

Comissão de Integração Ensino-Serviço – CIES do Alto Vale do Rio do Peixe

**PLANO DE AÇÃO REGIONAL DE
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – PAREPS
REGIÃO DO ALTO VALE DO RIO DO PEIXE**

2012 - 2015

Videira – SC
Set/2012



Equipe Responsável pela Revisão/Atualização do PAREPS – 2012

ANA PAULA RODRIGUES ALVES PALMERA – CIES Videira

ANA PAULA FRIGERI – UNIARP Caçador

BRUNA PEREIRA DOLBERTH – CIES Calmon

DANIELA CARDOSO DIAS BECKER – CIES AMURC Curitibanos

ELISABETH A. FRANÇA DACOL – ARTICULADORA CIES AMURC/AMARP

MARJURI PAULA SGARBOSSA – CIES Caçador

SALIMARA CLAIR MOLIM – ARTICULADORA CIES AMARP

Videira – SC
Set/2012

SUMÁRIO

Apresentação	04
1. Introdução	06
2. Objetivos	08
3. Caracterização da Região de Saúde	09
3.1. Indicadores de Saúde	13
3.2. Caracterização da Atenção Básica	19
3.3. Caracterização da Média e Alta Complexidade	21
3.4. Caracterização da Saúde Mental	26
4. Diagnóstico das Necessidades de Formação em Saúde	32
5. Problemas Prioritários Relacionados à Educação Permanente em Saúde	34
6. Necessidades de Ações de Educação Permanente em Saúde	37
7. Processo de Avaliação do Plano Regional	38
8. Recursos Orçamentários	39
9. Considerações Finais	40
10. Referências	41

APRESENTAÇÃO

O Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), organizado e formatado pela Comissão Intergestores Regionais – CIR e Comissão de Integração Ensino-Serviço – CIES do Alto Vale do Rio do Peixe, é um documento em conformidade com a Portaria GM/MS nº. 1.996, de 20 de agosto de 2007.

A elaboração do PAREPS foi feita a partir das discussões da Comissão Integração Ensino Serviço/CIES, Comissão Intergestores Regionais – CIR, Oficinas Municipais para identificação dos problemas de saúde e a necessidade de formação em saúde. A sua revisão e atualização contou com a participação de membros da CIES do Alto Vale do Rio do Peixe, representando os municípios que compõem a AMARP.

Atualmente há um fortalecimento na Atenção Primária, considerando que ela é o centro de todo o procedimento de Atenção à Saúde. No entanto, a visão estratégica com esse foco não se tornará realidade se não for considerado a capacitação dos profissionais.

A visão estratégica com foco na Atenção Primária não se tornará realidade se a educação permanente não for entendida como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das pessoas e das organizações, destacando que essa aprendizagem dos profissionais deve ser feita a partir dos problemas enfrentados na realidade local, levando em consideração os conhecimentos e experiências previamente adquiridos. A qualificação profissional deve ser entendida como um fator decisivo na efetivação de políticas de saúde que permitam o fortalecimento e a melhoria de respostas da saúde visando atender as demandas da população.

O PAREPS tem como objetivo estratégico a formação e qualificação dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde - SUS, seu público alvo prioritário. Esta formação e qualificação devem estar voltadas para o aprimoramento do Sistema em todas as suas dimensões, contribuindo desta forma para a resolução dos problemas de saúde da

população. Portanto, o aperfeiçoamento da gestão, da participação social, da assistência e da vigilância a saúde perpassam todo o plano.

1. INTRODUÇÃO

A Portaria GM/MS Nº. 1.996, de 20 de agosto de 2007, define Educação Permanente como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, propondo que os processos de capacitação dos trabalhadores de saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e do controle social em saúde, intencionando a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

As ações de Educação na Saúde, com a publicação desta portaria, passam a compor o Pacto de Gestão, do Pacto pela Saúde. Isso coloca a responsabilidade pelas ações de educação na Saúde na agenda da gestão do SUS, como atividade que pode e deve contribuir para o desenvolvimento, para a qualificação profissional dos trabalhadores da área e para a mudança das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS.

A construção do PAREPS partiu das necessidades dos municípios a partir dos problemas locais, ou seja, aqueles que possuem enfoque nos problemas cotidianos das práticas das equipes de saúde.

O PAREPS considerou as especificidades regionais, devendo buscar a superação das desigualdades na região, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade instalada de oferta institucional de ações de educação na saúde.

3. OBJETIVOS

- Promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito regional;
- Priorizar os programas/projetos/atividades de preparação de gestores públicos, conselheiros, profissionais de saúde;
- Contribuir para o empoderamento dos usuários como sujeito da ação na resolução de seus problemas de saúde;
- Efetivar os projetos de execução e acompanhamento do processo de capacitação permanente de gestores, equipes técnicas e demais profissionais da área das instituições de saúde sobre gerenciamento, humanização e capacitações técnicas com avaliação de resultados;
- Sensibilizar a gestão quanto à responsabilidade no processo de formação para a adequação do perfil profissional às necessidades do Sistema Único de Saúde;
- Responsabilizar gestores e equipes de serviços pelo cumprimento de seu papel de facilitadores na viabilização das experiências de aprendizagem em seus respectivos cenários de prática;
- Priorizar a realização do diagnóstico das demandas regionais para definição da política de educação permanente;
- Apoiar os processos formativos que contemplem as necessidades regionais;
- Avaliar as estratégias de mudança na formação, na atenção à saúde, na gestão e no controle social;

- Contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde e a organização das ações e dos serviços de saúde a partir da qualificação dos trabalhadores de saúde;
- Proporcionar espaços para a troca de experiências técnico-administrativas e profissionais visando aprimorar a gestão do SUS no âmbito da 9ª (Videira), 10ª (Caçador) e 11ª (Curitibanos) Secretarias de Desenvolvimento Regional/Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe;
- Possibilitar espaços para a disseminação do conhecimento referente aos instrumentos de gestão, visando o acompanhamento e avaliação das ações de gestão nos diversos programas e projetos desenvolvidos em cada município;
- Capacitar gestores para organização da demanda regional.

3. CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DE SAÚDE

A Região de Saúde de Videira é composta por **20 (vinte)** municípios e 03 (três) Secretarias de Desenvolvimento Regional, conforme descrito abaixo, com uma população de referência de **271.305 habitantes**.

Município	População 2010	Nº SDR	Município de Referência
1- Arroio Trinta	3.502	9	
2- Fraiburgo	34.553	9	
3- Ibian	1.945	9	
4- Iomerê	2.739	9	
5- Pinheiro Preto	3.147	9	
6- Salto Veloso	4.301	9	
7- Tangará	8.674	9	
8- Videira	44.188	9	X
9- Caçador	70.762	10	X
10- Calmon	3.387	10	
11- Lebon Régis	11.838	10	
12- Macieira	1.826	10	
13- Matos Costa	2.839	10	
14- Rio das Antas	6.143	10	
15- Timbó Grande	7.167	10	
16- Curitibanos	37.748	11	X
17- Frei Rogério	2.474	11	
18- Ponte Alta do Norte	3.303	11	
19- Santa Cecília	15.757	11	
20- São Cristóvão do Sul	5.012	11	

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Disponível em: www.saude.sc.gov.br

Para Compor uma Região de Saúde, o Plano Diretor de Regionalização/SES/2008, definiu os seguintes critérios:

Critério de Assistência Ambulatorial

Possuir pelo menos produção em seis grupos de procedimentos do bloco classificado pela PPI como de média complexidade, sendo **obrigatórios**, e alguns grupos de diagnósticos (Patologia Clínica, Radiodiagnóstico e Ultra-som), além da consulta médica especializada e dos procedimentos de odontologia.

Consulta Médica Especializada

Quanto ao critério oferta de consultas de especialidade, estabelecido para a definição da região de saúde, pode-se melhorar a análise deste item avaliando o tipo de consultas ofertadas;

Para o estudo dos “vazios de oferta” será pontuada a necessidade de traçar estratégias de curto prazo para que em todas as regiões de saúde sejam ofertadas, no mínimo, consultas de ortopedia, cardiologia e oftalmologia ou ofertar consultas em, no mínimo (três) especialidades;

Possuir referência pactuada pela PPI para serviços de média complexidade para pelo menos 02 (dois) municípios contíguos, excetuando casos de menor distância, em que aceitará que algum município referencie para outra região de saúde;

Possuir um serviço do Centro de Especialidades Odontológicas – CEO e que faça referência para no mínimo dois município circunvizinhos conforme parâmetros populacionais de cobertura específicos;

Os municípios que possuam hospitais deverão realizar as quatro clínicas básicas conforme o parâmetro de produção da Portaria GM/MS nº. 1.101 de 12 de junho de 2002, ou 70% da média de produção do Estado;

Respeitar na definição dos limites geográficos da região de saúde, sempre que possível, a configuração definida pela reforma administrativa Lei Complementar nº. 381, de 07 de maio de 2007;

Ser referência para uma população mínima de, pelo menos, 100.000 habitantes em serviços de média complexidade – MC.

Critério de Assistência Hospitalar

Para a configuração de uma região de saúde é necessário ter uma Unidade Hospitalar que realize no mínimo as 04 clínicas básicas (Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Obstétrica e Pediátrica) e tenha urgência e emergência própria ou referenciada, com a garantia de assistência 24 horas.

Para ser considerado que a Unidade Hospitalar realiza as 04 clínicas básicas é necessário que o percentual de produção seja no mínimo 70% do parâmetro do estado. Quando o município tiver mais de uma unidade, a avaliação será conjunta de todas as unidades;

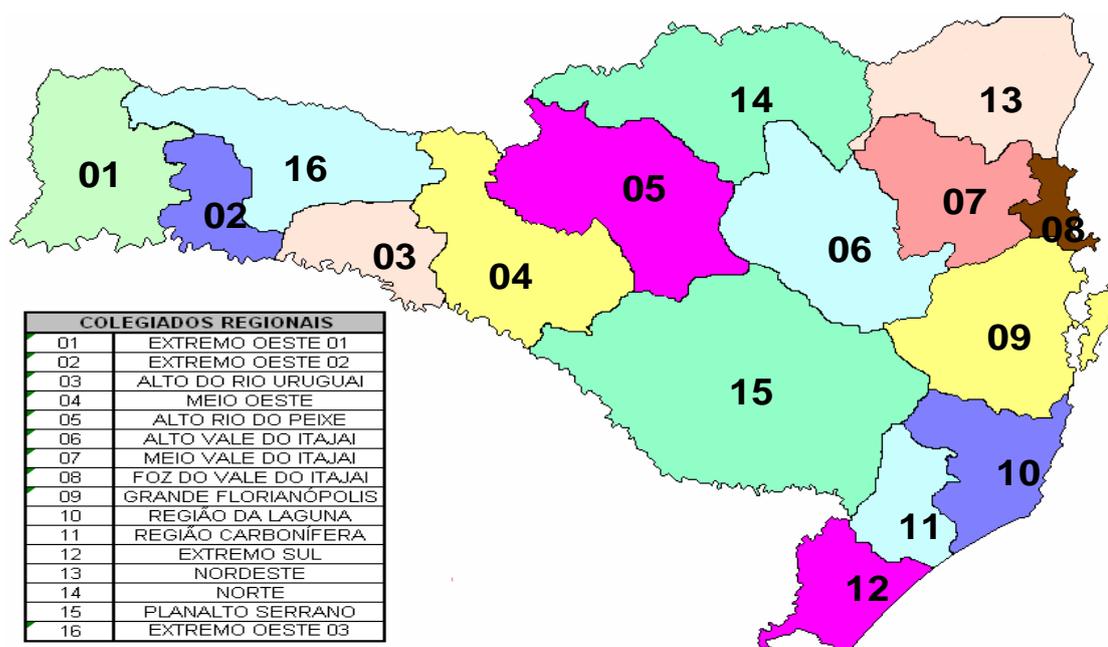
As Unidades Hospitalares que apresentarem até 02 (dois) pontos percentuais abaixo do parâmetro de 70% e tiver uma produção de no mínimo 15 (quinze) procedimentos/mês serão pontuadas;

Quando o percentual for abaixo, porém a produção acima de 15 (quinze) internações/mês, será considerado também, pois apresenta potencial de internação;

As Unidades Hospitalares que o percentual de internação na clínica médica for abaixo do parâmetro serão pontuadas considerando que realize no mínimo 15 (quinze) internações/mês.

COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAIS

O Mapa abaixo apresenta a organização das Comissões Intergestores Regionais e das Comissões de Integração Ensino-Serviço no Estado de Santa Catarina, sendo que o CIR/CIES da Região do Alto Vale do Rio do Peixe pertence à Macrorregião de Saúde do Meio Oeste.



Relação dos municípios que compõem a Comissão Intergestores Regional da Região de Saúde de Videira.

<p>05 - MACRORREGIÃO MEIO OESTE</p> <p>CIR Alto do Rio do Peixe</p>	<p>INTRAESTADUAL</p>	<p>Arroio Trinta, Caçador, Calmon, Curitibanos, Fraiburgo, Frei Rogério, Ibiam, Iomerê, Lebon Régis, Macieira, Pinheiro Preto, Ponte Alta do Norte, Rio das Antas, Salto Veloso, Santa Cecília, São Cristóvão do Sul, Timbó Grande, Videira e Matos Costa e Tangará.</p>
---	-----------------------------	---

3.1. INDICADORES DE SAÚDE

A análise feita a seguir, através dos indicadores da atenção básica, inclui os 20 municípios pertencentes a três SDR: 9ª SDR , 10ª SDR e 11ª SDR , ou seja a região de Saúde de Videira. Os dados foram coletados no Sistema Informação em Saúde do MS (disponível em: www.saude.sc.gov.br).

Município	População Residente
1- Arroio Trinta	3.502
2- Caçador	70.762
3- Calmon	3.387
4- Curitibanos	37.748
5- Fraiburgo	34.553
6- Frei Rogério	2.474
7- Ibiam	1.945
8- Iomerê	2.739
9- Lebon Régis	11.838
10- Macieira	1.826
11- Matos Costa	2.839
12- Pinheiro Preto	3.147
13- Ponte Alta do Norte	3.303
14- Rio das Antas	6.143
15- Salto Veloso	4.301
16- Santa Cecília	15.757
17- São Cristóvão do Sul	5.012
18- Tangará	8.674
19- Timbó grande	7.167
20- Videira	44.188
Total	271.305

Fonte- 2010: IBGE – Estimativas – População e Desenvolvimento, Coordenação de População e Indicadores Sociais.

A população residente na região, segundo estimativas do IBGE é de 269.360. Pode-se observar pelo quadro acima que os municípios na sua maioria são de pequeno porte com **10 municípios** com menos que 5.000 habitantes, 04 com mais de 5.000 habitantes e 06 com população acima de 10.000 habitantes.

MORTALIDADE INFANTIL

Óbito <1 ano por Ano do Óbito segundo Causas Capítulos
Região Residência: Videira
Período: 2007-2011

Causas Capítulos	2007	2008	2009	2010	2011
Total	73	78	51	55	63
Alg dças infecciosas e parasitárias	2	4	8	1	0
Neoplasias (tumores)	0	0	1	0	0
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1	0	2	1	1
Doenças do sistema nervoso	1	0	1	2	1
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	0	1
Doenças do aparelho circulatório	2	1	0	0	2
Doenças do aparelho respiratório	3	3	1	2	1
Doenças do aparelho digestivo	0	2	0	0	0
Algumas afec originadas no período perinatal	40	49	21	27	34
Anomalias congênitas	5	7	11	15	10
Mal Definidas	15	10	3	5	10
Causas externas	4	2	3	2	3

Fonte: www.saude.sc.gov.br

O Coeficiente de Mortalidade Infantil – CMI é considerado um dos mais eficientes sensores do desenvolvimento social e econômico de uma população. Expressa o risco de um nascido vivo morrer antes de completar um ano de idade e é calculado dividindo-se o número de óbitos de menores de um ano pelo número de nascidos vivos de uma determinada área e lugar. O resultado é multiplicado por 1.000. Para as cidades menores de 100.000 hab. usam-se números absolutos.

No período analisado, a **Taxa de Mortalidade Infantil** na região se apresentou os números a seguir:

Ano	Taxa
2007	17,10%
2008	17,37%
2009	11,85%
2010	13,13%
2011	15,12%

No período analisado, o ano 2009 apresentou a taxa de mortalidade infantil mais baixa, 11,85%. Os anos 2007 e 2008 tiveram as piores taxas, porém, 2010 e 2011, em relação a 2009, apresentaram acréscimo na taxa de mortalidade infantil.

Considerando o início e o fim do período analisado, o saldo foi positivo. Sendo que, diversos fatores podem ter contribuído para esses resultados, dentre eles as intervenções ligadas ao setor saúde no combate às doenças infecciosas, como diarreias e pneumonia, das doenças imunopreveníveis e desnutrição, resultando em redução da mortalidade no período pós-neonatal. Intervenções ligadas à melhoria da qualidade da assistência ao parto e pré-natal, tem resultado em redução da mortalidade infantil.

MORTALIDADE MATERNA

Óbito por Município Residência- Região de Residência: Videira Período: 2007-2011

Município Residência	Óbito
Caçador	1
Curitibanos	2
Fraiburgo	3
Lebon Régis	1
Timbó Grande	1
Videira	1
Total	9

MORTALIDADE GERAL

Óbito Segundo Causas Capítulos Período:2007-2011

Causas-Capítulos CID10	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	39	46	64	63	66	278
Neoplasias (tumores)	209	210	246	262	302	1229
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	14	10	11	6	5	46
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	64	83	71	71	94	383
Transtornos mentais e comportamentais	12	5	7	7	18	49
Doenças do sistema nervoso	21	16	32	28	36	133
Doenças do olho e anexos	0	0	0	1	0	1
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	0	1	1
Doenças do aparelho circulatório	320	312	362	353	375	1722
Doenças do aparelho respiratório	153	149	200	188	214	904
Doenças do aparelho digestivo	64	68	75	92	81	380
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3	2	3	4	6	18
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	7	2	11	1	7	28
Doenças do aparelho geniturinário	33	21	23	28	39	144
Gravidez parto e puerpério	2	1	1	1	2	7
Algumas afec originadas no período perinatal	41	49	21	28	34	173
Malformações congênitas e anomalias cromossômicas	6	10	15	20	16	67
Mal Definidas	250	242	240	222	166	1120
Causas externas (acidentes,homicídios e suicídios)	199	174	188	176	177	914
Total	1437	1400	1570	1551	1639	7597

Fonte: www.saude.sc.gov.br

As doenças do aparelho circulatório representam um problema na região, sendo a primeira causa de mortes. Isso evidencia a necessidade de se intensificar e investir em

ações de promoção de saúde, de caráter educativo, que enfatizem a necessidade de maior controle da pressão arterial, da obesidade, da prática de exercícios físicos e da adoção de hábitos alimentares mais saudáveis.

As neoplasias aparecem como a segunda causa de mortes na região. Excluídas as causas mal definidas, os óbitos por causas externas, representam a terceira causa de mortes na região, o que evidencia a exposição da população aos vários tipos de acidente.

O grande número de causas mal definidas evidenciam problemas de registros nas Certidões de Óbitos e/ou na alimentação do Sistema de Informações de Mortalidade – SIM.

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) foi criado pelo Ministério da Saúde em 1975 para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no país. Com base nessas informações é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área. Este sistema, portanto oferece aos gestores de saúde informações de maior relevância para a definição de prioridades nos programas de prevenção e controle de doenças.

NATALIDADE

Nascidos Vivos segundo Ano do Nascimento
Região Residência: Videira
Período: 2007-2010

Ano	Nascidos Vivos
2007	4.267
2008	4.448
2009	4.301
2010	4.186
2011	4.164

Considerando o período analisado, o número de nascimentos vem apresentando uma discreta redução, ficando o ano de 2011 com o menor número de nascidos vivos. A redução, considerando o primeiro e o último ano do período, foi de 2,41%.

MORBIDADE HOSPITALAR

Internações por Ano processamento segundo Capítulo CID-10

Regional de Saúde: Videira

Período: 2008-2011

Capítulo CID-10	2008	2009	2010	2011
Total	18.326	18.896	18.804	19.142
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.206	1.230	1.344	1.306
II. Neoplasias (tumores)	755	783	813	1.194
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	115	168	171	136
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	485	504	484	481
V. Transtornos mentais e comportamentais	814	696	784	931
VI. Doenças do sistema nervoso	422	485	514	441
VII. Doenças do olho e anexos	47	60	51	58
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	31	17	19	21
IX. Doenças do aparelho circulatório	1.883	1.611	1.615	1.643
X. Doenças do aparelho respiratório	3.354	3.622	3.266	3.055
XI. Doenças do aparelho digestivo	1.415	1.538	1.578	1.585
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	114	145	211	180
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	494	499	452	420
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1.094	1.301	1.204	1.083
XV. Gravidez parto e puerpério	3.838	3.789	3.814	4.019
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	302	349	362	391
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	116	133	121	135
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	106	107	159	102
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	1.520	1.618	1.603	1.724
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	6	2	2	6
XXI. Contatos com serviços de saúde	209	239	237	231

Fonte: www.saude.sc.gov.br

Excluídas as internações por gravidez, parto e puerpério, a 1ª causa de internações é por doenças respiratórias, em 2º lugar por doenças do aparelho circulatório. Cabe salientar a importância e necessidade das campanhas de vacina contra a gripe, principalmente em maiores de 60 anos, por se tratar de uma região com temperaturas rigorosas no inverno. A pneumonia é uma das complicações das quais garante a maior incidência nas internações.

3.2. CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

As Tabelas abaixo demonstram os municípios com Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e NASF.

Observa-se que todos os municípios têm equipes de SF implantadas, sendo que a maior cobertura está nos municípios menores.

Com relação ao teto de ESF junto ao Ministério da Saúde é de 113 equipes, mas só estão implantadas 48, o que representa um percentual de 42%.

Em relação ao teto de ESB, temos 38 equipes, destas 31 estão implantadas, correspondendo a 82%.

Quanto aos Agentes Comunitários de Saúde, a região tem um teto de 681 ACS, do qual 422 estão atuando, ou seja, 62%.

Diante dos números apresentados, percebemos que a região deve aumentar a cobertura da Estratégia da Saúde da Família (ESF) na Atenção Básica à população.

MUNICÍPIOS COM NASF/SC CREDENCIADOS PELA CIB

Município	NASF/SC	Repasso Mensal R\$	Data Credenciamento
Arroio Trinta	Modalidade II	4.000,00	10/02/2010
Iomerê	Modalidade II	4.000,00	27/10/2009
Macieira	Modalidade II	4.000,00	22/07/2009
Rio das Antas	Modalidade II	4.000,00	10/02/2010
Timbó Grande	Modalidade II	4.000,00	22/07/2009

Em relação aos NASF, todos os municípios credenciados estão com as equipes de NASF implantadas.

Municípios Credenciados à EACS/ESF/ESB até a competência Outubro/2011

Município	População	Teto de ACS	ACS Implantado	Teto de ESF	ESF Implantado	Teto de ESB	ESB Mod. I Implantado	de ESB Mod. II Implantado
1- ARROIO TRINTA	3.502	9	8	1	1	1	1	0
2- CACADOR	70.762	177	83	29	5	3	3	0
3- CALMON	3.387	8	9	1	2	2	2	0
4- CURITIBANOS	37.748	94	62	16	4	3	2	0
5- FRAIBURGO	34.553	86	53	14	6	5	3	0
6- FREI ROGERIO	2.474	6	8	1	1	1	0	1
7- IBIAM	1.945	5	4	1	1	1	1	0
8- IOMERE	2.739	7	7	1	1	1	1	0
9- LEBON REGIS	11.838	30	30	5	4	1	1	0
10- MACIEIRA	1.826	5	5	1	1	1	1	0
11- MATOS COSTA	2.839	7	10	1	2	2	2	0
12- PINHEIRO PRETO	3.147	8	7	1	1	1	1	0
13- PONTE ALTA DO NORTE	3.303	8	7	1	1	1	1	0
14- RIO DAS ANTAS	6.143	15	15	3	2	1	1	0
15- SALTO VELOSO	4.301	11	9	2	2	1	1	0
16- SANTA CECILIA	15.757	39	17	7	3	4	3	0
17- SAO CRISTOVAO DO SUL	5.012	13	11	2	2	2	1	0
18- TANGARA	8.674	22	21	4	2	2	2	0
19- TIMBO GRANDE	7.167	18	20	3	3	1	1	0
20- VIDEIRA	47.188	118	40	20	5	5	3	0

3.3. CARACTERIZAÇÃO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Em conformidade com o Plano Diretor de Regionalização/2008, segue demonstrativo dos municípios da Região, segundo os grupos de procedimento da Média e Alta Complexidade referente à Programação Pactuada e Integrada da Assistência – PPI.

A produção é apresentada nestes quadros da seguinte forma: o município com produção em média complexidade tem o grupo identificado na cor laranja. O município que possui Centro de Especialidades Odontológicas – CEO está identificado na cor ouro, com o tipo de CEO especificado dentro do espaço (CEO Tipo I, II ou III).

Procedimentos	Grupos	Descrição
Procedimentos de Média Complexidade	7C	Consultas Especializadas
	8	Cirurgias Ambulatoriais
	9	Traumato-Ortopédicos
	CEO	Centro de Especialidade Odontológica
	10	Ações Especializadas em Odontologia
	11	Patologia Clínica
	12	Anatomo Patológica e Citopatologia
	13	Radiodiagnóstico
	14	Exames Ultra-sonográficos
	17	Diagnose
	18	Fisioterapia
	19	Terapia Especializada
	21	Prótese e Órtese
22	Anestesia	

O município com produção em alta complexidade tem os grupos identificados na cor verde.

Procedimentos	Grupos	Descrição
Procedimentos de Alta Complexidade	26	Hemodinâmica
	27	Terapia Renal Substitutiva
	28	Radioterapia
	29	Quimioterapia
	30	Atenção em Transplante
	31	Ressonância Magnética
	32	Medicina Nuclear – In Vivo
	33	Radiologia Intervencionista
	35	Tomografia computadorizada
	36	Medicamentos Excepcionais
	37	Hemoterapia
	38	Acompanhamento de Pacientes

O SAMU é identificado na cor vermelha, de acordo com o tipo de unidade e possui Central de Regulação.

Procedimentos	Grupos	Descrição
SAMU	SB	Unidade de Suporte Básico
	SA	Unidade de Suporte Avançado
	CR	Central de Regulação

O Transplante é identificado na cor amarela, diferenciando os municípios/unidades que realizam Busca Ativa e/ou Captação de órgãos ou Transplantes.

Procedimentos	Grupos	Descrição
Transplante	C	Busca Ativa e Captação de Órgãos
	T	Transplante

As Clínicas Básicas são identificadas na cor azul claro para quem realiza qualquer grupo e na cor azul escuro destacamos os Municípios Unidades Hospitalares que atendem os parâmetros de 70% da Produção do Estado ou da Portaria GM/MS nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Os espaços que permanecem em branco identificam a inexistência de unidade hospitalar no município.

Procedimentos	Grupos	Descrição
Clínica Básica	CC	Clínica Cirúrgica
	O	Obstetria
	CM	Clínica Médica
	P	Pediatria

Os leitos de UTI identificados na cor verde escuro demonstram o número de leitos e o tipo.

A cor rosa identifica os leitos de AIDS para internação. Não foram considerados os leitos de hospitais dia.

Procedimentos	Grupos	Descrição
Leitos de UTI	AD	Leitos de UTI Adulto
	Neo	Leitos de UTI Neonatal
	Ped	Leitos de UTI Pediátrica
Leitos de UTI	AIDS	Leitos de AIDS

O SUS melhorou o acesso e a assistência em saúde. Porém, os princípios da Lei 8080/90 ainda permanecem desafios de gestão.

Na região percebe-se que o fluxo de pacientes ainda é desordenado, a demanda não é programada, a pactuação de procedimentos e serviços entre os gestores (PPI/Assistência) é frágil, bem como é incipiente a regulação do acesso aos serviços de saúde pelo sistema de saúde do município de referência.

A estruturação de redes de referência especializada a partir da atenção básica, tem como princípio a hierarquização do sistema de saúde. Para tanto há de se conhecer melhor a oferta e demanda por serviços de saúde na região do Alto Vale do Rio do Peixe.

Na tentativa de ampliar o acesso, reorganizar a rede de serviços e ampliar a capacidade resolutiva e custo-efetividade no sistema de saúde da região foi implantado o Consórcio Intermunicipal de Saúde, atualmente adequado à nova legislação. Ainda deficiente, principalmente em consultas de especialidade. Encontra-se em fase de credenciamento junto ao SUS.

Existem ainda muitos procedimentos não realizados pela falta de capacidade instalada SUS. Os profissionais e ou serviços existentes na região, não aceitam a tabela ofertada pelo sistema e mesmo pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Há demanda reprimida para a maioria dos serviços em especial diagnósticos especializados em oftalmologia, oncologia (biópsias) neurologia, osteo-muscular, gastroentereologia e consultas especializadas em reumatologia, ortopedia cirúrgica, em ortopedia, resultando em insatisfação do usuário.

Outro fator a ser observado é a insatisfação dos usuários com algumas referências como oncologia e ortopedia, já levantada na CIR.

Apesar de não possuir dados oficiais, sabe-se que o percentual de pessoas com plano de saúde é baixo, sendo que a grande maioria da população depende do SUS para atendimento à saúde.

Finalizando podemos afirmar que a Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe possui sérios problemas sociais e econômicos, o que por si só justificaria a melhora da oferta de serviços na área da saúde. O território possui municípios entre os menores IDH do Estado. Por outro lado temos a região de Videira, que compreende os municípios de abrangência da 9ª SDR que é tecnologicamente desenvolvida com diversidade econômica, oferecendo melhor qualidade de vida.

Deve haver o esforço conjunto dos gestores no sentido de indicar prioridades para mudanças na rede de atenção básica e de média complexidade para melhorar a organização e o acesso aos serviços de saúde da região, através de um estudo epidemiológico, pois a demanda está bem acima dos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde.

3.4. CARACTERIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

O processo de reforma psiquiátrica no Brasil tem possibilitado o surgimento de experiências inovadoras e bem-sucedidas oriundas da interação entre saúde mental e atenção primária (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

Ainda para os mesmos autores, a Estratégia da Saúde da Família parece ser uma tecnologia de produção do cuidado em saúde às pessoas em sofrimento psíquico a ser explorada e melhor desenhada enquanto possibilidade de atenção comunitária em saúde mental.

Desta forma, a ação conjunta entre a saúde mental e a atenção primária é necessária mediante a realidade regional, em que é grande o contingente de pessoas/famílias que sofrem com os diversos transtornos mentais e são atendidas pelas equipes de saúde da família.

No enfrentamento desses desafios, algumas questões devem ser priorizadas, tais como qualificar o atendimento por meio da capacitação, do suporte matricial e da incorporação dos casos de transtornos psíquicos graves à assistência no território.

Os desafios estão presentes e não podem ser ignorados. O sofrimento mental, em decorrência de uma doença propriamente dita e/ou situações pelo uso de substâncias psicoativas está cada vez mais presente na sociedade e **necessita ser compreendido, acolhido e tratado em todos os seus aspectos: individual (biopsicológico), familiar, social, econômico e cultural**. Seja avançando no conhecimento em relação às diretrizes da política de saúde mental, ou pela aproximação das contingências do processo de adoecimento e contribuindo para consolidar a saúde mental no âmbito da atenção primária.

Um fator preocupante em nossa região é a carência de serviços substitutivos, e pela cultura hospitalocêntrica que ainda predomina. Portanto, a capacitação de recursos humanos é fundamental para o entendimento do Processo da Reforma Psiquiátrica, da

lógica dos serviços substitutivos e de sua implantação nos municípios. Faz-se necessário discutir também os direitos dos portadores de transtornos mentais de receberem um atendimento mais humanizado e da participação da família neste processo de adoecer.

Pensando nesta situação problema, vislumbrou-se a possibilidade de ampliar a rede de atenção realizando a capacitação dos profissionais da rede primária de saúde e da saúde mental a fim de apresentar outras possibilidades de tratamento, que não o modelo psiquiátrico tradicional, e sim um modelo compatível com a Reforma Psiquiátrica e princípios do SUS, ampliando a rede de atenção aos portadores de transtornos mentais. A partir desta capacitação, pretende-se que a relação entre os profissionais da Saúde Mental e da Atenção Primária seja pautada pelo cuidado compartilhado junto ao portador de transtorno mental, que será definido de acordo com o grau de complexidade do caso, e não pelo simples gesto de encaminhar os usuários para os serviços de Saúde Mental. Uma grande parcela dos nossos usuários deverá ser atendida na Rede Primária de Saúde ou utilizar recursos comunitários na tentativa de diminuir seu sofrimento mental.

O usuário não deve pertencer a este ou aquele serviço da Rede de Saúde Municipal. A definição do local e dos profissionais da Saúde que irão conduzir o caso vai depender da situação específica de cada caso em questão, respeitando os parâmetros de acessibilidade, equidade e resolutividade. Assim, todos se tornam responsáveis: equipes da Saúde Mental e da Atenção Primária.

ENDEREÇOS DOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE MENTAL NA REGIÃO

<p>CURITIBANOS</p> <p>Secretaria Municipal de Saúde Rua Maximino de Moraes, 376 CEP 89.520-000 Fone: (49)3245-0789 Email: smsaude@brturbo.com.br</p> <p>ESF COHAB I Rua: Coelho Neto, s/n Fone: (49) 3241-2813 Email: esfcohab@bol.com.br</p> <p>ESF Bom Jesus Rua: Antonio Tenório Cavalcanti, s/n Fone: (49) 3241-0420 Email: esfbomjesus@yahoo.com.br</p> <p>ESF Getúlio Vargas Rua: Prudente Visconde de Moraes, s/n Fone: (49) 3245-2247 Email: postosaudeGV@gmail.com</p> <p>ESF São Luis Rua: Rui Barbosa, 746 Fone: (49) 3241-4667 Email: psfslcuritibanos@live.com</p> <p>UBS São José Rua: Salvador Inácio Pereira, s/n Fone: (49) 3241-2535 Email: usbsaojose@hotmail.com</p>	<p>Luís Cezar Didoné – Psiquiatra Kelly C. F. Goetten da Silva – Psicóloga Iris Xavier – Clínica Geral Stella Maris Teixeira – Clínica Geral Edson Mauro da Silva – Clínica Geral Sérgio Pasa – Clínica Geral</p> <p>Pablo Moraes – Clínica Geral Daniela Dias Becker – Enfermeira</p> <p>Albari Goetten de Moraes – Clínica Geral Silvia Salvador – Enfermeira</p> <p>Isis Vasconcelos – Clínica Geral Keizi Zanini lung – Enfermeira</p> <p>Mitsuhiro Kudo – Clínica Geral Maria Bernadete B. Ronsani- Enfermeira</p> <p>Evânia Lourdes Jucoski - Enfermeira</p>
<p>CAÇADOR</p> <p>Programa de Saúde Mental na Atenção Básica Rua Herculano Coelho de Souza, 1157 Bairro Reunidas Fone: 3567 9198</p>	<p>Valdiléia Ferreira – Psicóloga Deyse Heine – Enfermeira</p>

<p>FRAIBURGO Secretaria Municipal de Saúde Rua Vito Pizzeta, 770 Bairro Salete Fone/Fax: (49) 3256 4000</p> <p>Unidade de Saúde Santo Antonio Rua Getúlio Vargas, 179 Bairro Santo Antonio Fone: 3908 2040 Email: us.santoantonio@fraiburgo.sc.gov.br</p> <p>Unidade de Saúde São José Av. Caçador, 40 Bairro São José Fone: 3908-2004 Email: us.santoantonio@fraiburgo.sc.gov.br</p> <p>Unidade de Saúde São Miguel Av. Michele Simonetti, 501 Bairro São Miguel Fone: 3908-2041 Email: us.saomiguel@fraiburgo.sc.gov.br</p> <p>Unidade de Saúde São Sebastião Rua Ivan Savian, 31 Bairro São Sebastião Fone: 3908-2042 Email: us.saosebastiao@fraiburgo.sc.gov.br</p> <p>Unidade de Saúde Macieira Rua Mel Rose, 604 Bairro Macieira Fone: 3246-6295 Email: us.macieira@fraiburgo.sc.gov.br</p>	<p>Vanusa Apolinário – Psicóloga</p> <p>Cleidemar C. Brandes – Médica Psiquiatra Licéia Rinaldi Ramos</p> <p>Francisco Honorio da Silva Neto – Médico ESF Karine Schefer – Enfermeira ESF Sinira T. L. G. Sabatke – Enfermeira EACS</p> <p>Claudia Adriani Traesel – Médica ESF Simone Costa dos Santos – Enfermeira ESF Cesar Minoru Kurita Nagasawa – Médico ESF Lucas Rafael Ribeiro da Silva – Enfermeiro ESF</p> <p>Hélio Camargo – Médico ESF Natalia Fantinel – Enfermeira ESF</p> <p>Tiago Pellizzetti – Médico ESF Jadete Dallagnol – Enfermeira ESF</p>
<p>VIDEIRA Posto de Saúde Farroupilha – Programa SM Rua: José Bonaldo, s/n, Bairro Farroupilha Fone: 3566-5500 CEP 89.560-000</p> <p>Secretaria Municipal de Saúde Rua João Contini, s/n Fone (49) 3533 7500 Email: saufms@videira.sc.gov.br CEP 89.560-000</p>	<p>Dr. Joaquim Miranda – Médico Psiquiatra Dr. Marcos Henning – Médico Psiquiatra Terezinha Kerscheaumer – Psicóloga</p> <p>Terezinha Kerscheaumer – Psicóloga</p>

<p>SANTA CECÍLIA ESF MARCILIANO FERNANDES Rua: Edson Gerber, s/n smssantacecilia@yahoo.com.br ESF Guilherme Graneman Rauem Av. XV de Novembro, s/n Fone (49) 3244-3116</p> <p>ESF Nossa Senhora Aparecida Rua: Laudelino Graneman de Souza, s/n</p>	<p>Mario de Freitas Vieira – Anestesiista Josiane Dias Stefanos – Enfermeira</p> <p>Eliara Silveira S. Pereira - Clínica Geral Elaine Menegussi – Enfermeira</p> <p>Antonio da Cruz Machado – Cirurgia Geral Leila Mota Menegussi – Enfermeira</p>
---	---

Fonte: www.saude.sc.gov.br

ENDEREÇO DOS CAPS NA REGIÃO

CAPS I – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CURITIBANOS

Rua Maximino de Moraes, 485 – Centro
CURITIBANOS – SC
CEP 89.520-000
FONE: (49) 3245 2125
Email: msmosele_guidi@hotmail.com / caps-ctbanos@brturbo.com.br
COORDENADORA: Márcia Mosele Guidi

CAPS I – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – VIDEIRA

Rua Prefeito César Augusto Filho – Lot. Vinhedo do Velho Antonio
VIDEIRA –SC
CEP 89.560-000
FONE: (49) 3533-5700
Email: compras.saude@videira.sc.gov.br / saudefms@videira.sc.gov.br
COORDENADORA: Eloni Maria Frigueto elonimaria@ibest.com.br

CAPS II – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAÇADOR

Rua Herculano Coelho de Souza, 1157 Bairro Reunidas
CAÇADOR – SC
CEP 89.500-000
FONE: (49) 3563-3955
Email: caps.saude@cacador.sc.gov.br
COORDENADORA: Lorete Braun – Enfermeira

CAPS AD – “REENCONTRO COM A VIDA” – CAÇADOR

Rua Herculano Coelho de Souza, 1157, Bairro Reunidas

CAÇADOR – SC

CEP: 89.500-000

FONE: (49) 3567-4545

Email: capsad.saude@cacador.sc.gov.br

COORDENADOR: Willian Cardoso Ribeiro – Enfermeiro

CAPS I – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – FRAIBURGO

Endereço: Rod. SC 456, Km 39, Bairro Liberata

FRAIBURGO –SC

CEP 89.580-000

Fone: (49) 3908-2079

COORDENADORA: BETHANIA SANTOS VIEIRA ROHLING – Assistente Social/CRESS 3460

Email: bethania.rohling@fraiburgo.sc.gov.br

CAPS I – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – SANTA CECILIA

End. Rua Cabo João Teixeira Palhano, s/n Bairro Adolfo Correia da Silva

SANTA CECILIA – SC

Cep 89.540-000

Fone (49) 3244-1036

COORDENADORA: CRISTIANE DOS SANTOS LIMA – Enfermeira

Email: cpasceciliense@gmail.com

4. DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO EM SAÚDE

A Política de Educação em Saúde na região está sendo construída através da Comissão Intergestores Regionais e da Comissão Integração Ensino Serviço. Há a necessidade de divulgação e discussões levando toda a temática e legislação, repasse de informações dos Seminários/Fóruns Estaduais e das Oficinas em que há a participação da CIES/CIR, para a que todos os segmentos tenham participação neste processo.

A região ainda encontra dificuldades na execução e avaliação de projetos e dificuldade para implementar ações segundo os princípios da PNEPS.

Em 2009 com recursos da Educação Permanente e complementação pelos municípios, ocorreu na Região a Capacitação: Introdutório de Saúde da Família/2009 através da Escola de Saúde Pública/SC com aproximadamente 750 profissionais capacitados. Na avaliação todos colocaram que não tinham conhecimento das ações e práticas da ESF.

Na região, a organização dos processos de trabalho ainda está desvinculada do princípio da integralidade com vistas ao enfrentamento dos principais problemas de saúde-doença da comunidade, onde as ações não estão totalmente incorporadas no cotidiano das equipes de Saúde da Família. Há uma alta rotatividade dos profissionais.

Persiste a dificuldade de acesso da população aos serviços, falta dos princípios da integralidade e desarticulação entre os níveis de atenção. As ações de saúde estão voltadas à demanda espontânea sem levar em consideração o perfil epidemiológico e a existência de programas estruturados nas diversas áreas com protocolos e fluxos estabelecidos.

A região tem Saúde da Família implantada em 100% dos municípios e, isto gera uma grande potencialidade para melhora de ações integrais ao indivíduo, família, comunidade e integração com os demais profissionais de saúde e com a rede de serviço de maior complexidade.

Através da Educação Permanente na Região deve-se buscar a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde.

5. PROBLEMAS PRIORITÁRIOS RELACIONADOS À EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

1 – Saúde Mental na Atenção Básica/ Enfrentamento ao Álcool e Drogas

Diante do contingente de pessoas que sofrem com a **doença mental**, bem como frente à realidade imposta pelos problemas relacionados ao uso indevido do álcool e outras drogas, faz-se necessário uma ação conjunta da rede para ampliar as atividades, o atendimento e ações de prevenção. Entendemos que uma política de prevenção, tratamento e educação terá que ser construída com a participação de todos os profissionais da rede, devendo-se priorizar algumas questões, tais como qualificar o atendimento, por meio da capacitação, do suporte matricial e da incorporação dos casos de transtornos psíquicos graves à assistência no território.

2 – Controle, Avaliação e Auditoria

O controle é realizado de forma fragmentada na maioria dos municípios da região. A avaliação ainda não é realizada, de forma adequada, na maioria dos municípios. Não existe equipe de auditoria em nenhum município da região. Sendo isso um problema, haja vista a relevância dos serviços realizados por esta equipe, bem como os compromissos assumidos com o PACTO PELA SAÚDE, onde os municípios devem ser responsáveis pelo Controle, Avaliação e Auditoria no âmbito local.

3 – Acolhimento

Antes de consultar, vacinar, receber medicamento, ou outro tipo de serviço, é preciso saber acolher o usuário. O servidor na área de atendimento/acolhimento ao usuário faz a interface entre a gestão e a vida cotidiana do usuário, atuando como porta-voz das demandas oriundas da população.

É ele que interfere diretamente na qualidade do serviço e na possibilidade de acesso do usuário às ofertas de serviço. No entanto, como negociar serviços escassos que o usuário tem direito?

Diante disso, este profissional precisa estar preparado para o acolhimento.

A prática do acolhimento nos espaços de saúde pode contribuir na qualificação da atenção e da gestão, potencializando a garantia do atendimento, a resolutividade, o estabelecimento de vínculo, a promoção da saúde e as alianças entre usuário, trabalhador e gestor.

4 – Assistência Farmacêutica

A formação e qualificação dos profissionais para atuar na gestão farmacêutica é de grande importância, sendo possível criar uma estrutura organizacional e técnica para o fortalecimento das ações em Assistência Farmacêutica, melhorando a compreensão do processo (ciclo da assistência farmacêutica) pelos profissionais envolvidos, bem como os usuários do SUS como um todo.

5 – Imunização

Deficiência de profissionais capacitados para atuar em sala de vacina.

6 – Saúde do Idoso

Com o aumento da expectativa de vida, a atenção a saúde do idoso tornou-se alvo de preocupação, pois emerge a necessidade de profissionais preparados para atender este público, que exige cuidados específicos.

7 – HIPERDIA

Uma das maiores demandas atendidas nas Unidades de Saúde são os portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Sendo assim, torna-se imperativo capacitar os profissionais da Atenção Básica para desenvolverem posturas e ações educativas no trato dos pacientes, familiares e cuidadores em geral.

Como os números crescem a cada dia, é importante uma reflexão sobre o papel dos profissionais de saúde no apoio aos pacientes para a garantia de tratamento adequado, bem como práticas de prevenção das doenças.

8 – Planejamento Familiar

A qualidade da assistência em planejamento familiar é imprescindível na Atenção Básica. A falta de capacitação profissional, assim como as ações educativas descontínuas e pouco concretizadas, coloca em risco a saúde reprodutiva e sexual das mulheres. A assistência em planejamento familiar apresenta-se deficitária, necessitando adequações com vistas a uma assistência de qualidade na perspectiva dos direitos reprodutivos e sexuais.

9 – Protocolos

Falta de protocolos para a Atenção Básica, Média e Alta Complexidade.

10 – Saúde do Trabalhador

Programa de Saúde do trabalhador não implantado na região.

11 – Redes Regionalizadas de APS

A nova política de Redes de Atenção Primária a Saúde, trouxe a necessidade de entendimento e organização das redes em nível local.

12 – Conselho Municipal de Saúde

Na região, ainda existem municípios com dificuldades de interação com seus Conselhos de Saúde, bem como dificuldades de articular capacitações de forma independente.

13 – Introdutório ESF e NASF

A constante rotatividade de profissionais que atuam nas Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal, ACS e NASF, justifica a necessidade de aperfeiçoamento para estes profissionais.

6. NECESSIDADES DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA REGIÃO

1 – Capacitação em Saúde Mental na Atenção Básica.
2 – Capacitação em Controle, Avaliação e Auditoria no SUS.
3 – Capacitação para Agentes de Acolhimento, segundo a Política Nacional de Humanização – Humaniza/SUS/PNH.
4 – Capacitação em Assistência Farmacêutica/Atendente de Farmácia.
5 – Capacitação para profissionais que atuam no Programa de Imunização.
6 – Capacitação em Saúde do Idoso.
7 – Qualificação dos Profissionais de Saúde na Atenção ao Portador de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus/HIPERDIA.
8 – Capacitação em Planejamento Familiar.
9 – Criação de Grupos de Trabalho para Construção de Protocolos (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade).
10 – Capacitação em Saúde do Trabalhador.
11 – Capacitação para Organização das Redes Regionalizadas de APS.
12 – Capacitação para os CMS – Edições por SDR na Região de Saúde.
13 – Introdutório ESF e NASF.

7. PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO PLANO REGIONAL

O processo de planejamento pressupõe a realização de estratégias de monitoramento e avaliação tão importantes para o alcance dos resultados traçados e, conseqüentemente, almejados.

Desse modo, permitem que a busca pela eficiência e eficácia dos processos aplicados se tornam fundamentais para o alcance dos produtos e resultados esperados. Devem, portanto, permear todo o período de execução das ações, permitindo assim, a realização dos ajustes que vierem a ser requeridos para o sucesso das ações traçadas.

Partindo desse pressuposto, o processo de monitoramento do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde se dará trimestralmente e a avaliação a cada semestre. Para tanto, algumas técnicas podem ser desenvolvidas e adotadas, tais como reuniões periódicas com a CIES, CIR e equipe multiprofissional, elaboração e acompanhamento de um fluxograma de processos, definição e análise de indicadores e acompanhamento de metas anuais.

8. RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

Com relação aos recursos orçamentários os gestores contam com o financiamento Federal, Estadual, Municipal e recursos específicos da Educação Permanente.

Assim, terão condições de planejar regionalmente a curto, médio e longo prazo ações educativas de formação e desenvolvimento que respondam às necessidades do sistema e estejam de acordo com a realidade local.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção da Política de Educação Permanente em Saúde na região do Alto Vale do Rio do Peixe pressupõe para sua implantação que seja considerado seu caráter transversal, cujo desenvolvimento interfere diretamente na qualidade da gestão e nos serviços de saúde ofertados à população usuária.

Seu foco de atenção deverá ser centrado nos processos de trabalho, na atenção, na participação e no controle social.

O objetivo principal é o aperfeiçoamento da formação e desenvolvimento dos profissionais da área da saúde em todos os municípios da região.

A prática profissional deverá superar as dificuldades enfrentadas no cotidiano profissional, possibilitando à introdução de novidades e inovações de processos, métodos e técnicas de acordo com cada realidade, tendo como base as necessidades dos usuários de saúde do SUS.

A partir da Educação Permanente é possível reorganizar o Sistema, buscando transformar práticas, tendo em vista a integralidade e humanização do SUS.

10. REFERÊNCIAS

_____. **Portaria GM/MS nº. 1.1996**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde (SES). **Plano Diretor de Regionalização: PDR 2008**. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br>.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde (SES). **Atenção Básica**. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br>. Acesso em 10 de setembro de 2012.

BRASIL CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Atenção Primária e Primária e Promoção da Saúde (Coleção Projestores- Para entender a gestão do SUS) CONASS, 2007.

SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L.S. **Saúde mental e Atenção Básica em Saúde: análise de uma experiência no nível local**. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2009.