

Abril de 2022
Versão 2.0

PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO ELETRÔNICO
DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

DIRETORIA DE PROMOÇÃO À SAÚDE
SUPEREINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

INSTRUTIVO

EDUCAÇÃO PERMANENTE



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE POLÍTICAS E AÇÕES DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Instrutivo para o preenchimento do formulário eletrônico de Educação Permanente em Promoção da Saúde – SES/MG.

GOVERNADOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Romeu Zema Neto

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
Fábio Baccheretti Vitor

SECRETÁRIO ADJUNTO DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
André Luiz Moreira dos Anjos

CHEFIA DE GABINETE
Luiza Hermeto Coutinho Campos

SUBSECRETÁRIO DE POLÍTICAS E AÇÕES DE SAÚDE
Naila Marcela Nery Ferrari

SUPERINTENDENTE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
Camila Helen de Almeida Silva Oliveira

DIRETOR DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
Barbara Kelly Leão

DIRETORA DE PROMOÇÃO À SAÚDE
Daniela Souzalima Campos

COORDENADORA DE AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E CONTROLE DO TABAGISMO
Nayara Resende Pena



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE POLÍTICAS E AÇÕES DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

COORDENADORA DE PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, ADEQUADA,
SUSTENTÁVEL E ATIVIDADE FÍSICA

Carolina Guimarães Marra Nascimento

COORDENADORA DE SAÚDE INDÍGENA E POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM
SAÚDE

Luísa Azeredo Silveira

ELABORAÇÃO

Bárbara Quintela Zanette Reis

Brenda Dutra da Silva (Acadêmica)

Conceição Aparecida Moreira

Cristiane Tomás Pinto

Fernanda Gonçalves de Souza (Acadêmica)

Isabella Rocha de Oliveira (Acadêmica)

Joseane Mariluz Martins de Carvalho

Nathalia Ribeiro Mota Beltrão

Rosa Maria dos Santos

Vanessa Vidal de Castro



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. INFORMAÇÕES INICIAIS.....	5
3. CAMPOS DE INFORMAÇÕES SOBRE DADOS INSTITUCIONAIS.....	6
3.1 GRUPO “PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DESTES RELATÓRIOS.....	6
3.2 GRUPO “INFORMAÇÕES SOBRE O(S) MUNICÍPIO(S)”.....	7
4. CAMPOS DE INFORMAÇÕES SOBRE A AÇÃO REALIZADA:.....	7
4.1 GRUPO “PERÍODO DE REALIZAÇÃO”	7
4.2 GRUPO “INFORMAÇÕES SOBRE O PÚBLICO PARTICIPANTE PROFISSIONAIS).....	8
4.3 GRUPO “INFORMAÇÕES SOBRE A AÇÃO DESENVOLVIDA”	9
4.4 GRUPO “PARCERIAS REALIZADAS”	11
4.5 GRUPO “INFORMAÇÕES ADICIONAIS”	11
5. INFORMAÇÕES DE ENVIO.....	12
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	13



1. INTRODUÇÃO

CONTEXTUALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

No intuito de melhorar a visibilidade das ações de promoção da saúde, desenvolvidas no território, a Diretoria de Promoção à Saúde (DPS) construiu o Instrutivo de **Educação Permanente em Promoção à Saúde de Minas Gerais**, com a finalidade de incentivar o preenchimento pelas regionais de saúde nas capacitações em promoção da saúde desenvolvidas junto aos municípios.

Desta forma, convidamos todas as regionais a registrarem as ações de educação permanente de promoção da saúde desenvolvidas, por meio do formulário eletrônico: Educação Permanente. Podendo ser acessado pelo link:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdoXSAuhOCxKz28ap6bqvPRsqIGvYc_vjCKsYzYiOP3kf5eUA/viewform

O anexo de fotos e/ou vídeos das ações desenvolvidas, **não é obrigatório**, porém caso haja registro é importante anexar o **Termo de Autorização para o Uso de Imagem**. Para apoiar e orientar as regionais em relação ao preenchimento do formulário mencionado, elaboramos o instrutivo, abaixo.

2. INFORMAÇÕES INICIAIS

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM PROMOÇÃO À SAÚDE DE MINAS GERAIS tem a finalidade de manter atualizado o registro das qualificações realizadas aos municípios de Minas Gerais pelas regionais de saúde, conforme pactuado na POEPS e **não substitui o registro das atividades nos sistemas oficiais da Atenção Primária à Saúde**.

Todos os campos que apresentarem * são de preenchimento obrigatório, ou seja, não é possível gravar o formulário caso haja algum campo obrigatório sem preenchimento.

É extremamente importante que a Unidade Regional de Saúde se atente ao preenchimento correto dos campos a fim de não causar prejuízo no registro das ações realizadas.



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE POLÍTICAS E AÇÕES DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

3. CAMPOS DE INFORMAÇÕES SOBRE DADOS INSTITUCIONAIS:

3.1 GRUPO “PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DESTE RELATÓRIO”

Neste grupo devem ser inseridos nome, telefone e e-mail do profissional responsável pelo preenchimento deste formulário, conforme imagem abaixo.

E-mail *

Seu e-mail **Preencha com o e-mail do responsável**

CRONOGRAMA DE ENVIO:

Capacitações realizadas - 1º BIMESTRE - 2022 (01 de Janeiro à 28 de Fevereiro de 2022)

Prazo de Envio de 10/05:

Capacitações realizadas - 2º BIMESTRE - 2022 (01 de Março à 30 de Abril de 2022)

Prazo de Envio de 10/07:

Capacitações realizadas - 3º BIMESTRE - 2022 (01 de Maio à 30 de Junho de 2022)

Prazo de Envio de 06/09:

Capacitações realizadas - 4º BIMESTRE - 2022 (01 de Julho à 31 de Agosto de 2022)

Prazo de Envio de 10/11:

Capacitações realizadas - 5º BIMESTRE - 2022 (01 de Setembro à 31 de Outubro de 2022)

Prazo de Envio de 10/01:

Capacitações realizadas - 6º BIMESTRE - 2022 (01 de Novembro à 31 de Dezembro de 2022)

OBSERVAÇÃO: O formulário estará aberto para registro posterior, caso seja necessário.

O preenchimento do formulário leva, aproximadamente, 10 minutos.

Profissional responsável pelo preenchimento deste relatório

Insira os dados do profissional responsável pelo preenchimento deste formulário

Nome: *

Ex: Sicrano Fulano de Beltrano.

Sua resposta **Preencha com o nome do responsável**

Telefone: *

Ex: DDD - Número do Telefone, ou seja, (XX) 0000-0000.

Sua resposta **Preencha com o telefone do responsável**



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE POLÍTICAS E AÇÕES DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

3.2 GRUPO “INFORMAÇÕES SOBRE O(S) MUNICÍPIO(S)”

Neste grupo deve ser selecionado a Unidade Regional de Saúde responsável pela capacitação e clicar em “Próxima” para selecionar o nome dos municípios participantes.

Informações sobre o(s) município(s)

Selecione a Unidade Regional de Saúde e clique em "Avançar/Próxima".

Selecione a Unidade Regional de Saúde: *

Escolher ▼

Selecione a Unidade Regional de Saúde

4. CAMPOS DE INFORMAÇÕES SOBRE A AÇÃO REALIZADA:

4.1 GRUPO “PERÍODO DE REALIZAÇÃO”

Neste grupo é necessário selecionar a data de início e término da ação realizada, além de informar o período e o local de realização da capacitação, conforme imagem abaixo.



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE POLÍTICAS E AÇÕES DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Informações sobre a ação desenvolvida

Data de início: *

Data

dd/mm/aaaa ☐

Preencha com a data de início da capacitação

Data de término: *

Data

dd/mm/aaaa ☐

Preencha com a data de término da capacitação

Selecione o período de realização da Capacitação (Bimestral): *

Escolher ▼

Selecione o período de realização da capacitação

Local de realização da ação: *

Sua resposta

Preencha com o local de realização da capacitação

4.2 GRUPO “INFORMAÇÕES SOBRE O PÚBLICO PARTICIPANTE (PROFISSIONAIS)”

Neste grupo é necessário preencher o número de profissionais que receberam a capacitação e selecionar a(s) categoria(s) profissional(is), conforme imagem abaixo.



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE POLÍTICAS E AÇÕES DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Informações sobre o público participante (profissionais)

Número de profissionais capacitados na ação: *

Sua resposta **Preencha o número de profissionais capacitados**

Selecione a(s) categoria(s) profissional(is) que participaram da ação: *

☐ Médico

☐ Enfermeiro

☐ Farmacêutico

☐ Nutricionista

☐ Fisioterapeuta

☐ Agente Comunitário de Saúde

☐ Dentista

☐ Educador Físico

☐ Psicólogo

☐ Terapeuta Ocupacional

☐ Fonoaudiólogo

☐ Profissionais da gestão (coordenador, gestor e/ou referência de promoção)

☐ Outro: _____

Selecione a(s) categoria(s) profissional(is) que participaram da capacitação.

4.3 GRUPO “INFORMAÇÕES SOBRE A AÇÃO DESENVOLVIDA”

Neste grupo é necessário preencher o nome da ação, órgão responsável pela ação e a quantidade aproximada de pessoas que participaram da ação desenvolvida. Além de selecionar o local de realização, tema abordado, promoção da equidade em saúde, público-alvo e se contou com a participação de população(ões) em vulnerabilidade social, conforme imagem abaixo.



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE POLÍTICAS E AÇÕES DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Informações sobre a ação desenvolvida

Inserir as informações em relação a qualificação realizada.

Qualificação realizada: *

- ☐ Formação de profissionais
- ☐ Atualização de profissionais
- ☐ Reunião técnica de coordenadores

Temática(s) abordada(s) *

Selecione a(s) temática(s) abordada(s)

- ☐ Crescer saudável
- ☐ Estratégia Alimentar e Alimentar (EAAB)
- ☐ NutriSUS
- ☐ Promoção da Alimentação Adequada e Saudável
- ☐ Política Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA)
- ☐ Política Nacional de Suplementação de Ferro (PNPF)
- ☐ Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)
- ☐ Programa Academia da Saúde
- ☐ Promoção de ações de práticas corporais e/ou atividades físicas
- ☐ Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT)
- ☐ Programa Bolsa Família (PBF)
- ☐ Programa Saúde na Escola (PSE)
- ☐ Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)
- ☐ Promoção da Cultura da Paz e dos Direitos Humanos
- ☐ Formação e Educação Permanente e Educação Popular em Saúde
- ☐ Promoção da Saúde do Trabalhador
- ☐ Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI)
- ☐ Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS)
- ☐ Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
- ☐ Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)
- ☐ Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani
- ☐ Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
- ☐ Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCA)
- ☐ Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais – LGBT
- ☐ Plano Nacional para a População em Situação de Rua

Descrição da qualificação desenvolvida: *

Descreva detalhadamente a qualificação desenvolvida. Esta descrição deverá conter o planejamento, mobilização dos profissionais em saúde até os resultados obtidos no dia de intervenção, bem como a metodologia utilizada.

Sua resposta



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE POLÍTICAS E AÇÕES DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

4.4 GRUPO “PARCERIAS REALIZADAS”

Este grupo visa conhecer as parcerias realizadas para o desenvolvimento das ações nos municípios, é necessário selecionar o tipo de parceria realizada (inter e/ou intrasetorial) e com qual setor a parceria foi desenvolvida, conforme imagem abaixo.

Parcerias realizadas

Insira as informações sobre as parcerias realizadas para execução da ação.

Houve Parceria(s) intersetorial(is): *

☐ Não

☐ Educação

☐ Assistência Social

☐ Cultura

☐ Esporte

☐ Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional

☐ Banco de Alimentos

☐ Representantes da sociedade civil organizada

☐ Controle social

☐ Outro: _____

Houve Parceria(s) intrasetorial(is): *

☐ Não

☐ Atenção Especializada (Saúde Mental, Pessoa com Deficiência, Saúde Bucal, etc...)

☐ Comunicação social

☐ Vigilância em Saúde (DANT, Imunização, Dengue, etc...)

☐ Outro: _____

Selecione “Sim”, se a ação contou com o apoio por meio de parceria(s) intersetorial(is). Caso contrário, selecione “Não”.

Selecione “Sim”, se a ação contou com o apoio por meio de parceria(s) intrasetorial(is). Caso contrário, selecione “Não”.

4.5 GRUPO “INFORMAÇÕES ADICIONAIS”

Neste grupo é primordial para o gerenciamento da ação anexar a Lista de Presença, conforme imagem abaixo.



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE POLÍTICAS E AÇÕES DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Os registros de fotos e vídeos, **não é obrigatório**, caso seja inserido, será necessário anexar em um único arquivo, “**Apresentação do Power Point**”, e obrigatório incluir o **Termo de Autorização de Uso de Imagem** no mesmo documento.

Informações Adicionais

Anexar lista de presença: *

Adicionar arquivo

Registros (fotos e vídeos) da ação de Educação Permanente (Não é obrigatório)

Para anexar fotos, vídeos e links, deverá ser utilizado o formato "Apresentação do Power Point" em um único documento, reunindo todo o material a ser anexado. Caso tenha registro, é obrigatório incluir o TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM no mesmo documento (Power Point).

Adicionar arquivo

5. INFORMAÇÕES DE ENVIO

Ao final do preenchimento, é necessário clicar em:

Enviar

Após confirmado a gravação dos dados, surgirá na tela a mensagem “Uma cópia das suas respostas será enviada para o endereço de e-mail fornecido” (imagem abaixo).

Em caso de dúvidas, entre em contato com a Diretoria de Promoção à Saúde, através do e-mail promocaoasaude@saude.mg.gov.br.

Uma cópia das suas respostas será enviada para o endereço de e-mail fornecido

Voltar

Enviar

Página 35 de 35

Limpar formulário



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE POLÍTICAS E AÇÕES DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

É importante que a regional confira o recebimento do e-mail com a cópia das respostas, gerado ao final da gravação do preenchimento, uma vez que esta é a forma que comprova que a inserção do formulário ocorreu corretamente. Bem como auxilia, caso necessário, na solicitação de exclusão ou na edição do formulário preenchido.

Caso a regional deseje alterar qualquer informação inserida, é necessário encaminhar a cópia das respostas enviadas para o e-mail da Diretoria de Promoção à Saúde (promocaoasaude@saude.mg.gov.br).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é um instrumento fundamental para impulsionar a construção e subsidiar espaços de aprendizagem, em que os atores são protagonistas trazendo suas experiências, os problemas encontrados nos processos de trabalho na área da saúde, apresentando as verdadeiras necessidades de saúde do território (população), possibilitando o diálogo coletivo com profissionais de diversas áreas do conhecimento colaborando para a construção de saberes coletivos. Além de viabilizar a produção de novos pactos e novos acordos coletivos de trabalho no SUS, tendo como foco os processos de trabalho, no nível da formação, atenção, gestão e controle social, nas equipes de saúde, operando no nível coletivo para a viabilização das problematizações e reconhecimento das necessidades de mudança considerando as demandas que emergem de cada localidade.