo e respectivo Plano de Trabalho.
- ✍ As propostas / projetos sendo aprovadas nos CGR e, já sendo encaminhadas às CIES com a Instituição executora definida, respectivo Termo Aditivo e Plano de Trabalho (além da ata da reunião do CGR que aprovou a proposta / projeto) terá seu fluxo agilizado, uma vez que já agrega toda a documentação necessária.

REFERENCIAS:

ACIOLI, S. **Novas práticas em saúde:** estratégias e práticas de grupos populares no enfrentamento de questões cotidianas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2000. (Série Estudos em Saúde Coletiva).

ALMEIDA, M. J. **Educação médica e saúde:** possibilidades de mudança. Londrina: UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999.

CAMARGO JR., K. **Biomedicina, saber e ciência:** uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. (Org.) **Saúde Paidéia.** São Paulo: Hucitec, 2003.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. Educação na saúde coletiva. **Divulg. Saúde Debate**, n.23, p.30-56, dez.

Ricas, Janete. **A deficiência e a necessidade: um estudo sobre a formação continuada de pediatras em Minas Gerais.** Tese de doutoramento apresentada ao Departamento de Puericultura e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. USP. 1994.

Davini, M. C. **Prácticas Laborales en los Servicios de Salud:** las Condiciones del Aprendizaje. In Educación Permanente de Personal de Salud. Série Desarrollo de Recursos Humanos N°. 100. Organización Pan-americana de la Salud. EUA. 1994

Maria Alice Clasen Roschke, Maria Cristina Davinie, Jorge Haddad Q.- tradução: Murilo da Cunha Wanzeler - **Educação Permanente e Trabalho em Saúde: um processo em construção.**

Nunes, T. C. M. **Educação Continuada: Uma proposta para a Área de Epidemiologia no SUS.** Informe Epidemiológico do SUS. CENEPI/MS/Brasília. Março/Abril. 1993.

Rovere, M. R. **Gestión Estratégica de la Educación Permanente en Salud in Educación Permanente de Personal de Salud.** Série Desarrollo de Recursos Humanos N° 100. Organización Pan-americana de la Salud. EUA. 1994

Portaria 198 – Ministério da Saúde publicada em Fevereiro de 2004

Portaria 1996 – Ministério da Saúde – publicada em agosto de 2007.

Deliberação CIB 198 / 2007.

**Compete à gestão do Sistema Único de Saúde o ordenamento da formação de recursos humanos da área da saúde, bem como o incremento, na sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico - Constituição Nacional, Artigo 200, Incisos III e IV.*

*** Formação do profissional em saúde, respeitando as diretrizes nacionais aprovadas pelo MEC; deve estar atenta ao acelerado ritmo de evolução do conhecimento, à mudança do processo de trabalho em saúde, às transformações nos aspectos demográficos e epidemiológicos, tendo como perspectiva o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social.*

**MODELO RECOMENDADO PARA ESTRUTURA DE
APRESENTAÇÃO DAS PROPOSTAS / PROJETOS
PLANO ESTADUAL DE EP EM SAÚDE
DELIBERAÇÃO CIB 198 / 2007**

? Apresentação

A construção e apresentação deste modelo de estrutura têm por objetivo facilitar o encadeamento teórico / prático das etapas de trabalho a serem observadas e desenvolvidas desde o processamento das demandas / problemas / nós críticos – até a identificação e proposição das ações / intervenções.

O seu uso é facultativo, cabendo lembrar que em qualquer estrutura de apresentação utilizada é importante explicitar de forma clara o problema, “*como e por quem*” ele foi priorizado e processado em seus determinantes; quais a natureza dos determinantes identificados; quais os resultados esperados com as ações / intervenções propostas; quais os resultados esperados; como esses resultados serão monitorados / avaliados.

A estrutura de apresentação deve sempre facilitar ao máximo possível a compreensão de quem lê, a partir de um “olhar” externo a realidade objeto de priorização, diagnóstico e intervenção.

Todas as contribuições que puderem ser agregadas a esta idéia inicial são bem muito bem vindas e serão socializadas com todos os protagonistas desta construção conjunta e coletiva.

** Material elaborado pela Equipe Técnica do Centro de Formação de RH para o SUS - Dr. Antonio Guilherme de Souza.*

01. Título do Projeto / Proposta

- Claro; sucinto; motivador; identificando o ponto chave do problema.

01- Instituição executora

- Nome da Instituição executora e do responsável pela execução do Projeto (interlocutor na Instituição) – a fim de facilitar qualquer contato / comunicação antes ou durante encaminhamentos / execução.

03. Equipe responsável pelo Projeto / Proposta.

- Listar, em ordem alfabética de nomes, quem participa enquanto representante de segmentos que podem ser: referencia / instância técnica do(s) município(s), do(s) Colegiado(s) de Gestão Regional, da Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES), do DRS etc. Colocar, se possível, e-mail ou telefone de contato.

Essa identificação é importante porque vai permitindo o conhecimento mútuo das regiões em relação aos protagonistas da política de EP em saúde local, regional e macro regional.

04. Introdução

Esta etapa corresponde à apresentação do problema e do cenário onde está inserido; do processo desenvolvido para sua identificação, priorização, incluindo a pactuação de propostas de ação e de responsabilidades.

- Deve conter a contextualização do problema na realidade local / micro regional / macro regional.
- O processo de discussão / pactuação / responsabilização desenvolvido para abordá-lo na proposta apresentada no Projeto / Proposta.
- Também caracterizar a participação e protagonismo dos sujeitos / instâncias envolvidos.

05. Justificativa

Nesta etapa o primeiro passo é **demonstrar** o porque da necessidade de ações / intervenções estruturadas, isto é, deve responder o porque da necessidade de trabalhar uma dada situação (o problema identificado e já apresentado na

introdução) reportando ou reiterando as conclusões e outros aspectos identificados no processo de diagnóstico e processamento dos “nos” críticos.

É importante reforçar que a proposta pedagógica (nas intervenções / ações propostas) sempre está direcionada a desenvolver nas pessoas ou grupos participantes, a consciência crítica das causas e conseqüências dos problemas de saúde e, ao mesmo tempo, criar condições para atuar no sentido da mudança.

- Deve explicar porque o problema é um **problema**.

Lembre-se: quem mais e melhor sabe das necessidades, das expectativas, das potencialidades e limites de um dado problema / nó crítico / demanda é quem está vivenciando a situação / realidade a ser trabalhada / transformada.

Não se descuide e acabe por tentar definir sozinho - fechado - quais são as prioridades, necessidades, expectativas, possibilidades, limites para enfrentar / entender / intervir em um dado problema / situação.

Você pode até saber, mas, é um “saber” sozinho; não construído a partir de um processo participativo, mobilizador, dialógico, democrático, coletivo.

Possibilite à todos a oportunidade de sentirem-se motivados, envolvidos, participantes – efetivamente protagonistas de um processo de construção conjunta e coletiva.

Você vai descobrir que quanto há participação real de todos os envolvidos, o comprometimento é muito maior - essa regra vale para a identificação, priorização e processamento de qualquer problema.

- Quais foram as ações ou o processo desenvolvido para o levantamento das necessidades e, dessa necessidade específica (o problema a ser trabalhado).
- Deve argumentar, demonstrando os motivos que legitimam o Projeto / Proposta
- A redação da Justificativa deve também conter os dados de caracterização do mesmo em seus diferentes aspectos / “olhares”.
- Deve ser construída de forma sucinta e, em itens, envolvendo todos os aspectos relevantes do problema.

06. Objetivos - (o que esperamos alcançar).

- O que se espera alcançar com a intervenção proposta.
- Expressa o resultado global esperado; a que se propõe o projeto, ao seu término?

Temos dois tipos de objetivos: o geral e os específicos.

06.1 objetivo geral

O **objetivo geral** expressa a decisão, a ação pretendida com a intervenção proposta.

Exemplo de objetivo geral:

Discutir, analisar e intervir no processo de trabalho da USF, potencializando e qualificando o trabalho em equipe.

Os **objetivos específicos** são passos para alcançarmos o objetivo geral; eles indicam o que precisamos fazer para alcançá-lo.

Exemplo de objetivo específico:

As atividades deverão propiciar aos participantes: caracterizar o cenário atual do cotidiano de trabalho da USF; refletir de maneira crítica positiva sobre o processo de trabalho desenvolvido (...).

Redação operacional de objetivos - a redação de objetivos de maneira operacional pode ser facilitada segundo alguns critérios:

- Devem ser redigidos em termos da população alvo, e não em termos de quem pretende intervir para mudar algo.

Em termos da população alvo - **exemplo:** As atividades deverão proporcionar que os funcionários interpretem (...)

Em termos de quem pretende intervir - **Exemplo:** Levar os funcionários a enumerar...

- Deve incluir sempre uma ação que é expressa por um verbo. **Exemplo:** Citar, Ingerir, Mencionar; Identificar.

- A ação deve sempre se referir a algum objeto ou conteúdo. **Exemplo:** Citar. . . (o quê?); ingerir. . . (o quê?); mencionar. . . (o quê?); identificar. . . (o quê?).

Os dois elementos básicos da redação de objetivos de maneira operacional são, portanto, ação e conteúdo.

Exemplo: Os funcionários deverão enumerar (ação) cinco causas da falta de motivação para o trabalho em equipe (conteúdo).

Os verbos utilizados na redação dos objetivos, para indicar a ação ou resultado esperado, podem ser mais ou menos precisos. Não há critério rígido para se estabelecer quais verbos são precisos ou imprecisos.

Na redação de objetivos, principalmente os específicos, devemos utilizar os verbos que indicam com maior precisão a ação esperada; um ou outro objetivo poderá utilizar verbos menos precisos, porém isso não invalida a ação pretendida. O importante é o conjunto das ações.

O seguinte rol de verbos permite uma comparação entre verbos com maior e menor precisão.

Verbos menos precisos - (várias interpretações):

Aprender / Conhecer / Compreender / Appreciar / Pensar / Entender / Valorizar / Tolerar Respeitar / Familiarizar / Desejar / Acreditar / Saber / Avaliar / Desfrutar / Temer Interessar / Motivar / Captar / Orientar / Aumentar / Melhorar / Conscientizar / Estimular Reconhecer / Acertar / Refletir

Verbos mais precisos - (sentido único):

Discutir / Identificar / Relacionar / Construir / Comparar / Traduzir / Integrar / Selecionar Ilustrar / Interpretar / Distinguir / Resumir / Classificar / Ordenar / Aplicar / Enumerar Resolver / Decidir / Localizar / Assinalar / Confeccionar / Escrever / Indicar / Descrever / Elaborar / Encaminhar / Instrumentalizar / Capacitar / Formular / Propor / Intervir / Participar / Socializar / Interpretar / Demonstrar / Apresentar / Analisar / Caracterizar.

06.2 Objetivos específicos

- Devem expressar os passos para alcançar o objetivo geral.
- Aquilo que é preciso fazer para alcançá-lo.

- Devem ser construídos com relação direta ao resultado global esperado e, com os aspectos identificados no problema.

Meta: toda meta deve ter uma especificação, uma materialidade, uma imagem materializada, para que não fique somente no campo do desejo puro, do sonho ou da vontade do dono; toda meta deve ser mensurável e, para tanto, deve ser expressa em números, quantificada para poder ser medida; toda meta deve ser mensurável e, para tanto, deve ser expressa em números, quantificada para poder ser medida; toda meta deve ser alcançável, isto é, a expressão da meta deve ser feita de forma realística considerando as possibilidades dos envolvidos; toda meta deve ser definida dentro de um horizonte temporal, isto é, dentro de um tempo que é estimado visando os resultados que se pretende alcançar.

Quais estratégias foram escolhidas para atingir os objetivos? Isto é, qual o método escolhido para realização do trabalho? Quais atividades são necessárias para colocar em prática a estratégia escolhida?

É importante detalhar ao máximo as atividades porque é daí que virão as informações de quais são os recursos necessários para a realização de cada uma dessas atividades e, poderemos dimensionar custos com mais precisão.

07. Metodologia

- É o detalhamento das etapas que serão necessárias para atingir os objetivos.
- Independente da natureza do problema a ser trabalhando, a metodologia escolhida deverá propiciar que os atores envolvidos sejam efetivamente **sujeitos** do processo e participantes ativos no desenvolvimento das ações.
- É importante que a metodologia seja identificada com clareza, bem como a escolha das técnicas pedagógicas previstas em todas as intervenções.
- A opção pedagógica é única (tradicional, condicionadora, participativa) – as técnicas pedagógicas poderão ser diversificadas, considerando as características da proposta e do grupo.

Identificar com clareza, a escolha das estratégias previstas (Seminários; Cursos; Oficinas; Encontros; reuniões; Rodas de conversa) em todas as ações de intervenção.

08. Público alvo

- Com quem se vai trabalhar (pessoas ou diferentes segmentos envolvidos; atores institucionais ou não).
- Identificar o número de vagas oferecidas, explicitando e justificando os critérios aplicados na definição das categorias a serem contempladas como participantes.

09. Carga horária

- Quanto tempo envolve o Projeto / Proposta
- Detalhar horas de concentração / dispersão; teoria / prática.
- Data indicativa de início e término do Projeto / Proposta.

10. Cronograma de atividades - (em quanto tempo)

A proposta de intervenção planejada será executada em quanto tempo (quantos meses; semanas); com qual carga horária; em que local.

Curto prazo - normalmente definido como inferior a um ano.

Longo prazo - qualquer período para além de cinco anos.

Intermediário - é qualquer período entre este dois, mais de um e menos de cinco anos

- Sequência de desenvolvimento das atividades propostas.
- Representação gráfica, do desenvolvimento seqüencial das ações / atividades, dispostas de forma temporal, com previsão do tempo de execução de cada uma delas.

11. Resultados esperados

- São os resultados que se espera alcançar com a execução do projeto / proposta.
- Engloba, no nível do projeto, uma estimativa de como seria a situação após o problema ter sido trabalhado.

- O que se espera como produto final, considerando o processo; os resultados e o impacto com a realização do projeto / proposta.

12. Avaliação - (resolvemos ou atenuamos o problema)

- Avaliação é o processo de análise e interpretação sistemática e objetiva da relevância, eficiência, efetividade, impacto e sustentabilidade do Projeto, à luz de seus objetivos.
- Descrever os critérios estabelecidos e os instrumentos que serão utilizados na avaliação dos resultados (questionário, formulário, demonstração, roteiro de observação, reuniões, entrevistas, relatórios, etc.).
- São os indicadores, medidas operacionais para realização de uma atividade.
- Permitem medir o grau de alcance do resultado do Projeto.
- A avaliação pode ser:

De processo - no decorrer da própria vivência dos participantes.

De resultados - o que acrescentou, o produto criado.

De impacto - o quanto e como alterou o problema.

- Explicar quais instrumentos serão utilizados nos diferentes tipos de avaliação.

13. Recursos - (o que preciso).

- O que é preciso para o desenvolvimento / operacionalização do Projeto.

Recursos humanos - citar os profissionais que estarão envolvidos na intervenção.

Recursos didáticos - Apostilas, manuais, normas técnicas, etc.

Material de consumo - listar todo material necessário: pincel atômico, giz, cartolina, cola, tesoura, papel sulfite, fita crepe, papel pardo, pintura a dedo, etc.

Recursos audiovisuais - Fita de vídeo, slides, álbum seriado, pranchas e outros instrumentos didáticos artesanais.

14. Orçamento

- Descrever, especificando o dimensionamento de custos da proposta / Projeto (material de consumo; hora aula; hora planejamento; hora coordenação etc.).