

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ESTADO DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL  
COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL - CIR  
COMISSÃO PERMANENTE DE INTEGRAÇÃO DE ENSINO-SERVIÇO DO  
PLANALTO SERRANO - CIES**

**PLANO REGIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO  
PLANALTO SERRANO**

**2012 - 2015**

**LAGES/SC  
2012**

**Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na Região do Planalto Serrano do Estado de Santa Catarina**

**Portaria GM/MS n. 1.996, de 20 de agosto de 2007**

**CIES PLANALTO SERRANO**

**PLANO REGIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO  
PLANALTO SERRANO de SC - 2012 – 2015**

**Lilia Aparecida Kanan**

Articuladora da Comissão Permanente de Integração de Ensino e Serviço do Planalto Serrano

**Jane Maria Gerber Neves**

Suplente de articulação da Comissão Permanente de Integração de Ensino e Serviço do Planalto Serrano

**Denizéte Monteiro de Lima Mota**

Coordenadora da Comissão Intergestora Regional  
Secretária da CIES

**Beatriz Bleyer Montemezzo**

Gerência de Saúde de Lages

**Ana Carla Martins Lazzaris**

Gerência de Saúde de São Joaquim

## ELABORAÇÃO DO PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Alex M. Amaral da Silva	Associação Catarinense de apoio Social e Educacional a Família - ACASEF
Aline Carolina Medeiros	Secretaria Municipal de Saúde de Correia Pinto
Anelise Viapiana Masiero	Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC
Camila Baccin	Diretoria de Educação Permanente / SES
Danielle Hoffman	Centro de Recuperação Nossa Senhora Aparecida - CRENSA
Denizéte Monteiro Mota	Secretaria Municipal de Saúde de São José do Cerrito
Francine Aparecida Formiga	Secretaria Municipal de Saúde de Palmeira
Fernanda Haverroth Zanella	Hospital Infantil Seara do Bem - HISB
Hiedi Maria Carbonera	Secretaria Municipal de Saúde Bom Retiro
Iloena Madruga Bianchini	Secretaria Municipal de Saúde de Lages
Jane de Fátima Walter	Hospital Tereza Ramos - HTR
Kelly Cristhina da S.P.Melo	Secretaria Municipal de Saúde São José do Cerrito
Léia Vieira Gallas	Secretaria Municipal de Saúde de Correia Pinto
Lucéia Abreu de Souza	Secretaria Municipal de Saúde Lages
Melissa Lorensatto Ferreira	Secretaria Municipal de Saúde de Capão Alto
Magali Maria Tagliari Graf	Centro Universitário Facvest
Mara Regina Bueno Stanck	Gerência de Saúde Lages- GESA
Maria Madalena Colla	Centro Universitário Facvest
Rosane Schenkel de Aquino	Instituto Federal de Santa Catarina -IFSC
Selênio Sartori	Consórcio Intermunicipal de Saneamento Básico, Meio Ambiente, Atenção à Sanidade dos Produtos de Origem Agropecuária e Segurança Alimentar da Serra Catarinense - CISAMA
Sonia de Fátima de Souza	Comissão Intergestora Regional(CIR)

## COLABORAÇÃO

Fernando de Toledo Barros Wendhausen	Responsável pela Divisão de Educação Permanente (DEP) – SES/SC
Fátima de Souza Rovaris	Divisão de Educação Permanente (DEP) SES/SC
Fabiane Ferraz	Consultora na área de Educação na Saúde
Leonardo Macedo	Fundação de Apoio a Pesquisa Universitária FAPEU
Carla Kauling de Borba	Coordenação administrativa da oficina do PAREPS 2010

**INSTITUIÇÕES REPRESENTANTES NA CIES DO PLANALTO SERRANO/2012.**

1. Associação Catarinense de Apoio Social e Educacional à Família - ACASEF
2. Casa Divina Providência
3. Centro de Ciências AgroVeterinária/ UDESC - CAV
4. Centro de Recuperação Nossa Senhora Aparecida - CRENSA
5. Centro Universitário FACVEST
6. Comissão de Intergestora Regional da Serra Catarinense - CIR
7. Consórcio Intermunicipal de Saneamento Básico, Meio Ambiente, Atenção à Sanidade dos Produtos de origem Agropecuária e Segurança Alimentar - CISAMA
8. Escola Estadual Frei Nicodemos
9. Gerência de Saúde Lages - GESA
10. Gerência de Saúde São Joaquim - GESA
11. Hospital Infantil Seara do Bem - HISB
12. Hospital Tereza Ramos - HTR
13. Instituto Federal de Santa Catarina - IFSC
14. SMS Anita Garibaldi
15. SMS Bocaína do Sul
16. SMS Bom Jardim da Serra
17. SMS Bom Retiro
18. SMS Campo Belo do Sul
19. SMS Capão Alto
20. SMS Cerro Negro
21. SMS Correia Pinto
22. SMS Lages
23. SMS Otacilio Costa
24. SMS Paineira
25. SMS Palmeira
26. SMS Ponte Alta
27. SMS Rio Rufino
28. - SMS São Joaquim
29. SMS São José do Cerrito
30. SMS Urubici
31. SMS Urupema
32. Universidade do Planalto Catarinense -UNIPLAC

## SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS.....	08
LISTA DE TABELAS.....	09
LISTA DE QUADROS.....	10
LISTA DE FIGURAS.....	11
APRESENTAÇÃO.....	12
1. INTRODUÇÃO .....	14
1.1 Objetivos.....	16
2. CONTEXTO SOCIOECONÔMICO DO TERRITÓRIO DA SERRA CATARINENSE.....	18
2.1 A construção do território da Serra Catarinense.....	18
2.2 Caracterização socioeconômica do território.....	28
2.3 Organização político-administrativa do território.....	28
3. CONTEXTO HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA SERRA CATARINENSE.....	34
3.1 Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião do Planalto Serrano...	34
3.2 CIES do Planalto Serrano.....	42
4. CARACTERIZAÇÃO DA SAÚDE NA SERRA CATARINENSE.....	45
4.1 Caracterização da rede de atenção básica, média e alta complexidade.....	46
4.2 Atenção básica.....	48
4.3 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.....	50
4.4 Corpo de Bombeiro Militar.....	52
4.5 Consórcio Intermunicipal de Saúde – CIS.....	52
4.6 Consórcio Intermunicipal de Saneamento Básico, Meio Ambiente, Atenção à Sanidade dos Produtos de Origem Agropecuária e Segurança Alimentar – CISAMA.....	55
4.7 Caracterização do Controle Social.....	56
4.8 Educação popular em saúde.....	62
4.9 Indicadores de Saúde da Serra Catarinense.....	65

5.	CARACTERIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE NA SERRA CATARINENSE.....	67
5.1	Ensino Fundamental e Médio.....	67
5.2	Ensino Superior.....	68
5.3	Políticas Estruturantes de integração ensino serviço.....	68
6.	RELAÇÃO ENTRE O DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES E O PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA SERRA CATARINENSE.....	70
6.1	Tema 1. Saúde da criança com enfoque na mortalidade infantil.....	70
6.2	Tema 2. Saúde da Mulher com enfoque na prevenção do câncer uterino e de mamas.....	72
6.3	Tema 3. Saúde Mental e a atenção psicossocial.....	73
6.4	Tema 4. Saúde do Trabalhador com enfoque nas doenças crônicas não transmissíveis e ocupacionais e abordagem transversal da saúde da mulher e do homem.....	75
6.5	Tema 5. Resíduos sólidos dos serviços de saúde.....	78
6.6	Tema 6. Violência urbana e causas externas com enfoque em urgência e emergência.....	80
6.7	Tema 7. Gestores e Controle Social.....	81
6.8	Tema 8. Núcleos Municipais de EP.....	82
6.9	Tema 9. Educação Sanitária.....	84
7.	DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA.....	86
8.	REFERÊNCIAS.....	87

## LISTA DE SIGLAS

<b>CCRM</b>	- Comissão Central de Residência Médica
<b>CEDRHUS</b>	- Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde
<b>CES</b>	- Conselho Estadual de Saúde
<b>CGR</b>	- Colegiado de Gestão Regional
<b>CIB</b>	- Comissão Intergestores Bipartite
<b>CIES</b>	- Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço
<b>CIR</b>	- Comissão Intergestores Regional
<b>COSEMS</b>	- Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
<b>DEP</b>	- Divisão de Educação Permanente em Saúde
<b>DEPS</b>	- Diretoria de Educação Permanente em Saúde
<b>EC</b>	- Educação Continuada
<b>EFOS</b>	- Escola de Formação em Saúde
<b>EPS</b>	- Educação Permanente em Saúde
<b>EpS</b>	- Educação para a Saúde
<b>ESP</b>	- Escola de Saúde Pública
<b>MEC</b>	- Ministério da Educação e Cultura
<b>MS</b>	- Ministério da Saúde
<b>PAREPS</b>	- Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde
<b>PDR</b>	- Plano Diretor de Regionalização
<b>PEEPS</b>	- Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde
<b>PRM's</b>	- Programas de Residência Médica
<b>PNEPS</b>	- Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
<b>RET-SUS</b>	- Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
<b>SC</b>	- Estado de Santa Catarina
<b>SES</b>	- Secretaria de Estado da Saúde
<b>SMS</b>	- Secretaria Municipal de Saúde
<b>SUS</b>	- Sistema Único de Saúde



**LISTA DE TABELA**

TABELA 01	Território Serra Catarinense, população total e variação percentual/município; 2000, 2007 e 2010.....	30
-----------	--	----

**LISTA DE QUADROS**

QUADRO 1:	Capacitações realizadas em 2010 – características em nº de pessoas e horas e profissionais capacitados.....	43
QUADRO 2:	Distribuição dos municípios que integram a CIES por GESA.....	46
QUADRO 3:	Rede hospitalar da região da Serra Catarinense.....	47
QUADRO 4:	Dados da ESF / Competência 2011.....	49
QUADRO 5:	Distribuição dos municípios que integram o CIS/AMURES e suas respectivas populações.....	53
QUADRO 6:	Resultados da Avaliação da Gestão Municipal da Atenção Básica no estado de Santa Catarina nos anos 2008 a 2011*: valores e escores da Participação Popular da Gestão do Sistema Municipal.....	58
QUADRO 7:	Audiências públicas nas Câmaras Municipais sobre o Plano Municipal de Saúde.....	60
QUADRO 8:	Participação dos Conselheiros em capacitações, seminários e ou conferências que se referem ao controle social.....	61

**LISTA DE FIGURAS**

FIGURA 1: Localização Geográfica do Território.....	29
FIGURA 2: Unidades do SAMU e Bombeiros na Mesorregião.....	51

## APRESENTAÇÃO

A Portaria MS nº 1.996, de 20 agosto 2007 (BRASIL, 2007) em seu Art. 2º destaca que a condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dar-se-á por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço - CIES. E o inciso § 1º afirma que - Os Colegiados de Gestão Regional, considerando as especificidades locais e a Política de Educação Permanente em Saúde nas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal), elaborarão um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais, da referida região, no que tange à educação na saúde.

O Plano Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), aqui apresentado, contém o esforço conjunto de diversos seguimentos da sociedade da Serra Catarinense, envolvidos e comprometidos com a construção da política de educação permanente em saúde.

O presente plano é resultado de uma construção coletiva e compartilhada realizada entre vários atores envolvidos com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS e o Controle Social na Região, representados por gestores e profissionais de saúde, da educação e de organizações não governamentais da sociedade civil, contou com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde - SES de Santa Catarina, através da Diretoria de Educação Permanente em Saúde - DEPS que integra a Divisão de Educação Permanente.

A Comissão Permanente de Integração de Ensino e Serviço - CIES do Planalto Serrano de SC resgatou e revisou a pesquisa do Pólo de Educação Permanente em Saúde dessa região, quando do levantamento das reais necessidades em educação permanente em saúde nos municípios de abrangência da 27ª Gerência de Saúde - GESA e da 28ª GESA, disparando, assim, o processo de construção deste PAREPS, que deve ser debatido e revisado anualmente. Portanto, o Plano está fundamentado nas oficinas e reuniões realizadas pela CIES no decorrer dos quatro últimos anos.

O Plano propõe a orientação das ações de educação permanente dos profissionais no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, das instituições de ensino e organizações não governamentais para Região Serrana, com (re)significação de valores e de práticas profissionais, considerando que a Educação Permanente em Saúde apresenta-se como

estratégia de reestruturação e de transformação dos serviços de saúde, a partir da análise dos determinantes sociais e econômicos; ou seja, “propõe transformar o profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo ensino-aprendizagem” (MOTTA, 1997, p. 87).

Nessa perspectiva e como passo importante no processo de educação permanente em saúde para os profissionais da Serra Catarinense, o plano caracteriza a região da Serra Catarinense no contexto socioeconômico, territorial, nos processos de saúde e de educação, resgata a história da educação permanente em saúde e passa a formular e programar ações com o compromisso de promover espaços democráticos de educação entre os segmentos da saúde, ensino e sociedade civil organizada, estruturadas a partir da problematização dos processos de trabalho em saúde. Portanto o plano assume oficialmente o compromisso do desenvolvimento de uma política de educação permanente em saúde.

## INTRODUÇÃO

A educação é reconhecida como um direito humano em si mesmo, como meio indispensável para realizar outros direitos direcionados ao pleno desenvolvimento humano e às suas potencialidades, efetivando a construção de conhecimentos, de desenvolvimento de valores, crenças e atitudes em favor dos direitos humanos e da vida.

A educação permanente em saúde, nesta perspectiva, propõe a transformação das práticas profissionais baseadas na reflexão crítica sobre a realidade das ações em serviços desenvolvidas na região.

Portanto, entende-se que os processos de formação, de educação em serviço e de capacitações sejam estruturados a partir da problematização dos processos de trabalho com vistas à transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho, tendo como referência as necessidades de saúde da população da serra catarinense, das gestões setoriais, da educação e do controle social no SUS.

Educação Permanente é definida pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS como

a 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 da área 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 (BRASIL, 2007, p. 21).

A implementação da PNEPS através da Portaria do Gabinete Ministerial/Ministério da Saúde -MS n. 1.996/2007, em seu Artigo 2º, Parágrafo 2º afirma que as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço - CIES “participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política”, cuja composição definida em seu Artigo 5º conta com a participação de quatro segmentos específicos, “a Gestão da Saúde, a Gestão da Educação, os

Trabalhadores de Saúde e os Movimentos Sociais ligados à Saúde” (BRASIL, 2007, p. 10 e 11).

No Estado de Santa Catarina, as especificidades e necessidades de educação permanente são diferentes, mas não divergem dos demais estados brasileiros. Deste modo, as CIES regionais têm diferentes olhares no processo de construção do PAREPS.

A CIES do Planalto Serrano se orienta através das normas ministeriais, sendo que sua composição obedece à indicação do quadrilátero estabelecido na Portaria MS nº 1.996/2007 artigo 5º (BRASIL, 2007), mas respeita suas especificidades regionais.

A PNEPS deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde. (BRASIL, 2007, p. 9).

Na PNEPS identifica o compromisso das CIES com o aprimoramento e fortalecimento do SUS em todas as suas dimensões de formação, qualificação, capacitação e de respeito aos municípios de abrangência. E, desta forma, amparadas pelas leis que regem a Política, as CIES têm o compromisso de participar, ativamente, das ações de EPS, colaborando para o seu desenvolvimento na sua região e Estado, objetivando um trabalho articulado entre instituições de ensino e de serviço em saúde com uma aprendizagem baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais desenvolvidas nas redes de serviços da região.

Eis, então, o desafio da CIES do Planalto Serrano com seu plano de ação em articular gestores da saúde, da educação, dos trabalhadores de saúde e da sociedade organizada, a fim de reconhecer as necessidades de saúde e promover mudanças nas relações, nas práticas, nos processos e, fundamentalmente, nos sujeitos de modo a fomentar o compromisso com a sociedade no direito a uma saúde mais humanizada.

O PAREPS apresenta-se como um instrumento orientador e fomentador de ações educativas, no campo da educação formal e não-formal, nas esferas pública e privada, reflete as ações da PNEPS preconizadas pelo MS e SES-SC, envolvendo iniciativas de instituições públicas, organizações da sociedade civil e outras contribuições recebidas.

A nova configuração da EPS como Comissão Permanente de Integração de Ensino e Serviço - CIES na região da Serra Catarinense foi instalada em 14/08/2008, e teve, inicialmente, como estratégia a reorganização colegiada, sendo entregue correspondências esclarecendo a nova configuração da EPS e a importância da continuidade do grupo colegiado em permanecer articulado e fortalecido.

Sua construção tem acontecido de forma lenta, porém com intensas discussões e análise crítica. A primeira oficina para elaboração do PAREPS aconteceu somente no

primeiro semestre de 2010, com a participação de seus membros bem como da DEPS da DEP-SC, da Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU) e da Associação dos Municípios da Região da Serrana - AMURES. Essa oficina foi determinante para o diagnóstico dos principais problemas em relação às necessidades de educação permanente em saúde. Dos presentes na referida oficina, criou-se um grupo de trabalho que deveria dar seqüência ao plano, porém houve uma ruptura nos trabalhos durante o ano de 2011.

A então articuladora desta CIES e membro da CIES Estadual, estimulada pela DEP-SC, em 2012, retoma os trabalhos, inicialmente, convidando alguns sujeitos que passam constituir um pequeno grupo de trabalho que resgatou o relatório da Oficina de 2010, levou para as reuniões da CIES, seus escritos e propostas. Surgiu, então, a necessidade de se organizar uma segunda oficina de EPS para dar subsídios para a construção do PAREPS.

Em agosto de 2012, a CIES do Planalto Serrano promove a 2ª Oficina de EPS, com apoio da DEP-SC, com o objetivo de promover uma melhor integração dos membros da CIES e aproximar os diversos olhares na construção do plano regional. Foram criados grupos de trabalho formados por integrantes da CIES, distribuídos conforme afinidade de trabalho com os temas.

Na seqüência, apresentam-se os objetivos do plano, a caracterização da região da serra catarinense e de seu povo, destacam-se as condições sócio-econômicas, contextualiza-se historicamente, a EPS no Planalto Serrano, caracteriza-se a saúde e seus processos de educação com destaque para educação popular e educação formal, faz-se uma breve análise das Políticas estruturantes de integração de ensino e serviço na região e, por eleição na 2ª Oficina de EPS, identifica nove temas-problemas prioritários para focar seu trabalho, apresentando a relação entre o diagnóstico das necessidades e o planejamento das ações de EPS no Planalto Serrano esquematizando-os em causas, propostas, objetivo, público alvo, estratégias, meta, prazos, resultados e avaliação.

## **1.1 Objetivos do PAREPS**

- Articular os gestores da saúde, educação, trabalhadores de saúde e sociedade organizada, a fim de promover mudanças nas relações, nas práticas e nos processos de trabalho;

- Identificar os problemas de saúde da população da serra catarinense através de pesquisa e discussões “in loco” com gestores, profissionais da saúde, da educação, instituições afins e comunidade;



- Identificar as necessidades de educação permanente em saúde através de oficinas municipais desenvolvidas com gestores, técnicos da saúde e comunidade;
- Integrar ensino/serviço e controle social fomentando a educação permanente em saúde;
- Propor ações de educação permanente em saúde a curto, médio e longo prazo, para o enfrentamento das necessidades identificadas, estabelecendo as metodologias de execução;
- Fortalecer a CIES do Planalto Serrano através da ação integrada com seus pares;
- Monitorar e avaliar anualmente o Plano Regional de Educação Permanente em saúde objetivando a qualidade das ações ofertadas, bem como seu impacto nas relações e práticas de trabalho.

## 2 CONTEXTO SOCIOECONÔMICO E DO TERRITÓRIO DA SERRA CATARINENSE

Este capítulo apresenta a descrição da Serra Catarinense, abrangendo o contexto da região da serra catarinense, em dois momentos, o territorial e o sócio-econômico. Salientamos que os textos foram escritos e, por sua vez, autorizados pelos autores, Dr. Geraldo Augusto Löcks<sup>1</sup> e Andréia Back<sup>2</sup> et al., e constam no Plano Territorial de Desenvolvimento Rural Sustentável do Território Serra Catarinense (PTDRS) da Secretaria do Desenvolvimento Territorial (SDT)/Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA) (2011), disponibilizado por Selênio Sartori, colaborador e Diretor do referido plano.

### 2.1 A construção do território da Serra Catarinense<sup>3</sup>

Diferentes aspectos podem ser identificados na construção de um território: *a forma de ocupação e estruturação do espaço físico* por um determinado grupo social. As diferentes presenças e *cruzamentos étnicos* ou modos de vida de grupos sociais e culturas diferentes. As *atividades econômicas* desenvolvidas, ou seja, o modo como um determinado grupo produz e distribui os bens (materiais, políticos e simbólicos) necessários à vida de seus membros. Afinal, os seres humanos ao trabalharem, transformam o mundo, se constroem e garantem sua existência. Sabe-se que as atividades econômicas ou modos de produção da existência humana se diversificam ao longo da história e devem ser cumpridos todos os dias e todas as horas, como afirmam Marx e Engels, simplesmente para manter os homens vivos. Afinal, para viver, é preciso antes de tudo comer, beber, ter habitação, vestir-se e algumas coisas a mais. Estamos nos referindo ao primeiro ato histórico dos homens, ou seja, a produção dos meios

---

<sup>1</sup> Dr. em Antropologia pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Santa Catarina, atualmente, é professor no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Planalto Catarinense e da Graduação do Centro Universitário FACVEST.

<sup>2</sup> Membro juntamente com outros trinta e oito profissionais que elaboraram o PTDRS (SDT/MDA, 2011).

<sup>3</sup> Texto escrito por GERALDO AUGUSTO LÖCKS e extraído do PTDRS (SDT/MDA, 2011, p. 18-29).

que permitam a satisfação das necessidades, a produção da própria vida material (MARX e ENGELS, 1986)<sup>A</sup>.

As “relações de poder” existentes em todos os grupos sociais e em todas as sociedades são outro componente importante da construção do território. Sabemos que onde existe uma interação entre pessoas estará presente o poder. Ele é parte constituinte das relações humanas. As relações de poder se expressam nas relações entre os membros de uma família, de um grupo social, nas relações de vizinhança, na comunidade, nas organizações sociais, econômicas e políticas, sendo mais amplamente visíveis nas relações e atuação da organização jurídica e política que denominamos de município, estado ou de país. Passemos agora a refletir sobre cada um desses marcadores e indicadores da constituição de uma determinada territorialidade.

#### **a) A forma de ocupação e estruturação da terra**

No século XVIII, o Brasil ainda mantinha-se colônia de Portugal. Suas atividades econômicas eram quase totalmente orientadas e conduzidas para a metrópole. Isso ocorreu com a exploração do Pau-Brasil, o açúcar, a pecuária, o ouro, a borracha, o cacau, etc. No período de extração de minérios a economia concentrava-se em Minas Gerais. O transporte era feito por animais e para manter os trabalhadores escravos na exploração do ouro era fundamental o alimento, particularmente, a carne-charque que vinha do sul. É neste contexto que surge o Caminho das Tropas começando em Viamão, Rio Grande do Sul, indo até Sorocaba, São Paulo, por onde passavam tropas e tropeiros conduzindo os animais e alimentos para atender as demandas do Ciclo do Ouro. Ao longo do Caminho das Tropas foram surgindo povoados, vilas e pequenas cidades por onde os tropeiros paravam para o descanso e o abastecimento das tropas, entre elas, a Vila das Lagens<sup>2</sup>.

Além deste fato de natureza econômica, o Governo Colonial, precisava manter a integridade do território conquistado. Os espanhóis ameaçavam constantemente entrar e ocupar territórios no sul pertencentes a Portugal. Era preciso enviar uma expedição para assegurar estas terras, plantar uma bandeira de pertencimento, evitando qualquer obstáculo. Coube ao fazendeiro Antônio Correia Pinto de Macedo realizar esta tarefa. Em 1766, acompanhado de sua família, de um contingente de escravos e outros ajudantes, desce de São Paulo para fundar no Planalto Serrano, a Vila de Nossa Senhora dos Prazeres das Lagens, hoje conhecida como cidade de Lages.

Ao chegar naquele lugar de destaque para o descanso e o abastecimento de tropas, Correia Pinto tratou logo de executar seu empreendimento colonial. Enfrentando índios

Kaigang e Xoclung, habitantes encontrados ali, logo começaram os conflitos. Um verdadeiro genocídio (eliminação física de um grupo social) e um etnocídio (eliminação da cultura) foi praticado sobre os índios para dar lugar à primeira atividade econômica na região: a criação de gado.

### **b) as atividades econômicas desenvolvidas**

Através do regime vigente de sesmaria, senhores próximos e colabores do empreendimento de Correia Pinto, receberam do Governo Colonial grandes fazendas para a criação de gado. Nascia daquela forma a estruturação fundiária na região caracterizada por grandes extensões de terra apropriadas por poucos e grandes proprietários. Este modo de produção, isto é, esta atividade econômica iria se estender de 1766 a 1940. Paralelo às grandes fazendas que ocuparam o campo aberto com suas pastagens nativas, coexistia a pequena propriedade localizada nas barrancas de rios ou terras dobradas onde basicamente se cultivava o milho e o feijão para a subsistência. Não se pode subestimar este período e esta atividade, pois é desse período grande parte da herança cultural transmitida às futuras gerações da sociedade serrana.

Somente a partir de 1940 é que a pecuária extensiva apresenta sinais de declínio e inicia o conhecido “ciclo da madeira”. O Brasil, tendo no Governo Central, o presidente Getúlio Vargas, vive um processo de desenvolvimento marcado pela industrialização e urbanização. O setor da construção civil vive um momento de ascensão extraordinário. A madeira é um componente fundamental demandado nas principais cidades do país. Em Lages e região existem verdadeiras florestas de pinheirais até então intocável, sendo aproveitado somente o pinhão para alimento destinado à população e aos animais.

São, principalmente, os gaúchos de origem italiana que a partir de 40 se deslocam do Rio Grande do Sul para Lages com objetivo de explorar a atividade econômica da madeira. Serrarias se espalham por toda parte. Em pouco tempo muda a paisagem serrana: vilas de operários se formam ao redor das serrarias; clareiras se abrem nas florestas de araucária, quando não são eliminadas totalmente. Lages passa a viver um período de euforia desenvolvimentista. A cidade cresce. Recebe o apelido carinhoso de “Princesa da Serra”. Inauguram-se as primeiras salas de cinema. Implanta-se o sistema financeiro através da vinda dos primeiros bancos. Inaugura-se nesse período a BR 116, facilitando as comunicações entre a região, o estado e o país.

Mas a euforia foi paralisando quando o período da exploração da madeira foi apresentando sinais de declínio. Ao lado da exploração predatória, não houve a preocupação

com a recomposição das florestas de araucária que apresentam um ciclo longo para seu aproveitamento. As serrarias foram fechando e os trabalhadores com suas famílias, agora na condição de ex-operários da indústria madeireira da região começavam a se deslocarem para Lages ou outras cidades de Santa Catarina. Sem mais perspectiva de trabalho buscavam melhores condições de vida, ou seja, trabalho na cidade, onde necessariamente iriam demandar também moradia, infra-estrutura urbana, saúde, educação, transporte. A mão de obra que a cidade apresenta não era compatível com o saber fazer daquela população. A cidade passou a viver uma crise sob vários aspectos. Calazans, citada por Peixer (2002)<sup>B</sup>, resume a situação de Lages no fim do “ciclo da madeira” assim:

A década de 70 iniciou de forma difícil para a cidade de Lages. Este período demarca o final do ciclo da madeira, que tinha alterado todo contexto sócio-econômico, e também democrático, da região serrana de Santa Catarina. As reservas florestais tinham sido esgotadas; a maior parte das serrarias, localizadas no interior do município e da própria região, haviam encerrado sua atividade, por falta de matéria-prima, as grandes indústrias madeireiras, situadas no perímetro urbano, estavam em declínio de produção; os contingentes de trabalhadores, liberados das serrarias, aportavam na cidade, em busca de outros lugares de trabalho, as periferias da cidade iam se ampliando consideravelmente. No setor primário (agricultura e pecuária), as perspectivas eram reduzidas, por força de toda a estagnação que fora produzida no decorrer do período da industrialização da madeira. Na área de prestação de serviços, o sistema de manutenção mecânica e o sistema de transporte, criados para sustentar o ciclo da madeira, também entravam em colapso. (PEIXER<sup>B</sup>, 2002, p. 175 e 178).

A economia serrana ao longo das décadas seguintes vem sendo caracterizada por incerteza, falta de perspectivas, sobretudo, por um desnorreamento dos seus rumos futuros. Costuma-se afirmar que o modelo de desenvolvimento da serra catarinense é socialmente excludente, economicamente injusto, politicamente concentrador, ecologicamente insustentável. Hoje, o modelo mantém velhas e novas contradições. De um lado, observa-se o desenvolvimento do comércio, da construção civil, da democratização do acesso à educação básica, da multiplicação de instituições de ensino superior, públicas e privadas, diminuição do déficit habitacional, alguns avanços no atendimento à saúde e a infra-estrutura urbana. No campo multiplicam-se grupos de agricultores que fazem uma agricultura alternativa ou orgânica, progressivamente rompendo com o modelo da agricultura química. Na última década quatro assentamentos de reforma agrária se consolidaram indicando a possibilidade de uma distribuição justa da terra na região.

Do ponto de vista ambiental, a região ainda oferece água de qualidade, e algumas administrações já se preocupam com o tratamento do esgoto e do lixo. De outro lado, mantém

a força de trabalho de grande parte da população sem formação nas pequenas cidades e em Lages, desemprego, insegurança alimentar e nutricional, infra-estrutura urbana precária. Pode-se resumir o cenário regional hoje em três aspectos: um deserto verde constituído pela predominância da monocultura do pinus, a matéria prima para a indústria papelreira multinacional; um deserto azul formado pelos grandes lagos gerados pelo barramento dos rios da região realizado pelo consórcio de grandes empresas do aço, cimento e ferro, cuja finalidade é “a geração de energia” concebida como fundamental para o desenvolvimento nacional ou o necessário “progresso”; e desertos sociais emergem no campo resultante da migração de jovens que provocam vazios demográficos, envelhecimento, masculinização da população rural e eliminação de instituições sociais locais, como por exemplo, a escola do campo.

### **c) os cruzamentos étnicos**

Nosso pressuposto de partida é que o espaço da fazenda foi o *locus* principal onde se forjou a cultura serrana. Ali se cruzaram identidades étnicas como a presença do índio, o habitante nativo, o branco paulista descendente de portugueses, o negro na condição de escravo e o denominado caboclo que foi se multiplicando com o cruzamento do branco com o índio. A presença de descendentes de açorianos que deixaram o litoral catarinense e de espanhóis oriundos do Rio Grande do Sul através do Caminho das Tropas diversificou os grupos étnicos na Serra Catarinense. Ao longo do século XIX e começos do século XX somaram-se ainda descendentes de alemães e italianos. Basta observar a constituição do povo nos municípios de Bom Retiro, Urubici, Bocaina do Sul, Celso Ramos, Anita Garibaldi, inclusive São José do Cerrito. Em meados deste último século chegaram sírio-libaneses, os primeiros mascates em Lages. Eles percorreram a maioria dos municípios ao redor da serra. Os japoneses que se espalharam por Lages, São Joaquim, Curitiba, Campo Belo do Sul. Temos aí uma diversidade de etnias, de culturas, ou modos de vida que demonstram diferentes identidades étnicas, uma grande riqueza que constitui a população da serra catarinense. O documentário da RBS/TV – herança da serra – ilustra bem o que estamos afirmando, quando cada etnia pensa sobre a terra, a família, o trabalho, a alimentação, a religiosidade, o lugar onde nasceu e vive.

Referir-se à etnia implica em reconhecer culturas, grupos sociais diversos. De modo que, do ponto de vista étnico na serra catarinense deve-se reconhecer múltiplas identidades étnicas, ou seja, diferentes modos de viver, celebrar e classificar o mundo. Somos um conjunto social constituindo por diferentes etnias. De um lado, somos o povo serrano, mas um

povo que se expressa culturalmente de diferentes maneiras, no jeito de viver, no sotaque, na vestimenta, na culinária, nas maneiras de se relacionar, no ritmo de vida, no pensar o sentido do trabalho, na religiosidade. Nesta perspectiva, somos uno enquanto constituímos o povo serrano, mas somos diversos quando consideramos os diferentes gêneros culturais. Portanto, no lugar na homogeneidade cultural, viva a diferença.

Já é possível pensar da mesma forma quando nos referimos aos critérios das condições sócio-econômica. Em vez da diferença, aqui temos que pensar no valor da igualdade. Diante dos índices de desenvolvimento humano, vemos uma sociedade demarcada pela desigualdade social. Ou seja, a distribuição da renda, as oportunidades de emancipação dos sujeitos, o acesso aos bens necessários à vida de qualidade social, são problemas estruturais que desafiam uma sociedade que ainda sonha com a democracia social, política, econômica e cultural. Então, se de um lado, aplaudimos a diferença cultural, de outro, haveremos todos de combater a desigualdade social. Políticas de transferência de renda e políticas de resgates de dívidas sociais, econômicas e culturais devem ser saudadas como bem vindas no empoderamento de segmentos sociais que querem ver suas dívidas históricas resgatadas. Mulheres, afro-descendentes, caboclos, agricultores familiares, trabalhadores informais, são exemplos de agrupamentos sociais credores das políticas e ações a serem implementadas pelo estado com a participação e o controle da sociedade.

#### **d) as relações sócio-políticas**

As relações de propriedade da terra e do gado e a força de trabalho de não proprietários definiram logo a sociedade de classe na serra catarinense. O modo de estruturar a família e a hierarquia social também emergiu do espaço da fazenda. Conhecemos deste período o modelo de família extensa feita por laços de parentesco, mas ampliada por trabalhadores peões, agregados ocupados com a rotina de trabalho na fazenda. Neste ambiente o poder está concentrado nos proprietários de terra e gado. Os demais trabalhadores da fazenda ou não, vivem uma relação de dominação/submissão. A este tipo de poder chamamos de mandonismo local. O dono de terra e de gado, também é “dono” de gente. Neste ambiente desenvolve outra relação social, política e econômica denominada de coronelismo. Um fazendeiro vai se tornar coronel quando, tendo já o domínio político em sua localidade, candidata-se numa determinada eleição, vence e torna-se prefeito ou deputado.

O poder que ele detinha ou detém tem origem na propriedade da terra e do gado, agora se reveste da força do voto. Deste modo, combinam-se dois poderes: o poder advindo da terra e o poder da representação sustentada pelo voto. Espaços privado e público são as duas caras

do poder em uma mesma moeda – o coronelismo. Para cimentar e dar continuidade a esta relação, eleitos e eleitores passam a viver uma relação denominada de clientelismo. Ou seja, o coronel eleito mantém sua clientela, diga-se, eleitores, amarrados pela instituição do favor. Facilmente o público é confundido pelo privado. Os eleitores vivem das benesses, dos favores, dos auxílios, doações feitas pelos políticos eleitos. Outra instituição social e religiosa que dá consistência para estas relações de poder é o sistema do compadrio. Ele cria laços, institui o social, atravessa as relações de proprietários e não proprietários. Cria uma solidariedade e estabelece alianças entre políticos profissionais e sua base social; desenvolve um sentimento de fidelidade e confiança intra e entre classes sociais. Observando esta estrutura social, política e econômica é que podemos compreender a persistência do espaço da grande fazenda de criação de gado por mais de dois séculos contribuindo fortemente para a construção da identidade do território da serra catarinense. É compreensível que este sistema se espalhou de Lages para outros lugares, expressando-se em pequenas cidades e municípios da região.

Torna-se importante destacar que estas relações de poder ainda persistem hoje entre os habitantes da serra catarinense. Isto pode ser observado desde o espaço doméstico nas relações familiares, na prática de uma liderança na comunidade, no comportamento de um presidente de associação, nas atitudes de um político ou atrás do balcão de um órgão público, por exemplo.

Conceitos como ferramentas de trabalho:

### **- Identidade**

O estudo da *identidade* responde a muitas perguntas feitas por um sujeito ou um determinado grupo social. Quem somos? Como nos constituímos ao longo de nossa história? Por que somos semelhantes e ao mesmo tempo diferentes de outros grupos ou sociedades humanas? O que nos singulariza em relação a outros grupos sociais existentes em outras regiões?

A identidade é percebida pela relação que fazemos de uma pessoa com outra, de um grupo com outro grupo social. A identidade emerge pela comparação dos habitantes de uma região com outra região. Pode-se então pensar nas diferenças e semelhanças entre os habitantes da serra e os habitantes do litoral catarinense. É possível ver as diferenças e semelhanças entre o povo do sul e do nordeste brasileiro. Fica evidente os diferentes estilos de vida dos povos indígenas, dos afro-descendentes, de caboclos, de descendentes de italianos, alemães, e tantos outros existentes em Santa Catarina, no Brasil, em nosso continente latino-americano e pelos demais continentes. O tema da identidade é útil para se pensar o lugar onde



nascemos, vivemos e trabalhamos. Inclusive para pensar a realidade do campo e da cidade no que diz respeito aos estilos de vida, valores, condutas, o que se pensa sobre o significado da terra e da vida no campo, por exemplo.

Aprofundando ainda mais, vemos que a identidade ajuda a perceber as diferenças, os contrastes, as semelhanças entre indivíduos, famílias, grupos sociais, comunidades e sociedades. Facilmente podemos identificar o aparecimento da identidade: ela se revela silenciosamente através da cultura, pelos estilos de vida, hábitos, costumes, comportamentos, linguagem, música, arte, religiosidade, alimentação, no modo de vestir, no cuidado com o ambiente, na organização social, econômica e política da comunidade. Importante destacar na descrição da identidade como acontece a organização da sociedade, através de sindicatos, dos movimentos sociais, da organização da juventude e das mulheres; a participação do povo do campo em associações de produção, comercialização, de crédito, práticas de economia solidária, inclusive no modo como é visto a vida no campo e na cidade. Até mesmo, a relação do campo com a cidade e vice-versa. Pode-se pensar o campo e a cidade como espaços complementares, em oposição ou até mesmo na classificação um superior ou subordinado ao outro. Claro a identidade de uma comunidade do campo também se afirma pela relação que estabelece com sua escola e a educação do campo.

No espaço do campo se pode observar a identidade ainda se revelando no modo como a terra está distribuída, o jeito como cada família escolhe o modelo de agricultura, se é agroecológica ou se é agricultura química. Ou seja, o que cada unidade familiar planta, o que consome, o quê e como vende os produtos. Assim, basta permanecer atento para observar a importância e a manifestação da identidade. Esta ferramenta que denominamos de *identidade* tem ajudado muito a distinguir a realidade e a vida no campo, a pensar a escola e a educação do campo levando em conta a singularidade e a diversidade existente entre os povos que vivem e trabalham no campo.

### **- Cultura**

O outro conceito é o de *cultura*. Ele pode nos ajudar de muitas maneiras, principalmente, a entender melhor o que acontece em nosso mundo e em nossas relações na vida social. É muito comum se ouvir dizer que “José não tem cultura”, que “Joana é muito culta”. Este entendimento de cultura se refere a um certo nível de conhecimento ou de escolarização. Às vezes é referido deste modo para indicar uma pessoa muito bem informada, detentora de muitos títulos, diplomas. Outras vezes, por que desenvolve boa comunicação, utiliza um vocabulário variado, tem um status ou liderança reconhecida no grupo social. E, até mesmo este conceito de cultura pode ser confundido com inteligência. Então, é preciso estar

atento, pois como recomendam os estudiosos da cultura, este conceito poder se constituir em uma arma discriminatória. Ele pode ser usado para classificar pessoas, grupos, comunidades, um determinado lugar como o campo ou a cidade. Quem já não ouviu dizer que “no campo não tem cultura?”, que “o campo é atrasado!” “A cidade sim que é lugar de cultura, de progresso, onde vive a civilização!”. A discriminação por este uso da palavra cultura pode se dirigir contra o gênero, uma etnia, a idade, uma profissão, um grupo social, uma comunidade inteira. Trata-se do conceito de cultura no sentido do senso comum, muito utilizado em nosso meio. Como se pode observar é um conceito restrito, excludente, gerador de muitos preconceitos na vida social.

Podemos então pensar em outro conceito, denominado de antropológico. Aí sim, a cultura é tomada num sentido bem mais amplo e englobante. Entre muitos conceitos, podemos apreender o conceito de Da Matta (1978)<sup>C</sup>, para quem cultura é um conceito-chave para a interpretação da vida social, sendo a *maneira de viver total* de um grupo, sociedade, país ou pessoa. Mais, cultura opera como um mapa, um receituário, um código através do qual as pessoas de um dado grupo pensam, classificam, estudam e modificam o mundo e a si mesmos. Neste sentido podemos pensar na cultura do povo serrano, na cultura dos habitantes que residem em um município, na cultura urbana ou até mesmo na cultura do campo. Podemos nos referir também a gêneros de cultura que são equivalentes a diferentes modos de sentir, celebrar, pensar e atuar sobre o mundo. A cultura de povos indígenas, a cultura cabocla, a cultura do povo que vive em quilombos, a cultura dos descendentes de europeus, dos sírio-libaneses, japoneses, letos que vieram da Lituânia, no leste europeu, para a serra catarinense.

Outra contribuição do conceito de cultura é que ele permite a descoberta do *outro*. Ninguém se desenvolve sozinho na sociedade. A vida social acontece nas diferentes formas de relações que são estabelecidas no dia-a-dia da vida das pessoas. O eu está sempre relacionado com o tu, ou com o ele, denominado de *outro*. Se o ser humano é igual em sua constituição biológica, é absolutamente diferente um do outro, e o que faz esta diferença é a cultura produzida, transmitida e aprendida por uma pessoa ou um grupo social. O outro sempre é diferente e coloca o desafio de ser identificado e respeitado em suas diferenças. Neste sentido constata-se uma tremenda dificuldade na vida social de respeitar e dialogar com o outro, com a diferença. É que somos etnocêntricos, isto é, classificamos o outro, os outros, pelos valores da nossa cultura. Vemos o mundo a partir de nosso mundo, e não como um mundo entre outros mundos, sem superiores, nem inferiores, mas diferentes. Como sair da armadilha de ver o outro ou o mundo dos outros classificando de bom ou ruim, inferior ou superior, feio ou bonito? Praticar constantemente a ética do respeito, do reconhecimento da

alteridade; exercitar o que Paulo Freire denomina de pedagógica do diálogo com outro pode ajudar na visão de um mundo social onde as diferenças, a presença de muitas culturas, consequentemente de diferentes modos de vida constituem a riqueza da sociedade humana.

Afinal, precisamos uns dos outros para a realização de nossa condição humana e de nosso desenvolvimento como grupo social. Afirmou Benedict (1997, p. 67), “que a cultura é como uma lente através da qual o homem vê o mundo”. Ou seja, vemos o nosso mundo e o mundo dos outros com os valores, os comportamentos padronizados de nossa herança cultural desenvolvida através de inúmeras gerações. Por isto, precisamos conhecer nossa cultura, reconhecer a dos outros para conviver em uma sociedade multicultural, pluri-étnica, onde emerge cada vez mais o direito à diferença e o reconhecimento da diversidade de valores, comportamentos e modos de vida.

### **- Território**

A terceira ferramenta que ajuda demonstrar o modo como o a região da serra catarinense tem sido construído é exatamente o *território*. Há tempos ainda recentes ensinava-se que território indicava o tamanho de um país, de um estado ou de um município. Portanto, território identificava o espaço físico, por isto, dizia-se que o Brasil podia ser visto como um grande continente com oito milhões e quinhentos mil quilômetros quadrados.

O processo de globalização neoliberal acabou difundindo o mito do “fim dos territórios” onde o espaço local estaria subordinado ao global. Foi quando apareceu também a palavra “desterritorialização” para se referir à territorialização extremamente precária a que estão sujeitos, cada vez mais, os “sem-teto”, os “sem terra” e outros tantos grupos sociais minoritários na sua luta pelo “território mínimo” do abrigo e do aconchego cotidianos (HAESBAERT, 2006). O fato é que emergiu uma verdadeira explosão de ideias em torno da palavra território. Atualmente este conceito remete para outros significados. Território hoje compreende muitos aspectos da realidade vivida por uma comunidade ou uma sociedade. Neste sentido, espaço físico e território não se confundem. O espaço é anterior ao território. Podemos identificar um determinado espaço físico que não nos diz nada sobre o território. Este resulta das relações estabelecidas pelos sujeitos ou indivíduos que vivem num espaço físico. Portanto, são as pessoas que fazem o território através de suas relações sociais, econômicas, políticas, culturais e ambientais.

É claro também que o território não é fechado. Sendo suas fronteiras flexíveis, ele se constrói através de redes estabelecidas por atores internos e externos que interagem entre si. Resumindo, podemos afirmar que o território é constituído pelo conjunto das relações existentes entre os indivíduos na identificação de seus problemas, dilemas, contradições

presentes na vida social e também na busca de suas soluções. Então, como é a vida social, o território se constrói e se mostra muito dinâmico, complexo, diversificado, merecendo sempre um olhar atento e crítico para sua compreensão e construção.

Dito de outra maneira, o território é a nossa casa onde vivemos, trabalhamos e fazemos a nossa história. Reflete-se ainda sobre a o território no sentido amplo, segundo Haesbaert (2006) que vai desde um nível físico ou biológico (enquanto somos seres com necessidades básicas como água, ar, alimento, abrigo para repousar), até um nível mais imaterial ou simbólico (enquanto seres que somos dotados de poder da representação e da imaginação e que a todo instante re-significam e se apropriam simbolicamente do seu meio), incluindo distinções de classe sócio-econômica, gênero, grupo etário, etnia, religião, etc. Haesbaert (2006) recomenda que devemos priorizar a dinâmica combinada de múltiplos territórios (...) no caso de um indivíduo e/ou grupo social mais coeso, podemos dizer que eles constroem seus (multi) territórios integrando, de alguma forma, num mesmo conjunto, sua experiência cultura, econômica e política em relação ao espaço.

## **2.2 Caracterização socioeconômica do território<sup>4</sup>**

Neste subtítulo faz-se uma caracterização socioeconômica da região da Serra Catarinense.

A Figura 1, a seguir, apresenta a localização geográfica do Território no estado e dos municípios no interior do Território. Os dezoito municípios que constituem o Território do Serra Catarinense abrangem uma área total de 16.085 Km<sup>2</sup>, o que representa 16,9% da superfície de Santa Catarina. Em 2000, sua população era de 287.276 habitantes (4,97% da população estadual), passando para 283.251 em 2010 (4,53% da população estadual). Enquanto Santa Catarina registrou um crescimento populacional de 15,4%, a população do Território decresceu 1,40% no período intercensitário 2000-2010.

Segundo dados preliminares do Censo Demográfico de 2010 apresentados na Tabela 1, a seguir, o Território possui uma Densidade Demográfica (DD) de 17,6 hab./Km<sup>2</sup>, bem inferior aos 64,8 hab./Km<sup>2</sup> do estado e próximo da DD do país (21,7%). As duas maiores densidades demográficas verificam-se em Lages (58,3 hab./km<sup>2</sup>) e Correia Pinto (22,5 hab./Km<sup>2</sup>). Todos os demais municípios têm DD inferiores a 20 hab./Km<sup>2</sup>, sendo a menor delas de 2,1 hab./Km<sup>2</sup> registrada no município de Capão Alto.

---

<sup>4</sup> Texto extraído do PTDRS (SDT/MDA, 2011, p. 30-32)

Figura 1: Localização geográfica dos municípios no Território



Fonte: Mattei, 2003

Além disso, dez municípios apresentaram crescimento populacional negativo no período de 2000 e 2010. Os municípios de Anita Garibaldi (-16,17%), Correia Pinto (-13,91%), Cerro Negro (-12,84%) e São José do Cerrito (-10,78%) foram os que registraram as maiores taxas de decréscimo populacional.

Dos dezoito municípios, nove possuem mais de cinco mil habitantes, e apenas quatro possuem mais de dez mil habitantes: Lages (153.944), São Joaquim (24.762), Otacílio Costa (16.284) e Correia Pinto (14.658). Esses quatro municípios concentram (74,1)% do total da população do Território, sendo que Lages e São Joaquim exercem o papel de municípios-pólo e são sedes das duas Secretarias de Desenvolvimento Regional existentes no Território. Juntos concentram 63,2% da população total do Território, bem como os serviços essenciais à população. Vale ressaltar que o município de Lages sozinho concentra 54,4% da população de todo o Território. Dentre todos os dezoito municípios, Palmeira tem a menor população (2.335 hab.), seguido por Painel (2.353 hab.) e Rio Rufino (2.436).

A Tabela 1, a seguir, possibilita observar que, em 2000, o percentual da população que vivia nos perímetros urbanos ou nas sedes de distritos desses municípios – e que, por isso, foi considerada urbana pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – era da ordem de 79,5%, correspondendo a 228.297 habitantes. O restante, considerado IBGE como população rural, representava 20,5% do total da população, somando 58.979 pessoas. Sob essa mesma ótica, em 2010, a população rural decaiu em termos absolutos para 50.451 habitantes, ao passo que a população urbana cresceu para 235.840 habitantes. Em termos proporcionais, a relação populacional rural-urbana teria ficado 17,8% rural e 83,3% urbana.

Dentre os dezoito municípios do Território, treze registraram decréscimo da população considerada rural pelo IBGE no período intercensitário 2000-2010 (Tabela 2), sendo que sete registraram decréscimo percentual superior ao valor do Território (-14,5%). Esta perda de população rural nos municípios e no Território encontra-se superior aos valores do estado (-12,12%) e da Região Sul (-13,76%). Os principais decréscimos registrados ocorreram nos municípios de Correia Pinto, que perdeu 44,3% da sua população rural nesse período, seguido por Anita Garibaldi (-33,1%), Lages (-31,9%) e Capão Alto (-25,9%).

Tabela 01. Território Serra Catarinense, população total e variação percentual/município; 2000, 2007 e 2010

Município	2000	Variação %	2007	Variação %	2010	Variação %	Área (km <sup>2</sup> )	D.D 2010
	Total	2000 2007	Total	2007 2010	Total	2000 2010		
Anita Garibaldi	10.273	11,02%	9.141	5,79%	8.612	16,17%	589	14,6
Bocaina do Sul	2.980	2,25%	3.047	7,81%	3.285	10,23%	496	6,6
Bom Jardim da Serra	4.079	3,31%	4.214	4,18%	4.390	7,62%	935	4,7
Bom Retiro	7.967	3,65%	8.258	8,28%	8.942	12,24%	1.056	8,5
Campo Belo do Sul	8.051	1,03%	7.968	6,12%	7.480	7,09%	1.027	7,3
Capão Alto	3.020	6,29%	3.210	14,58%	2.742	9,21%	1.335	2,1
Cerro Negro	4.098	3,66%	3.948	9,52%	3.572	12,84%	417	8,6
Correia Pinto	17.026	12,85%	14.838	1,21%	14.658	13,91%	652	22,5
Lages	157.682	2,47%	161.583	4,62%	154.122	2,26%	2.644	58,3
Otacílio Costa	13.993	12,15%	15.693	3,77%	16.284	16,37%	847	19,2
Painel	2.384	3,65%	2.297	2,44%	2.353	1,30%	742	3,2
Palmeira	2.133	9,42%	2.334	0,04%	2.335	9,47%	292	8,0
Ponte Alta	5.168	1,70%	5.080	4,70%	4.841	6,33%	567	8,5
Rio Rufino	2.414	0,79%	2.433	0,12%	2.436	0,91%	283	8,6
São Joaquim	22.836	5,35%	24.058	2,93%	24.762	8,43%	1.886	13,1
São José do Cerrito	10.393	0,86%	10.304	10,01%	9.273	10,78%	946	9,8
Urubici	10.252	1,82%	10.439	2,34%	10.683	4,20%	1.019	10,5
Urupema	2.527	1,03%	2.501	0,80%	2.481	1,82%	353	7,0
<b>Total Território</b>	<b>287.276</b>	<b>1,42%</b>	<b>291.346</b>	<b>2,78%</b>	<b>283.251</b>	<b>1,40%</b>	<b>16.085</b>	<b>17,6</b>
Santa Catarina	5.356.360	9,52%	5.866.252	6,54%	6.249.682	16,68%	95.346	65,5
Sul	25.107.616	6,48%	26.733.595	2,44%	27.384.815	9,07%	577.214	47,4
Brasil	169.799.170	8,36%	183.987.291	3,67%	190.732.694	12,33%	8.547.404	22,3

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2000, 2010 e Contagem da População, 2007.

A pluriatividade agrícola, entendida como a estratégia de reprodução social de famílias de agricultores por meio da obtenção de renda com trabalhos fora do seu estabelecimento, é característica da região. Há quase cinco mil estabelecimentos, outros 6.026 (40,5%) possuem áreas no estrato de 10 a 50 ha e, também, configuram, parcela prioritária da política de desenvolvimento territorial do MDA/SDT.

Existem 1.417 estabelecimentos agropecuários no Território (10,8%) geridos por agricultores não-proprietários (arrendatários, parceiros, ocupantes, assentados sem titulação definitiva e sem área). Em valores relativos, o Território encontra-se pouco abaixo do verificado no estado (10,9%). Embora não se possa afirmar que todos sejam familiares, muito possivelmente a maioria faz parte dessa categoria social.

O Território Serra Catarinense se destaca nas culturas de milho, feijão, soja, cebola, tomate, batata-inglesa, fumo e trigo. O destaque entre os municípios em relação ao valor total produzido é Campo Belo do Sul, com R\$ 20,5 milhões (13,6%). Em relação às lavouras de milho e feijão, cultivos típicos da agricultura familiar, Os municípios com áreas maiores plantadas são São José do Cerrito (15.751 ha) e Campo Belo do Sul (14.315 ha). Cabe especial referência ao cultivo de batata inglesa no Território, que ocupa áreas menores, mas apresenta maior rentabilidade, quando comparado às culturas tradicionais. No caso, 18,4% do total de batata inglesa produzido em Santa Catarina é procedente do Território Serra Catarinense. Dos dezoito municípios, dezesseis cultivam batata inglesa, sendo São Joaquim o que detém a maior área plantada (350 ha), seguido por Urupema (230 ha).

Com relação às lavouras permanentes, o Território Serra Catarinense se destaca especialmente na cultura da maçã, estando presente em quinze dos dezoito municípios do Território, [...] sendo inclusive muito expressiva em nível estadual, uma vez que o Território concentra 60% da área agrícola destinada a essa cultura no estado. Destacam-se no Território, especialmente no município de São Joaquim, seguido por Bom Jardim da Serra e Bom Retiro.

O efetivo dos principais rebanhos no Território Serra Catarinense, onde figuram a criação de cinco grupos principais: galos, frangas, frangos e pintos com maior rebanho, galinhas, bovinos, suínos e ovinos. Nos dezoito municípios houve presença desses cinco rebanhos. Cabe um especial destaque para a produção de bovinos, que representa 14% do total do estado e, também, para a produção de ovinos, que apesar de em números absolutos não ser tão expressiva, representa 20% do efetivo total de animais em Santa Catarina. Dentre os municípios com maior representatividade na criação de bovinos destacam-se Lages, seguido por São Joaquim, São José do Cerrito e Capão Alto. Rio Rufino e Palmeira são os municípios que apresentaram menor criação de bovinos. O rebanho ovino destaca-se

principalmente em Lages, ocorrendo de forma menos expressiva em todos os demais dezoito municípios. [...].

A produção de madeira em tora para as indústrias de papel e celulose está presente em todos os municípios. [...] Os cultivos de *pinus* representam, conforme visto no tópico sobre o setor industrial. [...] com destaques para os municípios de Otacílio Costa, Bocaina do Sul e Ponte Alta. A produção de madeira e o valor gerado no Território têm uma parcela destinada para serrarias e não somente para as indústrias de papel e celulose.

O desenvolvimento econômico regional deveria ser o principal objetivo das políticas públicas governamentais aplicadas nos municípios da região, a busca por investimentos faz parte do desenvolvimento sustentável das cidades, cada município tem um atributo maior ou menor para atração de empreendimentos que provoquem sua sustentabilidade financeira.

Em relação ao comércio conforme dados da Associação Empresarial de Lages (ACIL) que tem como missão defender os interesses da classe empresarial, oportunizando serviços aos associados e articulando ações para o desenvolvimento sustentável da Serra Catarinense, existe em se quadro de associados 620 empresas comerciais (hotéis, bancos, lojas, clínicas, confeitarias, bares, restaurantes e outros) sendo que 98% estão em Lages as demais se localizam em Campo Belo do Sul, Correia Pinto, Otacílio Costa e Palmeira. A Câmara de Dirigentes Lojistas de Lages - CDL que tem como missão representar e prestar serviços aos associados, com qualidade e segurança na informação, visando o desenvolvimento empresarial, possui 1.100 associados nas cidades de Lages, Urupema, Painel e Bocaina do Sul. Existe Câmara de Dirigentes Lojistas também em Otacílio Costa, Bom Retiro, São José do Cerrito, Correia Pinto, Campo Belo do Sul e São Joaquim.

### **2.3 Organização político-administrativa**

A organização político administrativa da serra catarinense constitui-se pela Associação dos Municípios da Região Serrana (Amures), que foi fundada em agosto de 1968. Como uma entidade que busca a integração político-administrativa, econômica e social dos seus 18 municípios, que a constituem.

Com a Missão de: Trabalhar em prol dos Municípios da Serra Catarinense, visando o melhoramento da capacidade administrativa e executiva das prefeituras, promovendo o bem estar das pessoas e o desenvolvimento sustentável da região, tem o propósito de fortalecer as administrações públicas; de defender e reivindicar os interesses regionais; de promover o estabelecimento de cooperação intermunicipal e intergovernamental da região e de aproximar



através dos Fóruns Regionais das Secretarias Municipais, promovendo a troca de experiências.

Os 18 municípios em constituem a Amures ocupam uma área aproximada de 16.085,355 Km<sup>2</sup>. Sua superfície corresponde a 16,87% do território catarinense que é de 95.346,355 Km<sup>2</sup>. Com uma população de 286.291 habitantes que corresponde a 4,63% dos habitantes de Santa Catarina que pelo Censo/2010 do IGBE é de 6.178,603 habitantes.

Sua economia está alicerçada na indústria de bebidas e alimentos, agropecuária, fruticultura, comércio, silvicultura, turismo rural e indústria madeireira e de processamento da celulose.

É considerada a região mais rica do Estado em biodiversidade vegetal e animal por ainda possuir matas virgens e rios de águas cristalinas.

A Secretaria de desenvolvimento Regional (SDR Lages) foi criada pelo governo do Estado, através de Lei Complementar nº 243/2003, reforçada pela Lei nº 284/2005, que reformulou a estrutura administrativa de todo Estado. Na primeira Lei criou as Secretarias de Desenvolvimento Regional (SDR), constituindo em suas estruturas administrativas, várias Gerências, representantes das Secretarias Setoriais com a proposta de uma nova cultura organizacional na administração pública, onde propõe um Estado central menor, mais eficaz e que execute suas funções políticas com eficiência. É constituída por 12 municípios de abrangência regional.

### **3 CONTEXTO HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PLANALTO SERRANO<sup>5</sup>**

A política de educação permanente em saúde na Serra Catarinense vem sendo construída com esforço e persistência de alguns atores sociais empenhados com a disseminação dos conceitos e práticas da educação em saúde.

O histórico da educação permanente em saúde na Serra Catarinense perpassa dois importantes momentos o primeiro surge com o Pólo de EPS criado no ano de 2002. O segundo momento com a nova reconfiguração da EPS tem o compromisso de apoiar os processos de formação e desenvolvimento de gestores, trabalhadores, usuários do SUS e da educação colaborando na descentralização das atividades de planejamento, monitoramento, avaliação e execução orçamentária da educação permanente, onde em 2008 constituindo-se a CIES do Planalto Serrano.

No decorrer deste capítulo, historicamente, as principais iniciativas estão apresentadas desde o surgimento do Polo de Educação Permanente em Saúde do Planalto Serrano e a criação da CIES até os dias atuais.

#### **3.1 Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião do Planalto Serrano<sup>6</sup>**

O Pólo de EPS da Macrorregião do Planalto Serrano foi articulado pela enfermeira Tânia Mara da Silva Bellato juntamente com outros profissionais ligados a macro regional da Serra Catarinense. A seguir há a descrição de suas principais ações até a criação deste grupo de trabalho:

---

<sup>5</sup> Texto elaborado para este PAREPS.

<sup>6</sup> Relato realizado por Tania Mara da Silva Bellato que Coordenou o Núcleo Regional do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião do Planalto Serrano.

- De 2000 a 2002

No ano de 2000, por iniciativa da Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC, houve a promoção e articulação da Universidade com as SMS da Macrorregião da Serra Catarinense para elaboração do Projeto de criação do 7º Núcleo Regional de Educação e Capacitação da Saúde da Família - NRECSF/UNIPLAC, e obteve-se aprovação do Projeto pela Portaria nº 0795/SES/2000, tendo como Coordenadora do Núcleo Regional a professora Msc Tania Mara da Silva Bellato.

Neste período, o 7º NRECSF, em parceria com a UNISUL, a 15ª Regional de Saúde e SMS de Lages, SC, desenvolveu capacitações de abrangência regional, contemplando os municípios integrantes da AMURES. Os profissionais capacitados integravam as equipes da Estratégia de Saúde da Família - ESF. Foram desenvolvidos os seguintes cursos: Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, qualificando sessenta profissionais; Curso Introdutório para ESF, qualificando cem profissionais; Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde - ACS, qualificando cem profissionais.

No ano de 2002, foram realizadas três capacitações com as equipes de Saúde da Família da Macrorregião, enfocando estratégias de intervenção para o fortalecimento do Programa Nacional de Combate e Prevenção da Dengue, em parceria com a FUNASA. Neste ano, contando com a parceria da Coordenação da 15ª Gerência Regional de Saúde/SES, foi desenvolvido o Seminário Macrorregional de Avaliação e Levantamento Diagnóstico. O seminário envolveu representantes de diversos segmentos, visando identificação de novas capacitações na Macrorregião.

- Ano de 2003

Neste ano, a SES-SC convocou os coordenadores dos NRECSF para deliberações referentes à implantação da nova Política Estadual de Educação em Saúde, ou seja, a transformação dos NRECSF em Pólos Regionais de Educação Permanente. Na Macrorregião da Serra Catarinense, iniciaram-se as tratativas para articulação e implantação da nova estrutura. A 15ª Gerência Regional de Saúde/SES promoveu várias reuniões, com a presença de diversos segmentos representativos, houve a oficialização da nova estrutura do Pólo Regional de Educação Permanente em Saúde do Planalto Serrano (Ata de Implantação n 01/2003/PREPS). Neste dia, foram estruturadas as Comissões de Estudo, com diversos integrantes objetivando a elaboração do Projeto de Implantação do Pólo Regional de Educação Permanente em Saúde do Planalto Serrano.

Cabe, então, resgatar a Portaria MS nº 198, publicada somente em 13/02/04, com as diretrizes para implantação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde. Nesse período, as diretrizes para funcionamento dos Pólos no estado de Santa Catarina foram sendo construídas pelos relatos de experiências dos articuladores de cada Macrorregião. De acordo com as discussões regionais, o Pólo Regional de Educação Permanente em Saúde do Planalto Serrano, foi representado pelas seguintes instituições:

- Secretaria de Desenvolvimento Regional/27ª Gerência Regional de Saúde/12 municípios (representados pelos Secretários Municipais de Saúde e Gerente Regional de Saúde);
- Secretaria de Desenvolvimento Regional/28ª Gerência Regional de Saúde/06 municípios (representados pelos Secretários Municipais de Saúde e Gerente Regional de Saúde);
- Secretaria de Desenvolvimento Regional/11ª Gerência Regional de Saúde/06 municípios (representados pelos Secretários Municipais de Saúde e Gerente Regional de Saúde);
- Associação Brasileira de Enfermagem – Núcleo Regional de Lages;
- Serviço Nacional do Comércio (SENAC);
- Associação Brasileira de Odontologia – seccional Lages;
- Associação Brasileira de Medicina – seccional Lages;
- Centro de Educação Profissional (CEDUP) – Cursos na área da saúde;
- Universidade do Planalto Catarinense - (UNIPLAC);
- Faculdade de Rede Integrada UNIVEST, atual Centro Universitário FACVEST;
- Representação Estudantil (de nível médio e universitário);
- Representação dos Conselhos Municipais de Saúde - Segmento Usuários;
- Associação Catarinense de Apoio Social e Educacional à Família (ACASEF) como Organização Não Governamental (ONG);
- Hospital Geral e Maternidade Teresa Ramos;
- Hospital Nossa Senhora dos Prazeres;
- Pastoral da Saúde;
- Profissionais liberais da área da saúde;
- Empresa de pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina (Epagri)

As instituições eram representadas através da indicação de um titular e um suplente. As reuniões ocorreram bimestralmente e as deliberações eram tomadas por meio de consensos. Dentre as principais deliberações das plenárias, destacam-se a aprovação do Regimento Interno Provisório, indicando os representantes responsáveis pelas Comissões de Estudo e a manutenção do nome da articuladora Enf<sup>a</sup>. Tania Mara da Silva Bellato. Os

representantes participaram ativamente da Revisão Estadual da Política de capacitação desenvolvendo diversas atividades tais como:

- Reuniões mensais na SES (representante do Pólo Regional de EPS do Planalto Serrano (profissional da SMS Lages-SC e a articuladora) no município de Florianópolis-SC, visando à avaliação da Política Estadual de EPS;
- Participação nas reuniões bimestrais do Pólo Regional de EPS do Planalto Serrano.

As contribuições foram relevantes para o Planejamento Estadual e Regional da Política de EPS: Diretrizes para a implantação dos Pólos Regionais no Estado de SC/ Colegiado Transitório Estadual de Educação Permanente em Saúde; e definição da aplicação dos recursos financeiros. De igual relevância, posse do Fórum Estadual de EPS (julho/2004); a aprovação do Regimento Interno do Fórum Estadual de EPS que, posteriormente, subsidiou a elaboração e aprovação do Regimento Interno do Pólo Regional de EPS do Planalto Serrano. Elaboração do projeto de criação do Pólo Regional de EPS do Planalto Serrano.

O projeto de criação do Pólo Regional de EPS do Planalto Serrano previa alguns projetos iniciais com execução prevista para os anos de 2003 a 2005, sendo:

- Oficina de implantação do Pólo Regional de EPS;
- Ações de Capacitação Profissional e de Educação em Saúde e Meio-Ambiente;
- Ecologia de Animais de interesse médico e veterinário;
- Educação Permanente para Agentes Comunitários de Saúde;
- Reestruturação Curricular dos Cursos da Saúde;
- outras ações descritas a seguir.

- Anos de 2004

Destacam-se outras atividades promovidas pelo Pólo Regional de EPS do Planalto Serrano:

- *Seminário Regional de EPS*, que ocorreu em julho de 2004, na UNIPLAC, tendo como objetivo sensibilizar os profissionais das diversas áreas do conhecimento à multiplicação de informações e conhecimentos a cerca da concepção estrutura e funcionamento do Pólo Regional de EPS. Foi organizado pela articuladora e demais integrantes do Pólo Regional de EPS, distribuindo convite para outras instituições. Teve como palestrantes os Técnicos e Consultores da SES-SC e do MS e contou com a presença de cem pessoas dos diversos

segmentos representativos, sendo uma forte estratégia de adesão Macrorregional à Política Regional de EPS.

- Oficina de Capacitação de Tutores, em março de 2004, Florianópolis-SC, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), que em processo seletivo selecionaram três tutores da Macrorregião da Serra Catarinense, Lilia Aparecida Kanan, Jaqueline Erig Omizzolo, Tania Mara da S. Bellato, para atuarem no Pólo Regional de EPS do Planalto Serrano, no curso de Facilitadores de EPS;

- *Curso de Facilitadores de EPS*, em parceria entre a Escola Estadual de Saúde Pública (EESP), promovido pela ENSP, FIOCRUZ e MS. Foram capacitados 58 profissionais de diversas áreas do conhecimento, envolvendo profissionais da 27ª Gerência Regional de Saúde, 28ª Gerência Regional de Saúde e 11ª Gerência Regional de Saúde. A mobilização destas pessoas com a articulação das instituições foi considerada uma potente iniciativa para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde/SUS;

- *Oficina do CONASS* com os representantes das SES nos Fóruns e Pólos de EPS, em 2004, Brasília, teve como representação do Fórum Estadual dos Pólos de EPS: Helen Bruggmann Schimitt e Tania Mara da S. Bellato, resultando em novas proposições para redefinição da Política Estadual de EPS. As proposições encaminhadas foram consensuadas anteriormente em cada plenária dos Pólos Regionais.

- *Reunião* visando apresentação e análise do projeto do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação para a qualificação do agente comunitário de saúde, em 2004, Brasília, sendo o Pólo Regional de EPS do Planalto Serrano representado pela enfermeira Jane Maria Gerber Neves, da SMS de Correia Pinto-SC;

- *Reunião* no Pólo Regional de EPS do Planalto Serrano, em 2004, Lages-SC, para apresentação e análise do Projeto da qualificação do agente comunitário de saúde do MS e Ministério da Educação e Cultura (MEC), foi instituída uma comissão de estudo para integrar a Comissão Estadual na elaboração do referido projeto, composta por Eliane Santana de Liz do SENAC, Leila Arruda Alves do CEDUP e Tânia Mara da Silva Bellato, resultando no *Projeto com Formação do Agente Comunitário de Saúde*;

- *Capacitação Formação do Agente Comunitário de Saúde* - Módulo I, desenvolvido na Macrorregião da Serra Catarinense pela Escola Estadual de Formação em Saúde (EFOS).

- *Oficina de Imersão Conceitual de EPS*, em 2004, Balneário de Camboriú –SC, teve como representação do Pólo Regional de EPS: Tania Mara da S. Bellato, articuladora; Carlos Antônio Schnaider, Gestor Municipal de Saúde; Ricardo Coelho, Rede Hospitalar; Eliane Santana de Liz, Instituição de Ensino; Rita da Silva, ONG; Miriam Kunhen, profissional da Saúde, Odila Maria Waldrich, Representante estudantil;

- *Reunião para apresentação do projeto de Combate e Prevenção à Tuberculose*, em 2004, Brasília, tendo como representantes do Pólo Regional de EPS: Patricia Werner, SMS Lages-SC; Marici S. Jeremias, 27ª Regional de Saúde SC; e Daniela Guisleri, Instituições de Ensino.

- Ano 2005

Nesse ano aconteceu a *Oficina de Planejamento Estratégico*, em 2005, Lages-SC, objetivou a validação em plenária dos principais “nós críticos”, considerando os aspectos fundamentais para o planejamento de novas ações de capacitação e intervenção de EPS. Participaram alunos do curso de Facilitadores de EPS e integrantes do Pólo Regional de EPS do Planalto Serrano. Os principais “Nós críticos” descritos foram:

- Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde;
- Capacitação dos Gestores Municipais de Saúde;
- Qualificação dos profissionais de saúde que atuam na ESF;
- Qualificação dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica;
- Mudança das estruturas curriculares dos cursos de graduação e ensino médio em Saúde (adequação às Diretrizes Curriculares MEC);
- Capacitação dos conselheiros municipais de Saúde;
- Reorganização da Rede de Assistência à Saúde;
- Formação de novos facilitadores de EPS;
- Formação do profissional Técnico em Higiene Dental.

As definições coletivas destas áreas subsidiaram a elaboração de novos projetos de intervenção.

- Ano 2006

Entre a concepção e aprovação dos projetos por parte do Fórum Estadual de Pólos de SC e do MS transcorreram três anos. Com a finalidade de atualizar e tornar viáveis algumas propostas, em março de 2006, quando da liberação dos recursos para a Instituição Mantenedora, a UNIPLAC, estruturou-se uma comissão de profissionais representantes das instituições beneficiadas no projeto para avaliação do que originalmente havia sido proposto e aprovado e as condições no período. Dessa análise, ficou deliberado pela comissão, o desenvolvimento de dois seminários:

- *I Seminário Interdisciplinar Identidade Cultural da população serrana de Santa Catarina: aspectos históricos, políticos, sociais, educacionais e de saúde*, em março e abril de 2006, Lages-SC, teve como instituições parceiras: UNIPLAC, SENAC, CEDUP, SES-SC, Pólo Regional de EPS do Planalto Serrano, SMS's da Região da AMURES; e participaram 394 pessoas;

- *II Seminário Interdisciplinar: Educação, conhecimento, trabalho e profissão. Instituições*, em abril e junho de 2006, as instituições parceiras foram: UNIPLAC, SENAC, CEDUP, SMS's da Região da AMURES; e teve 393 participantes.

As reflexões promovidas nos dois seminários geraram:

- As reestruturações das estruturas Curriculares dos cursos de graduação da área de saúde da UNIPLAC e dos cursos de nível médio do CEDUP;

- A proposição do Projeto de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Na UNIPLAC foi estruturada uma comissão composta por diversas representações para elaboração do Projeto. A primeira turma iniciou junho de 2006.

#### - Ano 2007

A SES-SC seleciona, por edital, profissionais para o Projeto de Expansão e Consolidação do Programa de Saúde da Família (PROESF), para contratação de consultoria individual de profissionais, visando a orientação das equipes de Saúde da Família para elaboração de projetos. Foram aprovadas as profissionais Enf. Jaqueline Erig Omizzolo e Tania Mara da Silva Bellato. Da consultoria realizada às equipes de saúde da família, foram elaborados oito projetos, tendo como parâmetros os seguintes critérios: Impacto na Atenção Básica, Referência nos indicadores na Atenção Básica, Delimitação do perfil epidemiológico, Exequibilidade, Relevância para a comunidade, Proposta metodológica, Questões Éticas. Os oito projetos foram apresentados no Seminário Estadual de Saúde da Família e um deles foi premiado.

#### - Ano 2008

O Colegiado do Pólo Regional de EPS deliberou novo levantamento das necessidades de educação em saúde na Macrorregião da Serra Catarinense e a realização de oficinas municipais. Para realizar o levantamento foram capacitadas as alunas e instrutoras do Curso de Gerenciamento em Unidades Básicas de Saúde (GERUS) e criados instrumentos padronizados visando a reflexão e coleta de dados das necessidades de educação em saúde.



Em cada município da Macrorregião realizou-se uma *oficina de diagnóstico das necessidades de educação em saúde*. Os resultados priorizados para a Macrorregião da Serra Catarinense foram às seguintes:

- Saúde Mental;
- Controle Avaliação e Auditoria;
- Capacitação dos Gestores Municipais de Saúde;
- Prevenção e Controle do Câncer de Colo Uterino.

Ainda, em 2008, outra demanda da Secretaria Estadual de Saúde foi à revisão da Política de Educação Permanente, tendo uma nova reconfiguração Estadual da Política de Educação Permanente em Saúde. Novos atores, por convite, assumiram o processo de articulação na Macrorregião. Em reunião ocorrida no dia 14/08/2008, no auditório da AMURES, a senhorita Mara Regina Bueno Stanck assumiu a articulação do Colegiado do Pólo Regional de EPS do Planalto Serrano.

### **3.2 CIES do Planalto Serrano**

É inegável a importância do Pólo Regional de Educação em Saúde, pois foi a partir dele que as ações de EPS começaram seu processo de organização e de reconhecimento da realidade, a união entre diversas instituições e atores envolvidos com a causa iniciou a reflexão do diagnóstico das necessidades reais da região. Pelo histórico apresentado percebemos que muito foi feito e que os caminhos foram abertos para outras muitas realizações.

Com Portaria MS nº. 1.996, de 20 agosto 2007, surge diretrizes que dão uma nova configuração para EPS. Agora a condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dar-se-á por meio das Comissões Intergestoras Regional (CIR) com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço - CIES.

A CIES do Planalto Serrano foi oficialmente instalada em 14/08/2008, seu regimento interno elaborado pelos membros da CIES e CIR sendo aprovado em 05/03/2009 nas dependências da Associação dos Municípios da Região Serrana (AMURES), localizada na Rua: Otacílio Vieira da Costa, 112 – Centro – Lages – SC, segundo ata nº 001/09 o regimento seguiu as orientações da Portaria do Ministério da Saúde n.º 1996/GM/MS.

Inicialmente, a estratégia foi a reorganização colegiada sendo realizadas reuniões esclarecedoras quanto a nova configuração da EPS, de modo a sensibilizar e motivar as instituições para continuidade do grupo colegiado no desenvolvimento das ações de EPS.

Algumas das entidades e instituições, principalmente as universidades que fizeram parte da configuração do pólo de EP se afastaram desta comissão. Articular este novo recomeço foi um desafio vencido pela persistência da CIES em reorganizar o grupo em prol da educação da população da Serra Catarinense. Para tanto, foi necessário retomar em muitos momentos o conceito de EP, o estudo da Portaria MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, seu modo de financiamento e de desenvolvimento.

Houve muitos desafios superados: o de reunir as pessoas que já participavam e abrir espaço a novos atores para discutir o processo de trabalho; definir os problemas do processo de trabalho junto com a CIES, CIR, instituições de ensino e controle social; verificar quais problemas demandam ações educativas; definir o destino dos recursos financeiros e finalmente, elaborar o PAREPS.

Para melhor organização e planejamento das ações em EP foi composto um grupo de trabalho (GT) para cada tema a ser trabalhado, sendo que em todos os grupos a participação da articulação da CIES deve ser efetiva a fim de acompanhar todas as propostas.

Num primeiro momento, em 2010, com a aprovação da CIR, os recursos financeiros da CIES ficaram locados na Secretaria Estadual de Desenvolvimento Regional de Lages – SDR, sob responsabilidade da gerência de finanças. Em 2011 a CIR e CIES decidiram que os recursos deveriam ficar no fundo municipal de saúde de Palmeira, onde permanece até o momento.

As ações de EPS começaram a ser desenvolvidas muito antes mesmo de o PAREPS estar completamente pronto. Em 2010 partir do diagnóstico das necessidades a CIES do Planalto Serrano e a CIR promoveram capacitações consideradas prioritárias para a região. Sendo elas: Capacitação em Saúde mental na Atenção Básica; Humanização, ética, vínculo e acolhimento nos diversos níveis de atenção em saúde; Controle do Câncer de colo uterino e de mama; Controle, avaliação, auditoria e regulação e uma oficina regional para dar continuidade à construção do PAREPS. Para cada tema houve um GT que planejou o conteúdo e carga horária. A Coordenação geral ficou a cargo da então articuladora da CIES que negociou e acompanhou diretamente a empresa vencedora da licitação no processo de desenvolvimento das capacitações mantendo os GT informados. Para melhor organização e visibilidade foi confeccionada uma planilha que nos indica quantas pessoas participaram as categoria e total de horas trabalhadas.

O Quadro 01, a seguir, possibilita visualizar a distribuição das capacitações realizadas em 2010.

Quadro 01: Capacitações realizadas em 2010 – características em nº de pessoas e horas e profissionais capacitados

<b>Capacitação</b>	<b>Nº Pessoas Capacitadas</b>	<b>Total de Horas Trabalhadas</b>	<b>Profissionais capacitados</b>
Saúde Mental na Atenção Básica	474	32 horas	Médicos; enfermeiros; agentes de saúde; psicólogos, técnicos de enfermagem
Humanização, ética, vínculo e acolhimento nos diversos níveis de atendimento	129	12 horas	Agentes de Saúde; enfermeiros; técnicos de Enfermagem
Prevenção do Câncer	80	12 horas – teoria 12 horas - prática	Enfermeiras; técnicas de enfermagem
Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação	60	30 horas	Auditores; técnicos de saúde; enfermeiros, outros.
Oficina do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde	64	16 horas	Membros da CIES, CIR e Prefeitos

Fonte: CIES Planalto Serrano

As avaliações foram realizadas através da expressão oral do grupo de participantes, dos monitores e de questionários padronizados, de modo geral o que se percebeu foi que as capacitações foram consideradas muito boas. Sendo que houve a solicitação de continuidade dos seguintes temas: Humanização, Saúde Mental, Controle do Câncer compromisso assumido pela CIR e CIES.

Durante o ano de 2011 houve uma parada nas atividades de EP e na seqüência da construção do PAREPS, acontecendo apenas às reuniões mensais da CIES, bem como participações nas reuniões, encontros, seminários e oficinas Estaduais.

No fim do ano de 2011, organizou-se um encontro motivacional para os membros da CIES com o objetivo de integrar e valorizar o trabalho desenvolvido pelos pares em prol da educação em saúde, evento bem avaliado pelos participantes.

No início de 2012, as atividades foram retomadas com intenção de fortalecer a CIES Regional. Para tanto visitou-se as instituições que apesar de fazerem parte da CIES não tinham uma participação efetiva. Foram resgatados alguns parceiros, porém ainda há que se fortalecer a participação do controle social. Para um funcionamento mais eficiente e rápido foi criado email institucional para CIES com o apoio da Gerência de Informática da SES pelo webmail suporte ‘pae’ com a denominação de [ciespserrano@saude.sc.gov.br](mailto:ciespserrano@saude.sc.gov.br)

A CIES Regional do Planalto Serrano estimulada pela DEP-SC retoma o trabalho de construção do PAREPS, inicialmente, convidando alguns sujeitos que passam constituir um

pequeno grupo formado por: Mara Regina Stanck, então articuladora e representante da GESA Lages; Léia Viera Gallas, representante da Educação Permanente da SMS de Correia Pinto; Magali Maria Tagliari Graf e Maria Madalena Colla, representantes do Centro Universitário FACVEST; e Camila Baccin, representante da DEPS; e Lucécia Abreu Souza, da SMS de Lages-SC. O grupo, em algumas reuniões, resgatou o relatório da Oficina de 2010, levando para as reuniões desta CIES, a produção e as propostas. Surgiu, então, a necessidade de se organizar uma segunda oficina de EPS, de modo a dar subsídios para a construção do PAREPS.

Em agosto de 2012, a CIES do Planalto Serrano realiza a 2ª Oficina de EPS, com apoio do DEP-SC, objetivando promover uma melhor integração dos membros da CIES e integrar os diversos olhares na construção do plano regional.

A oficina contou com a assessoria da Dra. Fabiane Ferraz e os técnicos Fátima de Souza Rovaris e Fernando de Toledo Barros Wendhausen da DEPS, que colaboraram na revisão do diagnóstico das necessidades e organização da construção do plano de modo participativo e integrativo. Na oficina foram criados grupos de trabalho formados por integrantes da CIES e distribuídos conforme afinidade de trabalho com os temas.

O grande desafio, enquanto CIES é integrar as ações e projetos desenvolvidos pelos membros e instituições que constituem esta Comissão, de modo a alterar a lógica da individualidade e promover formas coletivas no desenvolvimento do ensino e serviço no SUS.

#### **4 CARACTERIZAÇÃO DA SAÚDE DA SERRA CATARINENSE**

O Sistema de Saúde no Planalto Serrano tem por objetivo garantir meios adequados para que as pessoas enfrentem os riscos sociais e, no momento de necessidade, ter a assistência adequada. O Sistema tem o compromisso primordial de garantir o acesso aos bens e serviços disponíveis para a prevenção, promoção, manutenção e a recuperação da saúde da população da serra catarinense.

Para isso se compõem de estruturas assistenciais integradas por uma rede de serviços estruturais como hospitais, ambulatorios, unidades básica de saúde, policlínicas, laboratórios clínicos e radiológico, clínicas médicas, clínicas odontológicas, gerências de saúde, consórcio municipal de saúde (AMURES), entre outras. Logicamente que, para o desenvolvimento dos serviços é fundamental ter profissionais e técnicos com formação específica em saúde, são os trabalhadores da saúde que mantêm e dão vida às estruturas de saúde.

Para o atendimento da população a região conta em cada município com uma Secretaria Municipal de Saúde que coordena todo o seu Sistema de Saúde, são 18 secretarias municipais.

As Gerencias de Saúde (GESA), com vinculação administrativa às SDR's e, tecnicamente, à SES-SC, tem em sua competência as funções de organização dos serviços de saúde, atendendo às diretrizes do SUS; coordenação das ações de saúde nos municípios sob sua jurisdição, em consonância com as três esferas de atuação: municipal, estadual e federal; assessoramento e apoio técnico aos municípios nos diversos serviços de saúde oferecidos à população.

No Planalto Serrano contamos com duas Gerências de Saúde, cada Gesa tem sob sua responsabilidade um determinado número de municípios, conforme Quadro 02, a seguir:

Quadro 02. Distribuição dos municípios que integram a CIES por GESA

<b>SDR LAGES - 27ª GESA - MUNICÍPIOS</b>	<b>SDR SÃO JOAQUIM - 28ª GESA - MUNICÍPIOS</b>
ANITA GARIBALDI	BOM JARDIM DA SERRA
BOCAINA DO SUL	BOM RETIRO
CAMPO BELO DO SUL	O RUFINO
CAPÃO ALTO	SÃO JOAQUIM
CERRO NEGRO	URUBICI
CORREIA PINTO	URUPEMA
LAGES	
OTACÍLIO COSTA	
PAINEL	
PALMEIRA	
PONTE ALTA	
SÃO JOSÉ DO CERRITO	

Fonte: CIES Planalto Serrano

Porém, devido à falta de estrutura física e de profissionais, a GESA de São Joaquim desempenha poucas ações de atendimento aos municípios, continuando a GESA de Lages a dar assistência e assessoramento em algumas ações, aos municípios da região de São Joaquim.

#### **4.1 Caracterização da rede de atenção básica, média e alta complexidade**

A organização de uma rede de cuidados é fundamental para atender as necessidades das pessoas e das comunidades, considerando o que o processo de produção da saúde é uma construção histórico-social.

Santos (2011, s.p.) define o modelo de atenção a saúde “A organização do SUS em nosso país está assentada em três pilares: *rede (integração dos serviços interfederativos)*, *regionalização (região de saúde)* e *hierarquização (níveis de complexidade dos serviços)*).

Estes são os pilares que sustentam o modelo de atenção à saúde, conforme dispõem o art. 198 da CF. A Constituição ao estatuir que o SUS é um sistema *integrado*, organizado em *rede regionalizada e hierarquizada*, definiu o modelo de atenção à saúde e a sua forma organizativa.

Os artigos . 8º e 7º, II, da Lei 8.080/90 dispõe que no Brasil o modelo do sistema de saúde é centrado na hierarquização das ações e serviços por níveis e complexidade, ou seja em maior ou menor grau de complexidade. Ações de alta e média complexidade ambulatorial e hospitalar constituem-se para os gestores da região serrana um grande elenco de compromissos e responsabilidades para resolutividade e integralidade da assistência aos seus municípios.

A assistência hospitalar na região serrana esta assim organizada:

Quadro 03. Rede hospitalar da região da Serra Catarinense

<b>HOSPITAL</b>	<b>LEITOS</b>	<b>UTI</b>	<b>OBS</b>
Teresa Ramos / Lages	188	18	Total: 206
Nossa Senhora dos Prazeres / Lages	190	10	30 Leitos Psiquiátricos
Infantil Seara do Bem / Lages	54	10	
Frei Rogério / Anita Garibaldi	22		
São José / Bocaína do Sul	15	05 leitos psiquiátricos credenciados	95% Leitos Psiquiátricos
Américo Caetano do Amaral / Bom Jardim da Serra	12		
Nossa Senhora das Graças / Bom Retiro	33		
Nossa Senhora do Patrocínio / Campo Belo do Sul	26		
Faustino Riscarolli / Correia Pinto	25		
Santa Clara / Otacílio Costa	40		
Fundação Médica Social Rural / Ponte Alta	43		
Caridade Coração de Jesus / São Joaquim	61		
Fundação Médica Assistencial do Trabalhador Rural / São José Cerrito	21		
São José / Urubici	41		
<b>TOTAL DE LEITOS</b>	<b>785</b>	<b>30</b>	<b>815</b>

Fonte: [www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br) – link unidades de saúde- acesso em 30/07/2012

O Município de Lages é a principal referência em muitos serviços, sendo contemplado com seguintes EAS:

- Hospital Nossa Senhora dos Prazeres - HNSP é referência na Alta Complexidade em Ortopedia e Neurocirurgia;

- Hospital Tereza Ramos - HTR é referencia nos serviços de oncologia (quimioterapia, radioterapia ainda em previsão para 2012), gestação de alto risco, cirurgia bariátrica e tratamento de queimados adulto;

- Hospital Infantil Seara do Bem - HISB é referência na pediatria em clinica médica, cirurgia e emergência pediátrica.

O município de Lages, como referência aos demais, conta também com 01 Pronto Atendimento - PA de urgência/emergência 24 horas; 01 Policlínica de Especialidade Médicas com consultas médicas em 19 especialidades e CAPS - Centro de Atenção Psico-Social I, Ad e II.

#### **4.2 Atenção Básica.**

Nas ações de atenção básica as Secretarias Municipais desempenham programas e projetos orientados pelo Ministério da Saúde (MS).

O Ministério da Saúde define que “A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

No Quadro XX, a seguir, destaca-se a estratégia de saúde da família (ESF), com população e números de agentes comunitários de saúde (ACS), números de estratégia de saúde da família (ESF), estratégias de saúde bucal (ESB) na região.



Quadro 04. Dados da ESF / Competência 2011

<b>Municípios</b>	<b>População</b>	<b>ACS credenciado MS</b>	<b>ACS Cadastrados no Sistema</b>	<b>Saúde da Família -SF</b>	<b>SF Cadastrados no Sistema</b>	<b>ESB Modalidade I</b>	<b>ESF Modalidade II</b>
<b>Anita Garibaldi</b>	8.623	25	31	03	03	02	00
<b>Bocaina do Sul</b>	3.290	08	08	01	01	01	00
<b>Bom Jardim da Serra</b>	4.395	11	13	02	02	01	00
<b>Bom Retiro</b>	8.942	20	19	03	03	02	00
<b>Campo Belo do Sul</b>	7.483	20	20	03	03	02	00
<b>Capão Alto</b>	2.753	07	11	01	01	01	00
<b>Cerro Negro</b>	3.581	10	12	01	01	01	00
<b>Correia Pinto</b>	14.785	43	24	05	02	01	01
<b>Lages</b>	156.727	273	258	38	38	32	00
<b>Otacílio Costa</b>	16.337	35	37	06	06	04	
<b>Painel</b>	2.353	06	06	01	01	01	
<b>Palmeira</b>	2.373	06	10	01	01	01	
<b>Ponte Alta</b>	4.894	13	13	02	01	02	
<b>Rio Rufino</b>	2.436	06	10	01	01	01	
<b>São Joaquim</b>	24.812	37	40	04	04	04	
<b>São José do Cerrito</b>	9.273	25	19	04	02	02	
<b>Urubici</b>	10.699	27	26	04	04	04	
<b>Urupema</b>	2.482	06	06	01	01	01	

Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica-DAB.

Os municípios da região aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) é um Programa que procura induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das Equipes de Atenção Básica, em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população (Brasil, 2011).

O PMAQ busca induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde em todo o Brasil. A residência pode ser uma facilitadora deste processo por estar vinculada a uma instituição de ensino com docentes habilitados para atuar no serviço público.

#### **4.3 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU**

Outro importante serviço de saúde que a região conta é o SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

“O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1864/GM, em setembro de 2003, iniciou a implantação do componente móvel de urgência com a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, SAMU-192”.

O SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência é um serviço de saúde, desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, em parceria com o Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde do Estado de Santa Catarina organizadas macrorregionalmente.

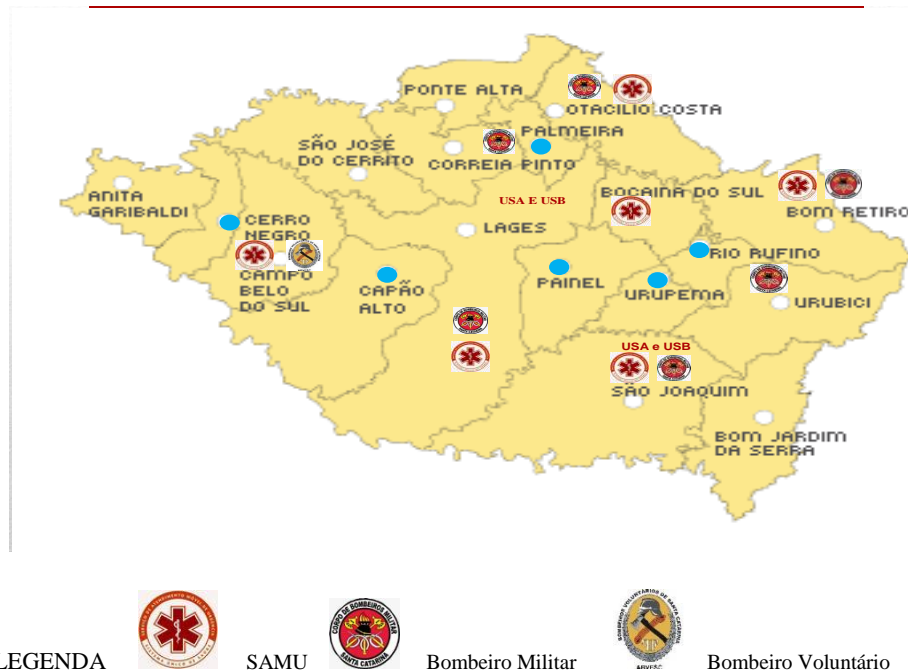
É responsável pelo componente Regulação dos Atendimentos de Urgência, pelo Atendimento Móvel de Urgência da Região e pelas transferências de pacientes graves da região.

Faz parte do sistema regionalizado e hierarquizado, capaz de atender, dentro da região de abrangência, todo enfermo, ferido ou parturiente em situação de urgência ou emergência, e transportá-los com segurança e acompanhamento de profissionais da saúde até o nível hospitalar do sistema.

Além disto, intermedia, através da central de regulação médica das urgências, as transferências inter-hospitalares de pacientes graves, promovendo a ativação das equipes apropriadas e a transferência do paciente (SAMU, 2012).

Na mesorregião de Lages, o SAMU, está atuando desde o dia 3 de julho de 2006. Inicialmente com a Base e Central de Regulação na Rua São Joaquim e desde o dia 26 de setembro de 2009 mudou-se para a Central de Regulação juntamente a base da Polícia Militar na Central Regional de Emergências - CRE. Os municípios que possuem a base para atendimento a população são: São Joaquim, Lages, Campo Belo, Otacílio Costa, Correia Pinto, Bocaina, Bom Retiro e São Joaquim, contudo as tais bases se responsabilizam pela assistência a urgência e emergência nos 18 municípios da região. Na mesorregião atuante estão disponíveis oito Unidades de suporte básico, duas Unidades de Suporte Avançado e um Veículo de Intervenção Rápida. A equipe é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, telefonistas, radiooperadores e motoristas socorristas que juntos oportunizaram aos cidadãos, setenta e três mil e oitenta e dois atendimentos, no período de janeiro de 2007 a julho de 2012. As Unidades de Suporte Avançado atuam nos municípios de Lages e São Joaquim, enquanto as unidades de Suporte Básico atuam nos demais municípios em parceria com o serviço de urgência e emergência prestado pelo Corpo de Bombeiros Militar e Corpo de Bombeiros Voluntário. Na figura abaixo, pode-se observar essa distribuição nos municípios.

Figura 02: Unidades do SAMU e Bombeiros na Mesorregião.



Fonte: SAMU/2012

#### **4.4 Corpo de Bombeiros Militar.**

O Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina tem como missão: “Prover e manter serviços profissionais e humanitários que garantam a proteção da vida, do patrimônio e do meio ambiente, visando proporcionar qualidade de vida a sociedade”.

Em Lages está sediado o 5º Batalhão de Bombeiro Militar - 5º BBM, subdividido em companhias, a 1ª sediada em Lages e a 2ª em São Joaquim. Possui também organizações de Bombeiro Militar, a nível de pelotão, agrupamento de Bombeiros Militar ou seção de atividades técnicas nos municípios de Anita Garibaldi, Correia Pinto, Bom Retiro, Otacílio Costa e Urubici.

As principais atividades dos Bombeiros são de combate a incêndios, prevenção, salvamentos, buscas, atendimento pré-hospitalar, resgates e de atendimento técnico em vistorias e análise de projetos. O processo educativo no 5º BBM segue as normas do Comando Geral que possui uma Diretoria de Ensino.

#### **4.5 Consórcio Intermunicipal de Saúde - CIS**

O CIS/AMURES teve seu início em 18/09/1997 propõe-se, conforme orienta a lei 8.666, contratar serviços, através de edital de chamamento Público de profissionais e Clínicas de média e alta complexidade, a fim de oferecer garantia de acesso aos usuários do SUS dos municípios consorciados.

O CIS/AMURES tem os seguintes objetivos:

- Organizar os recursos disponíveis e contratar as necessidades de forma única, afim de garantir o acesso a todos os municípios de forma igualitária, conforme preconiza o Sistema Único de Saúde. Evitando ociosidade de profissionais, equipamentos, rede física e materiais. Gerenciar mecanismos capazes de proporcionar serviços com resolutividade, dirigidas aos problemas prioritários da Saúde a população usuária do SUS na Região da Amures.
- Planejar a cobertura Assistencial de acordo com as necessidades, parâmetros técnicos e financeiramente viáveis;
- Contratar os serviços de forma a responder a demanda local, regional, com eficácia e eficiência;

- Possibilitar o desenvolvimento das ações e serviços de Saúde a partir das articulações Interinstitucional e /ou Intermunicipal, observando as necessidades específicas á nível de cada Sócio; seja implantando e/ou implementação dos serviços.
- Estabelecer a garantia de referência e contra referência de forma racional, integral e hierarquizada da atenção a Saúde da população dos municípios participantes;

O consórcio Intermunicipal de Saúde da Região da Amures – CIS/AMURES, compõe-se de 25 municípios, sendo 18 da Região da Amures, 27ª Regional de Saúde e 07 de fora da região, vem consolidando-se ao longo de seus 15 (quinze) anos. Constitui-se sob a forma de associação pública com personalidade jurídica de direito privado, regido pelos princípios das leis 8080/90, 142/90 e 11.107/05. Atualmente revê seu estatuto a fim de assumir a personalidade jurídica de direito Público. Apresenta-se à seguir os municípios componentes e sua respectiva população.

Quadro 05. Distribuição dos municípios que integram o CIS/AMURES e suas respectivas populações

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO (IBGE/2010)
Anita Garibaldi	8.627
Bocaina do Sul	3.290
Bom Jardim da Serra	4.400
Bom Retiro	8.942
Campo Belo do Sul	7.486
Capão Alto	2.753
Celso Ramos	2.843
Cerro Negro	3.585
Correia Pinto	14.794
Frei Rogério	2.480
Lages	156.737
Monte Carlo	8.348
Otacílio Costa	16.348

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO (IBGE/2010)
Painel	2.353
Palmeira	2.376
Ponte Alta	4.895
Ponte Alta do Norte	3.303
Rio Rufino	2.436
Santa Cecília	15.634
São Cristóvão Do Sul	4.605
São Joaquim	24.812
São José do Cerrito	9.273
Urubici	10.702
Urupema	2.482
Vargem	2.808
<b>TOTAL</b>	<b>326.312</b>

Fonte: CIS/AMURES/DA

**Especialidades Médicas disponíveis:**

- Acupuntura
- Angiologia
- Cardiologia
- Cirurgia Geral
- Cirurgia Pediátrica
- Cirurgia Torácica
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Fonoaudiologia
- Gastroenterologia
- Ginecologia/Obstetrícia
- Mastologia
- Neurologia
- Neurocirurgia
- Nutrição
- Oftalmologia
- Ortopedia
- Otorrinolaringologia
- Pediatria
- Pneumologia
- Proctologia
- Psicologia
- Psiquiatria
- Psicopedagogia
- Quiropraxia
- Reumatologia
- Terapia ocupacional
- Urologia

**Exames complementares:**

- |                                   |                                    |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| Audiometria                       | Densitometria Óssea                |
| Bera - Otoemissão Acústica        | Endoscopias Digestivas Diversas    |
| Colonoscopia                      | Estereofoto de Papila              |
| Cintilografias                    | Eletroneuromiografias              |
| Eco Doppler Venoso                | Estudo Urodinâmico Completo        |
| Ecocardiograma com Doppler        | Exame de Motilidade Ocular         |
| Eletrocardiograma                 | Fisioterapias                      |
| Eletroencefalograma               | Fluxometria                        |
| Ultra-sonografias diversas        | Foto Trabeculoplastia a laser      |
| Anatomopatológico                 | Gonioscopia                        |
| Angiografia fluoresceínica        | Hematoscopia                       |
| Tomografias Computadorizadas      | Mamografia                         |
| Avaliação de Vias Lacrimais shirn | Nasofibrolaringoscopia             |
| Ecobiometria                      | Paaf Tireóide                      |
| Biomicroscopia de Fundo de Olho   | Paquimetria US Monocular           |
| Biópsias diversas                 | Phmetria                           |
| Campimetria                       | Polissonografia                    |
| Cateterismo uretral               | Retossigmoidoscopia                |
| Ceratoscopia                      | Teste de Sensibilidade de Contaste |
| Cistoscopia                       | Teste Ergométrico                  |

Colposcopia	Teste Provocativo para Glaucoma
Curva Tensional diária	Tonometria de aplanção
Dacriocistografia	Ressonâncias
	Videolaringoscopia

#### **4.6 Consórcio Intermunicipal de Saneamento Básico, Meio Ambiente, Atenção à Sanidade dos Produtos de Origem Agropecuária e Segurança Alimentar - CISAMA**

É pessoa jurídica de direito público interno, do tipo associação pública, dotada de independência decisória e autonomia administrativa, orçamentária e financeira.

O CISAMA atua em regime de estreita cooperação entre os consorciados e com outras entidades públicas, privadas e da sociedade civil, nacionais e/ou estrangeiras, formalizadas através do instrumento Contrato de Programa. Entre os seus objetivos destacamos o de “garantir a segurança alimentar e nutricional da população, desde a produção, o processamento e a industrialização, a comercialização, a distribuição, o acesso e o consumo de alimento seguro, a utilização biológica dos alimentos – incluindo-se a água e as sementes – e sua relação com o desenvolvimento humano”.

Criado em 2009, com a ratificação do protocolo de intenções pelos 18 municípios consorciados, implementou projetos nas áreas de saneamento básico com a elaboração de Planos Municipais de Saneamento Básico e de projetos de esgotamento sanitário para os municípios. Está em curso a elaboração do Plano Intermunicipal Integrado de Gestão de Resíduos Sólidos – PIGIRS, envolvendo 17 municípios.

Na área de meio ambiente, desenvolve o projeto “Nascentes do Futuro”, que está recuperando mais de 10 hectares de florestas alteradas e degradadas em áreas de preservação permanente de 13 nascentes e 7 poços artesianos que abastecem aproximadamente 70 mil habitantes de 18 municípios. É realizado em parceria com organizações de agricultores familiares e com ações conjuntas de educação ambiental envolvendo 3600 estudantes de escolas da rede municipal de ensino e a comunidade no debate e implementação de ações e políticas públicas voltadas ao tema da conservação e recuperação dos recursos hídricos na Região Serrana de Santa Catarina.

Em atenção à sanidade agropecuária, criou e regulamentou o Serviço de Inspeção nos 18 municípios consorciados, constituiu e capacitou uma equipe com mais de 30 técnicos e estruturou o SIM com vistas a participação no Sistema Unificado de Atenção à Sanidade

Agropecuária – SUASA. Diagnosticou a demanda de 90 estabelecimentos que pretendem acessar o serviço de inspeção para produtos de origem animal e vegetal. Desenvolveu mais de vinte cinco perfis de agroindústrias de pequeno porte, para diferentes produtos (carnes, peixes, embutidos, lácteos, mel e derivados, ovos, panificados, vegetais minimamente processados, cereais, entre outros).

#### **4.7 Caracterização do Controle Social**

O Movimento Sanitário Brasileiro, representando a força de organização da sociedade civil na área da saúde, teve papel fundamental na construção do projeto de saúde pública que resultou na implantação de um sistema de saúde – o SUS, cujo objetivo é garantir a toda a população uma saúde de qualidade em todos os seus níveis. Mais do que isso, o movimento garantiu a criação dos Conselhos de Saúde (CS), nos quais a população tem direito de fiscalizar as ações do Estado em relação à elaboração, controle e fiscalização das políticas de saúde.

Diante do exposto, evidencia-se que muitas vezes, entre a elaboração de um projeto e sua efetivação existe uma grande distância. Operacionalizar o SUS é ainda um grande desafio. Os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) têm encontrado dificuldades para exercerem satisfatoriamente seu papel. As maiores dificuldades estão relacionadas ao aprendizado necessário para o pleno exercício da democracia, da cidadania, da participação e do controle social.

Para que o Conselho Municipal de Saúde seja um importante espaço público de Controle Social, é necessário fortalecer a sociedade organizada, expressa pelos Movimentos Sociais e Organizações Não Governamentais - ONGs, isso porque o que se objetiva é que nos Conselhos, os Conselheiros representem de fato a sociedade. Para que isso ocorra, a palavra chave é *capacitação*.

As implantações dos Conselhos Municipais e Estaduais seguem uma exigência da legislação, onde o repasse de recursos públicos está condicionado à existência do conselho.

Quanto à realidade regional, os 18 municípios que compõem a Região da Serra Catarinense possuem seus Conselhos Municipais de Saúde. Sua estruturação e composição estão de acordo com as normas estabelecidas pelo SUS. Porém, ainda hoje existe, em muitos municípios, pouca participação efetiva das ONGs que talvez.



A seguir são apresentados quadros que possibilitam observar a avaliação da participação popular na gestão do sistema municipal de saúde de cada município que compõem a região serrana.

As planilhas foram acessadas no site da SES e estão condensadas em uma única página no Excel. Nesta narrativa as planilhas foram desdobradas em três de modo a facilitar a visualização dos dados. Essas planilhas são importantes porque não apenas oferecem subsídios de observar como estão os CMS e a participação popular, mas promovem a reflexão sobre a importância de investimentos em capacitações.

O Quadro 06, a seguir, indica o percentual de Conselheiros do CMS capacitados no ano de 2010.

Quadro 06. Resultados da Avaliação da Gestão Municipal da Atenção Básica no estado de Santa Catarina nos anos 2008 a 2011\*: valores e escores da Participação Popular da Gestão do Sistema Municipal.

Município	PORTE 2009*	GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE							
		PARTICIPAÇÃO POPULAR							
		EFICÁCIA							
		INDICADOR (Formação de conselheiros de saúde)							
		MEDIDA (Percentual de conselheiros do CMS capacitados, no ano de 2010)							
		VALOR 2008	ESCORE 2008	VALOR 2009	ESCORE 2009	VALOR 2010	ESCORE 2010	VALOR 2011	ESCORE 2011
Anita Garibaldi	III	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	15	Bom	0	Insatisfatório
Bocaina do Sul	II	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	12,5	Bom	0	Insatisfatório
Bom Jardim da Serra	II	27,27	Bom	31,82	Bom	13,64	Bom	36,36	Bom
Bom Retiro	III	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório
Campo Belo do Sul	III	0	Insatisfatório	5,88	Bom	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório
Capão Alto	II	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	100	Insatisfatório
Cerro Negro	II	10	Intermediário	0	Bom	41,67	Bom	0	Intermediário
Correia Pinto	IV	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório
Lages	VI	36,36	Bom	40,48	Intermediário	23,61	Intermediário	7,5	Intermediário
Otacílio Costa	IV	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório
Painel	II	0	Insatisfatório	63,64	Bom	0	Insatisfatório	37,5	Bom
Palmeira	II	0	Insatisfatório	16,67	Bom	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório
Ponte Alta	II	20	Bom	20	Bom	0	Insatisfatório	33,33	Bom
Rio Rufino	II	16,67	Bom	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório
São Joaquim	IV	31,25	Bom	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório
São José do Cerrito	IV	25	Bom	0	Insatisfatório	50	Bom	12,5	Bom
Urubici	IV	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	40	Bom	0	Insatisfatório
Urupema	ii	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	22,22	Bom

PORTE	POPULAÇÃO
<b>I</b>	0 A 2.999
<b>II</b>	3.000 A 5.999
<b>III</b>	6.000 A 9.999
<b>IV</b>	10.000 A 19.999
<b>V</b>	20.000 A 49.999
<b>VI</b>	ACIMA DE 50.000

Fonte: SES

O próximo quadro identifica a realização de audiência pública nas Câmaras Municipais sobre o Plano Municipal de Saúde em vigor, antes da sua votação e aprovação.

O Plano Municipal de Saúde a partir de uma análise situacional expressa em prioridades, objetivos, diretrizes e metas deve apresentar intenções e resultados a serem atingidos no período de 04 anos. Como o Plano é de interesse da população no que se refere à saúde de todos(as) antes de sua aprovação pelo CMS seria importante passar por uma audiência pública o que se percebe é que na região da Serra Catarinense essa prática é quase que inexistente. O que faz com que o Plano seja de conhecimento quando muito de apenas algumas pessoas que atuam no CMS, gestores, profissionais administrativos, diretores e ou responsáveis pela atenção básica.

Quadro 07. Audiências públicas nas Câmaras Municipais sobre o Plano Municipal de Saúde.

Município	PORTE 2009*	GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE							
		PARTICIPAÇÃO POPULAR							
		RELEVÂNCIA							
		INDICADOR (Participação da Sociedade no estabelecimento das prioridades da Atenção Básica)							
		MEDIDA (Realização de audiência pública na Câmara Municipal sobre o Plano Municipal de Saúde em vigor, antes da sua votação e aprovação)							
VALOR 2008	ESCORE 2008	VALOR 2009	ESCORE 2009	VALOR 2010	ESCORE 2010	VALOR 2011	ESCORE 2011		
Anita Garibaldi	II	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório
Bocaina do Sul	II	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório
Bom Jardim Serra	I	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório
Bom Retiro	II	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório
Campo Belo do Sul	II	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório
Capão Alto	I	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório
Cerro Negro	I	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório
Correia Pinto	V	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	1	Bom	0	Insatisfatório
Lages	I	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	1	Insatisfatório
Otacílio Costa	V	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório
Painel	I	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório
Palmeira	I	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório
Ponte Alta	I	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório
Rio Rufino	I	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório
São Joaquim	V	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	1	Bom	0	Insatisfatório
São José do Cerrito	V	1	Bom	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório
Urubici	V	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	1	Bom	1	Bom
Urupema	I	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório

PORTE	POPULAÇÃO
I	0 A 2.999
II	3.000 A 5.999
III	6.000 A 9.999
IV	10.000 A 19.999
V	20.000 A 49.999
VI	ACIMA DE 50.000

Fonte: SES

No Quadro 08, a seguir, é possível verificar a participação dos Conselheiros que representam os usuários em capacitações, seminários e ou conferências que se referem ao controle social.

Quadro 08. Participação dos Conselheiros em capacitações, seminários e ou conferências que se referem ao controle social

REGIAO	Município	PORTE 2009*	GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE							
			PARTICIPAÇÃO POPULAR							
			EFICIÊNCIA							
			INDICADOR (Participação de conselheiros dos usuários em seminários, conferências e congressos de controle social)							
			MEDIDA 2008-2010 (Percentual de Representantes de usuários do CMS que participaram da última Conferência Estadual de Saúde)							
			MEDIDA 2011 (Percentual de representantes de usuários delegados do CMS que participaram da Conferência Estadual de Saúde Mental no ano de 2010)							
			VALOR 2008	ESCORE 2008	VALOR 2009	ESCORE 2009	VALOR 2010	ESCORE 2010	VALOR 2011	ESCORE 2011
21.LAGES	Anita Garibaldi	II	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	5	Intermediário
	Bocaina do Sul	I	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	12,5	Intermediário	6,25	Intermediário
	Bom Jardim da Serra	I	9,09	Intermediário	18,18	Bom	9,09	Intermediário	0	Insatisfatório
	Bom Retiro	II	18,18	Bom	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório
	Campo Belo do Sul	II	17,65	Bom	5,88	Intermediário	0	Insatisfatório	16,67	Bom
	Capão Alto	I	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório
	Cerro Negro	I	5	Intermediário	10	Intermediário	8,33	Intermediário	0	Intermediário
	Correia Pinto	V	6,25	Intermediário	6,25	Intermediário	100	Bom	0	Insatisfatório
	Lages	I	15,91	Intermediário	16,67	Intermediário	11,11	Intermediário	4,17	Intermediário
	Otacílio Costa	V	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Bom
	Painel	I	0	Insatisfatório	18,18	Bom	0	Insatisfatório	6,25	Insatisfatório
	Palmeira	I	0	Insatisfatório	33,33	Bom	0	Insatisfatório	0	Bom
	Ponte Alta	I	0	Insatisfatório	60	Bom	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório
	Rio Rufino	I	8,33	Intermediário	16,67	Bom	1,11	Bom	0	Insatisfatório
	São Joaquim	V	0	Insatisfatório	18,75	Bom	2,22	Bom	0	Insatisfatório
	São José do Cerrito	V	12,5	Intermediário	6,67	Intermediário	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório
	Urubici	V	45	Bom	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	6,67	Bom
	Urupema	I	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório

Fonte: SES

Sendo assim, a processo de cogestão e participação efetiva na administração mostrou-se pouco significativa, uma vez que, em sua grande maioria, os indicadores são insatisfatório, havendo poucos municípios que desenvolvem ações onde o escore apresenta-se como bom ou intermediário.

A construção da participação comunitária demanda compartilhar conhecimentos, necessidades, aspirações e experiências, com o objetivo de melhorar as condições de vida da população. Para isso esses indicadores devem ser melhorados ou supridos em sua totalidade, isso demanda investir no fortalecimento da educação permanente em saúde.

Entretanto o controle social não se efetiva somente com os Conselhos Municipais de Saúde - CMS, há de se perceber a importância da participação popular orientadas pelas diversas doutrinas religiosas e das ONGs nas instâncias organizacionais de saúde, nas UBS e nas organizações deliberativas da saúde.

Lages, por ser o maior município da região comporta maior número, senão a totalidade de ONGs criadas para dar apoio a determinados grupos populacionais em situação de vulnerabilidade. Em atividade são encontradas as seguintes ONGs: Associação Catarinense de Apoio Social e Educacional a Família - ACASEF, Grupo de Apoio e Prevenção as DST/HIV/AIDS - GRUPO RAIZES, Grupo de Apoio Regional para a Reabilitação da AIDS - GARRA, Associação Esperança, Casa Divina Providência e Centro de Recuperação Nossa Senhora Aparecida - CRENSA.

#### **4.8 Educação popular em saúde**

A Educação Popular vista a partir do olhar e entendimento do educador Paulo Freire, comprometida e orientada para uma participação do povo para o povo baseia-se no saber da comunidade incentiva e promove o diálogo. Visa à formação de sujeitos com conhecimento e consciência cidadã e a organização do trabalho político para afirmação do sujeito. Nesta visão de educação inserida em qualquer contexto da vida em sociedade, apresenta-se uma estreita comunicação de diálogo com movimentos sociais ou pessoas que produzem ações e práticas populares de saúde; incentivando as iniciativas dos serviços e movimentos que resgatam e recriam a cultura popular.

A educação popular, como qualquer processo educativo, pretende causar mudanças no comportamento das pessoas, por meio da incorporação de velhos e novos saberes.

Identificando a importância do tema para vida da população brasileira e “Para consolidar o diálogo com os movimentos sociais o Ministério da Saúde, em parceria com a Rede de Educação Popular em Saúde, promoveram encontros estaduais, nos quais foi possível identificar movimentos populares que se articulavam na luta por saúde. No final de 2003, realizou-se o Encontro Nacional desses movimentos resultando na criação da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS) e desencadeando processos de articulação em cada estado.

A partir de julho de 2005, o Ministério passa por mudanças em sua gestão resultando na criação da Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e a Mobilização Social do Departamento de Apoio a Gestão Participativa (DAGEP) da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), mantendo os propósitos e a equipe que trabalhava nas SGTES.

Deste modo o SUS incentiva a prática de uma educação popular libertadora comprometida com a transformação do sistema de saúde e de uma melhor qualidade de vida baseada na solidariedade, no conhecimento, na diversidade, no pluralismo de ideias e no respeito às pessoas.

Assim pretende-se modificar também o comportamento da educação em saúde tradicional. Entende-se que o educador não é aquele que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os “argumentos de autoridade” já não valem.

A saúde e a educação nas últimas décadas estão se aproximando, vêm trabalhando no sentido de desenvolver meios efetivos para resolver os problemas de nossa sociedade por meio da educação. O setor saúde nos anos 70 começou a presenciar experiências de serviços comunitários de saúde desvinculados do Estado, onde profissionais de saúde aprendem a se relacionar com grupos populares organizados em torno de um objetivo comum, iniciando assim as tentativas de ações de saúde integradas a dinâmica da vida social local. A partir daí muita coisa mudou em alguns momentos houve um distanciamento dos profissionais da saúde das práticas comunitárias com o advento do SUS esses profissionais intelectuais assumiram novos desafios e repensaram-se as ações populares numa nova postura muito menos autoritária e descentralizadora desafio este que ainda repercute nos dias atuais.

Na Serra Catarinense este processo tem acompanhado a história havendo ainda o agravante de que somos filhos(as) de uma cultura machista autoritária, opressiva e de dominação político-social. Portanto libertar-se e tomar para si o “empoderamento” do

conhecimento a ciência do seu saber popular como fonte de inspiração que orienta a construção de uma sociedade mais justa, mais humana e mais saudável requer um tempo de aprendizado de vivências que possam ser refletidas e transformadas com a práxis.

Nesta perspectiva tanto a academia quanto a prática da igreja católica tem contribuído para o desenvolvimento da educação popular na Serra Catarinense, porém os movimentos e organizações existentes ainda carregam consigo os resquícios da dominação da exploração. Justifica-se assim a pouca ou quase inexistente participação popular nos serviços públicos.

De acordo com o Padre José Roberto Moreira da Diocese de Lages, “Destaca-se o trabalho da Igreja Católica Apostólica Romana (ICAR) com as Pastorais Sociais que, inspiradas na Palavra de Deus e atentas aos clamores da realidade em que se inserem, colocam-se a serviço da vida das pessoas empobrecidas e excluídas”. As pastorais que atuam na região serrana são: Pastoral da Saúde, Pastoral da Criança, Pastoral Afro, Pastoral da Terra, Pastoral Carcerária. Estas pastorais estão articuladas, há cerca de vinte anos, no Fórum das Pastorais Sociais que tem por objetivo ser um espaço do exercício da rede de solidariedade. Além dos setores de pastoral, fazem parte do Fórum, os diferentes serviços, ministérios, movimentos, associações, instituições e organizações ligadas à Igreja Católica, além de outras entidades afins. O Fórum das Pastorais Sociais fortalece a articulação das mesmas como ação organizada, planejada e sistemática, de modo a incidir no meio social. Da mesma forma, contribui para o exercício do controle social das Políticas Públicas, motivando a participação ativa dos agentes de pastoral nos diversos Conselhos Municipais.

A Pastoral da Saúde surgiu na região serrana de Santa Catarina no final da década de 70. Hoje, ela atua em três dimensões: Solidária, Comunitária e Político Institucional. Na Dimensão político institucional, a Pastoral da Saúde atua junto aos órgãos e instituições públicas e privadas que prestam serviço e formam profissionais na área da saúde. Assim, os agentes da Pastoral da Saúde, envolvem-se diretamente nas ações de política da saúde assegurando o compromisso constitucional da Seguridade Social, definida como um conjunto de ações do Poder Público e da sociedade, destinado a assegurar o direito à saúde, previdência e assistência social”.

Os municípios onde tem atuação da Pastoral da Saúde são: Anita Garibaldi, Campo Belo do Sul, Lages, Bocaína do Sul, São Joaquim, Bom Jardim da Serra, Otacílio Costa, Correia Pinto, São Cristovão do Sul, Palmeira, Bom Retiro, e São José do Cerrito.

Porém os municípios que tem uma parceria mais efetiva são Otacílio Costa, com transporte mensal do homeopata Antonio Carlos e nos ingredientes para fabricação da multimistura e, Bom Jardim, onde na sua maioria as agentes de saúde são também agentes da Pastoral da saúde.



Como parte importante na assistência a população vale destacar o projeto e a organização por algumas SMS da criação de Farmácias Homeopática com o objetivo principal de incentivar o uso e cultivo de plantas medicinais e de distribuição gratuita. Este trabalho é desenvolvido em alguns municípios através de parcerias entre a Secretaria de Saúde, Secretaria de Agricultura, EPAGRI e comunidade. As SMS que oficialmente tem o projeto são Urupema desde 1997, Rio Rufino, Urubici ainda em estudo e Capão Alto que conta com um projeto de medicina alternativa intitulado “Valorizando a cultura e o saber popular” com a realização de oficinas e manipulação de produtos fitoterápicos.

Nos demais municípios não se sabe da existência desta parceria mais efetiva, a não ser em dias pontuais como no dia 7 de abril (Dia Mundial da Saúde) que todos se reúnem em torno de um objetivo comum.

Este texto não tem a intenção de fazer uma análise aprofundada da questão apenas de identificar os movimentos populares importantes capazes de intervir e fazer parte da gestão dos serviços de forma efetiva e qualificada sobre a estrutura do sistema de saúde.

#### **4.9 Indicadores de Saúde da Serra Catarinense**

Os dados apresentados foram coletados do Plano Estadual de Saúde (PES) 2012-2015.

A organização destas informações permite avaliar a evolução da saúde na serra catarinense, focalizando suas fragilidades e potencialidades em temas específicos da vida da população serrana.

Conforme o PES apesar de Santa Catarina apresentar os melhores indicadores de mortalidade em crianças do País “A macrorregião da Serra Catarinense apresentou, em 2009, o maior coeficiente de mortalidade infantil do Estado (20,2), mesmo com redução em comparação ao ano de 2004 que era de 22,5 óbitos por 1000 nascidos vivos. Este risco é 1,8 vezes maior do que a média do Estado e quase 2,2 vezes maior do que observado na macrorregião da Grande Florianópolis, onde encontramos, naquele ano, o melhor indicador (9,3)”.

Esses dados indicam que embora o Ministério da Saúde esteja implementando e implantando programas e políticas que interfiram e provoquem mudanças nessa realidade, na região serrana as ações estão sendo incipientes.

A mortalidade infantil pode ser reduzida com medidas simples de promoção de saúde e de prevenção de doenças. Para este fim os serviços, profissionais de saúde e familiares devem estar atentos em relação a ações como adequada assistência ao controle pré-natal em

todas as grávidas, aleitamento materno, seguimento do calendário vacinal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebê e encaminhamento adequado para os serviços de saúde no caso do aparecimento de algum sinal de risco.

Segundo o PES “As doenças do aparelho respiratório destacam-se como terceira causa de mortes nas regiões de saúde do Extremo-Oeste, Planalto Serrano, Meio-Oeste, Nordeste, Planalto Norte e Sul”.

Outro importante dado a ser observado e refletido para melhor planejar ações de controle e de prevenção as doenças do aparelho respiratório que atingem importantes órgãos do sistema respiratório como pulmões, laringe, brônquios, faringe, boca, traquéia etc. Essas enfermidades freqüentes e persistentes podem provocar doenças como de uma simples rinite e sinusite para evolução de agravantes como doença câncer de pulmão, enfisema, pneumonia e tuberculose.

As causas, dessas doenças em destaque podem estar relacionadas com vários fatores, entre eles o fato de na região haver um número considerável de plantio de fumo bem como grande número de fumantes. Outro importante fator é o clima extremamente frio e úmido, bem como a poluição que hoje se propaga na região.

Ainda segundo o PES “No ano de 2009 o coeficiente de mortalidade materna no Estado de Santa Catarina foi de 22,8 por 100.000 nascidos vivos. Os maiores coeficientes foram registrados nas macrorregiões da Serra Catarinense (64,4) e Foz do Rio Itajaí (52,4)”.

Este fato registra a fragilidade dos serviços que prestam assistência a gestante na região serrana.

Toda essa realidade indica não somente a necessidade de articulação da CIR e dos serviços públicos responsáveis, mas também de toda sociedade e entidades afins para uma reflexão crítica e responsável sobre as questões apontadas e que dizem respeito à saúde da população serrana. Fundamentalmente aponta para necessidade do fortalecimento da educação permanente em saúde onde todos juntos possam participar do planejamento, execução e avaliação das ações pretendidas para transformar esta realidade que tanto interfere na vida e na saúde do povo serrano.

## **5 CARACTERIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE NA SERRA CATARINENSE**

Sobre a educação pública, a região serrana oferece a população acesso a rede federal, estadual e municipal de ensino, além da atuação das instituições privadas, que oferecem ensino fundamental, médio e ensino técnico profissionalizante, bem como os cursos de graduação e pós-graduação em várias áreas. Sendo Lages a cidade polo da região, esta concentra o maior número de escolas de ensino médio, técnicas profissionalizantes e Instituições de Ensino Superior (IES), públicas e privadas. Segundo dados do IBGE, Lages apresentava o seguinte perfil no ano de 2008:

- 2.056 docentes, sendo 409 no Ensino Médio, 300 no Pré-Escolar e 1.347 no Ensino Fundamental;
- 228 escolas, sendo 116 de Ensino Fundamental, 21 de Ensino Médio e 91 de Pré- Escola;
- 12.312 matrículas no Ensino Superior, sendo 1.400 em IES pública e 10.912 em IES privada
- 703 docentes de Ensino Superior privado;
- IES privadas.

Tais dados indicam que Lages tem 17 alunos para cada docente do ensino superior privado. Isto confirma que Lages é um polo ou Centro Educacional da região, formando pessoas para o atendimento da demanda de mercado da região. Consolidando assim, a posição de núcleo irradiador de conhecimentos.

### **5.1 Ensino Fundamental e Médio**

Todos os municípios da região Serrana disponibilizam a população o acesso a educação fundamental, mantido pela secretaria municipal e o ensino médio pela Secretaria Estadual de Educação. Alguns municípios contam com pólos de educação de ensino a distancia, bem como estrutura tecnológica para utilizar a Telemedicina.

## **5.2 Ensino Superior**

O ensino superior em Lages é representado por uma instituição pública, UDESC – Universidade do Estado de Santa Catarina, uma instituição pública de direito privado, a UNIPLAC – Universidade do Planalto Serrano e duas instituições privadas, UNIASSELVI e FACVEST – Centro Universitário Facvest; o SENAI ligado ao sistema “S”; o polo avançado da UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina. IFSC - Instituto Federal de Santa Catarina.

É pertinente destacar que as Instituições de Ensino oferecem cursos a partir do diagnóstico da demanda da região visando à formação profissional nos diferentes níveis.

## **5.3 Políticas Estruturantes de integração ensino-serviço**

### **- Projeto Ver-SUS**

Os estágios e vivências no SUS propiciam aos estudantes a experimentação de um novo espaço de aprendizagem, que é o cotidiano de trabalho das organizações de redes e sistemas de saúde. O projeto VER-SUS/Brasil estimula a formação de trabalhadores para o SUS, comprometidos eticamente com os princípios e diretrizes do sistema e que se entendam como atores sociais, agentes políticos, capazes de promover transformações. Assim, a proposta do Ministério da Saúde, em parceria com a Rede Unida, com a Rede Colaborativa de Governo/UFRGS, com o CONASS, com o CONASEMS, com a UNE, com os gestores municipais, e com outras entidades está propondo retomar em grande escala os estágios e vivências no SUS para que estudantes universitários dos diversos cursos com atuação na saúde vivenciem a realidade do SUS e assim se qualificarem para atuação no sistema de saúde.

A Uniplac integrou duas edições no ano de 2011 e 2012, com a participação de aproximadamente 50 estudantes de diferentes instituições (UFRGS, ULBRA, PUCRS, UNICRUZ e UNIPLAC), de cursos de Enfermagem, Farmácia, Serviço Social, Psicologia, Biomedicina, Saúde Coletiva, Ciências Sociais, Direito, Medicina e Odontologia.

- Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade e Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e da Comunidade

Em julho de 2005 a Universidade do Planalto Catarinense UNIPLAC e a Secretaria da Saúde do Município de Lages SC firmaram uma parceria para realização do Programa de Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade. Em maio de 2007 a Comissão Nacional de Residência Médica/CNRM aprovou solicitação de credenciamento do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade/ RMFC: seis vagas para R1 e seis para R2, estando na sua segunda edição, tendo iniciado em fevereiro de 2008, em parceria com a Secretaria de Saúde do Município de Lages.

A estruturação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade ocorreu de forma integrada ao Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, com o objetivo de efetivar uma melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde da família, a partir da oferta de recursos humanos altamente qualificados do ponto de vista ético, científico e profissional, capazes de desempenhar de modo eficiente e eficaz suas ações. Oferece vagas para as áreas de Enfermagem, Odontologia, Psicologia e Serviço Social. Na primeira turma, 12 profissionais concluíram a pós-graduação. Na segunda turma, iniciada no primeiro semestre de 2012, estão cursando 14 profissionais das diferentes áreas acima citadas.

Desse modo existe uma parceria consolidada entre a Universidade do Planalto Catarinense, a Secretaria de Saúde do Município de Lages, com o apoio do Ministério da Saúde em termos de Projetos de Residência na área de Saúde da Família. Atualmente, ambas as residências estão em andamento, com a segunda edição.

## 6 RELAÇÃO ENTRE O DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES E O PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA SERRA CATARINENSE

As reuniões e as oficinas realizadas pela CIES, no período de 2010 a 2012, possibilitaram elencar oito temas considerados relevantes dentro do contexto da saúde na região da Serra Catarinense.

### 6.1 Tema 1 – Saúde da criança com enfoque na mortalidade infantil

Problema: Taxa de mortalidade infantil elevada

<b>CAUSA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragilidade das ações preventivas desenvolvidas na atenção a saúde da criança;</li> <li>- Altos índices de gravidez na adolescência;</li> <li>- Baixa prevalência de aleitamento materno exclusivo;</li> <li>- Demora na implantação da rede cegonha;</li> <li>- Pouca compreensão dos profissionais da área da saúde acerca dos determinantes e condicionantes que influenciam na mortalidade infantil (mapa de risco da mortalidade infantil);</li> <li>- Dificuldade para implementar ações intersetoriais para combater esse problema (parceiros: pastoral da criança);</li> <li>- Em alguns municípios da região há ausência de um Grupo de Trabalho (GT) para planejar, monitorar e avaliar a melhoria da qualidade das ações a mulher/gestante e a criança;</li> <li>- Baixa participação do controle social na implantação das políticas públicas para criança;</li> <li>- Inexistência e/ou baixo impacto das ações do programa saúde na escola.</li> </ul>
<b>PROPOSTA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitar profissionais da área da saúde sobre o processo de desenvolvimento e crescimento da criança;</li> <li>- Sensibilizar a gestão para implementação de políticas locais de atenção a saúde da criança e da gestante, onde ações de educação, promoção e</li> </ul>

	<p>prevenção em saúde tenham prioridade;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constituir um grupo de trabalho, envolvendo, profissionais da saúde, representantes do controle social, ONGs para discussão das propostas a respeito da saúde da mulher/gestante e da criança;</li> <li>- Promover, apoiar e proteger o aleitamento materno por meio de ações de capacitação, sensibilização e conscientização para toda região;</li> <li>- Implantar protocolos com classificação de risco para unidades básicas e pronto atendimento hospitalar que atendam crianças.</li> </ul>
<b>OBJETIVO</b>	Desenvolver ações de educação permanente na região serrana, para melhoria da qualidade da assistência prestada ao binômio mãe-filho.
<b>PÚBLICO ALVO</b>	Profissionais da saúde, gestores, controle social (Ongs, representantes das associações de moradores, clube de mães, terceiro setor, profissionais da educação).
<b>ESTRATÉ-GIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilização da comunidade a respeito da importância do aleitamento materno;</li> <li>- Capacitar profissionais da atenção básica e hospitalar para a assistência à Gestante e à Criança.</li> </ul>
<b>RECURSOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Físicos: Laboratório, sala de aula, anfiteatro, ...;</li> <li>- Materiais: multimídia, apostilas, material de expediente, ...;</li> <li>- Humanos: palestrantes, gestores e equipe multidisciplinar e intersetorial.</li> </ul>
<b>CUSTO ESTIMADO</b>	R\$ 50.000,00.
<b>META</b>	Realização de duas capacitações regionais.
<b>PRAZO</b>	2014 e 2015
<b>PERIODICIDADE</b>	2014 e 2015
<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduzir o índice de mortalidade infantil na região;</li> <li>- Aumentar a prevalência do aleitamento materno;</li> <li>- Reduzir incidência de partos prematuros;</li> <li>- Reduzir a incidência de gravidez na adolescência;</li> <li>- Aumentar o número de crianças menores de um ano acompanhadas;</li> <li>- Melhorar as condições de saneamento básico nas áreas de risco;</li> <li>- Ampliar o número de profissionais capacitados para assistência e</li> </ul>

	<p>manejo do aleitamento materno na região;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GTs constituídos;</li> <li>- Melhorar os indicadores do PMAQ ao que se refere a saúde da criança e da gestante.</li> </ul>
<b>PROCESSO DE AVALIAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoramento e avaliação dos indicadores pertinentes ao tema.</li> </ul>

## 6.2 Tema 2 – Saúde da Mulher com enfoque na prevenção do câncer uterino e de mamas

Problema: Altas taxas de morbi-mortalidade por câncer do colo de útero e de mamas na Região Serrana SC.

<b>CAUSA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inadequação do processo de prevenção do câncer do colo de útero e de mamas;</li> <li>- A rotatividade de Recursos humanos nos serviços de saúde ginecológica na atenção básica;</li> </ul>
<b>PROPOSTA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Efetivação das ações preconizadas pelo MS para a prevenção do câncer de colo de útero e de mamas de forma prioritária;</li> </ul>
<b>OBJETIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuir as taxas de morbi-mortalidade por câncer do colo de útero e de mamas na Região Serrana SC.</li> <li>- Capacitar a equipe técnica dos laboratórios que fazem parte da rede regional de assistência segundo normas do Ministério da Saúde e Inca (SISCOLO e SISMAMA);</li> <li>- Capacitar os profissionais envolvidos na coleta do exame Papanicolau e na realização do exame de mamas, buscando uma efetivação do processo em todas as suas etapas;</li> <li>- Instrumentalizar os profissionais da ESF quanto à interpretação dos resultados e achados, tendo como norteador o fluxograma elaborado pelo Ministério da Saúde no acompanhamento e referencia das situações que demandarem.</li> </ul>
<b>PÚBLICO ALVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestores de saúde</li> <li>- Equipe multiprofissional e intersetorial</li> </ul>
<b>ESTRATÉGIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cursos teórico- prático</li> </ul>



<b>RECURSOS</b>	- Físicos: Laboratório, sala de aula, anfiteatro, ...; - Materiais: multimídia, apostilas, material de expediente, ...; - Humanos: palestrantes, gestores e equipe multidisciplinar e intersetorial.
<b>CUSTO ESTIMADO</b>	50.000,00
<b>META</b>	- Equipe com conhecimento técnico e humanizado para atuar nas ações de prevenção do câncer do colo de útero e de mamas.
<b>PRAZO</b>	Primeiro e segundo semestre de 2014.
<b>PERIODICIDADE</b>	4 ofertas (2014)
<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	- Melhoria do perfil epidemiológico;
<b>PROCESSO DE AVALIAÇÃO</b>	- Por meio de instrumentos de avaliação escrita;

### 6.3 Tema 3 – Saúde Mental, contemplando a atenção psicossocial

Problema: Em alguns municípios, falta de efetivação e de integração dos programas e proposta de ações educativas voltadas para a saúde mental no âmbito da saúde e da educação;

<b>CAUSA</b>	- Profissionais da rede de saúde mental atuando de modo isolado. - Aumento da demanda de situações que envolvem a doença mental, suas causas e consequências; - A falta de estrutura e profissionais pouco sensibilizados na corresponsabilidade da efetivação das ações; - Dificuldade de participação da equipe de saúde no que se refere a saúde mental; - Desconhecimento de programas e proposta de educação na prevenção a drogadição;
--------------	--

	<p>- Pouco conhecimento da rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com demandas decorrentes de transtornos mentais e drogadição.</p>
<p><b>PROPOSTA</b></p>	<p>- Consolidar os dados já existentes no mapeamento da Estratégia Saúde da Família e demais instrumentos de identificação existentes nos diversos setores (NASF, CAPS, CRAS.....), permitindo estabelecer o diagnóstico detalhado das condições de vida, de modo a detectar as fragilidades e potencialidades e identificar os fatores desencadeantes de transtornos mentais, bem como o agravamento dos já existentes;</p> <p>- Otimizar o Programa Saúde na Escola efetivando parcerias entre a saúde e a educação focadas na prevenção a drogadição (protagonismo juvenil);</p> <p>- Efetivar o Programa de Atenção Integral à saúde do Adolescente nas Escolas e Unidades Básicas de Saúde (MS);</p> <p>- Implementar a Política de EPS direcionada aos profissionais que atuam na rede básica de saúde e intersetorial;</p> <p>- Resgatar as propostas desenvolvidas no 1º Seminário Regional de Saúde Mental em 2010 com vistas à implementação das ações;</p> <p>- Implementar parceria com a educação na perspectiva de complementaridade de ações envolvendo um resgate dos temas transversais preconizados pelo Parâmetros Curriculares Nacionais e as diretrizes da Estratégia Saúde da Família, através de uma aproximação das estruturas da educação e saúde com foco na Prevenção da drogadição);</p> <p>- Fortalecer a parceria através de uma aproximação entre escola e Saúde sob o olhar de Educação Permanente em Saúde a partir da realidade encontrada.</p>
<p><b>OBJETIVO</b></p>	<p>- Detectar as fragilidades e potencialidades da rede de assistência;</p> <p>- Instrumentalizar os profissionais da rede de saúde e educação na priorização da efetivação de ações de promoção prevenção e reabilitação em saúde mental;</p> <p>- Sensibilizar a comunidade organizada ou não, gestores e equipe de saúde como co-responsáveis pela estruturação das estratégias e oportunidades de efetivação de ações de apoio a prevenção na saúde</p>

	mental;
<b>PÚBLICO ALVO</b>	- Profissionais da rede de atenção a saúde mental e de educação.
<b>ESTRATÉGIA</b>	- Seminário regional para análise e consolidação dos dados e elaboração de propostas de ações no segundo semestre 2014.
<b>RECURSOS</b>	- Físicos: Laboratório, sala de aula, anfiteatro, ...; - Materiais: multimídia, apostilas, material de expediente; - Humanos: palestrantes, gestores e equipe multidisciplinar e intersetorial.
<b>CUSTO ESTIMADO</b>	R\$ 50.000,00
<b>META</b>	- Profissionais que atuam na rede de atenção a saúde mental e profissionais de educação;
<b>PRAZO</b>	Segundo semestre de 2013.
<b>PERIODICIDADE</b>	2013
<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	- Fortalecer o atendimento em rede na saúde mental; - Promover a intersetorialidade na rede de ações em saúde mental; - Efetivar a implantação do programa saúde na escola; - Instigar o profissional a desenvolver suas ações centradas na atenção humanizada e nas necessidades das pessoas.
<b>PROCESSO DE AVALIAÇÃO</b>	- Por meio de instrumentos de avaliação escrita;

#### **6.4 Tema 4 – Saúde do Trabalhador com enfoque nas doenças crônicas não transmissíveis e ocupacionais e abordagem transversal da saúde da mulher e do homem**

Problema: Desconhecimento por parte dos profissionais de saúde da relação entre as doenças do trabalhador e as demais doenças que acometem os trabalhadores.

<b>CAUSA</b>	- baixo grau de conhecimento dos municípios que compõe a região da
--------------	--

	<p>AMURES das competências e papel do Centro de Referência de Saúde do trabalhador (CEREST), com a função de polo irradiador da cultura e das práticas de atenção em saúde do trabalhador (ST);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O não cumprimento do disposto na portaria N° 2728/GM de 11 de novembro de 2009;</li> <li>- A falta de consolidação dos registros e identificação da população economicamente ativa;</li> <li>- Falta de conhecimento sobre o afastamento do trabalhador ocasionado por doenças não ocupacionais, comuns na mulher e no homem.</li> </ul>
<b>PROPOSTA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecimento do CEREST junto aos municípios da região da AMURES;</li> <li>- Efetivação do Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador;</li> <li>- Implementação de ações básicas na Atenção à Saúde do Trabalhador em todos os municípios da região;</li> <li>- Efetivar a norma operacional de saúde do trabalhador (NOST-SUS Portaria 3.908, de 30 de outubro de 1998) que estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no SUS;</li> <li>- Organizar e analisar os dados existentes obtidos referentes à saúde do trabalhador pela equipe de saúde em seus respectivos municípios;</li> <li>- Planejar e executar ações de vigilância nos locais de trabalho considerando as informações previamente coletadas em dados epidemiológicos;</li> <li>- Investigar os acidentes de trabalho e as doenças de trabalho e ocupacionais;</li> <li>- Planejar e participar de atividades educativas no campo de saúde do trabalhador;</li> <li>- Informar e discutir junto ao trabalhador as causas de seu adoecimento, instigando-o a uma reflexão sobre as mudanças necessárias.</li> <li>- Capacitar todos os atores envolvidos a respeito da saúde do trabalhador.</li> </ul>
<b>OBJETIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitar equipes multiprofissionais para a efetivação do Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador como fator de mudanças no cenário da saúde.</li> </ul>

<b>PÚBLICO ALVO</b>	Profissionais da rede de saúde gestores e controle social, terceiro setor, CEREST, ONGs, CDL, ...)
<b>ESTRATÉGIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar 1 curso introdutório sobre o tema no ano de 2013;</li> <li>- Realizar 1 oficina no ano de 2014;</li> <li>- Realizar 1 seminário no ano 2015;</li> <li>- estudo dirigido coletivo com pesquisa de campo;</li> </ul>
<b>RECURSOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Físicos: Laboratório, sala de aula, anfiteatro, ...;</li> <li>- Materiais: multimídia, apostilas, material de expediente, ...;</li> <li>- Humanos: palestrantes, gestores e equipe multidisciplinar e intersetorial.</li> </ul>
<b>CUSTO ESTIMADO</b>	50.000,00, garantindo parceria entre CEREST e demais organizações envolvidas
<b>META</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecer o atendimento em rede na saúde do trabalhador;</li> <li>- Promover a intersetorialidade na rede de ações em saúde do trabalhador;</li> <li>- Efetivar a implantação do programa de atenção à saúde do trabalhador; a implementação de ações básicas na Atenção à Saúde do Trabalhador em todos os municípios da região;</li> <li>- Instigar o profissional a desenvolver suas ações centradas na atenção humanizada e nas necessidades do trabalhador;</li> <li>- Fortalecer a atuação do CEREST junto aos municípios da região da AMURES;</li> <li>- Ter analisar os dados existentes obtidos referentes à saúde do trabalhador pela equipe de saúde em seus respectivos municípios;</li> <li>- Ampliar as ações de vigilância nos locais de trabalho considerando as informações previamente coletadas em dados epidemiológicos;</li> <li>- Divulgar os dados epidemiológicos sobre acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais e as relacionadas;</li> <li>- Favorecer a participação de atividades educativas no campo de saúde do trabalhador;</li> <li>- Divulgar ao trabalhador sobre as causas de seu adoecimento, instigando-o a uma reflexão sobre as mudanças necessárias.</li> </ul>
<b>PRAZO</b>	Segundo semestre de 2013 ao segundo semestre de 2014
<b>PERIODICI-</b>	Anual

<b>DADE</b>	
<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instigar a equipe multiprofissional sobre a importância da Efetivação do Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador como fator de mudanças no cenário da saúde;</li> <li>- Efetivação do Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador;</li> <li>- Reduzir o índice de doenças ocupacionais;</li> <li>- Aumentar a prevalência da saúde preventiva;</li> <li>- Reduzir incidência de afastamento no trabalho;</li> <li>- Melhorar as condições de trabalho nas áreas de risco;</li> <li>- Aumentar o número de profissionais capacitados para o manejo da saúde do trabalhador;</li> <li>- Constituir os GTs para a saúde do trabalhador;</li> <li>- Melhorar os indicadores dos casos de acidentes de trabalho notificados;</li> <li>- Garantir o monitoramento dos indicadores de saúde relacionados à saúde do trabalhador.</li> </ul>
<b>PROCESSO DE AVALIAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Por meio de instrumentos de avaliação escrita;</li> </ul>

### 6.5 Tema 5 – Resíduos sólidos dos serviços de saúde

Problema: Dificuldades no manejo com os resíduos sólidos dos serviços de saúde;

<b>CAUSA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausência de indicadores sobre as taxa de acidentes com resíduos perfurocortantes;</li> <li>- Variação: da geração dos resíduos, da proporção de resíduos nos diversos grupos, do percentual dos resíduos ou materiais para a reciclagem, o que inviabiliza o controle e redução de riscos provocados pelo manejo inadequado dos RSSS.</li> </ul>
<b>PROPOSTA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instrumentalizar a equipe de saúde através de capacitação do principal objetivo do gerenciamento dos RSSS que é a prevenção e redução de riscos à saúde e ao meio ambiente, por meio do correto manuseio,</li> </ul>

	armazenamento, transporte e destinação final dos resíduos gerados; - Sensibilizar os profissionais de saúde para elaborar, implantar ou manter o processo dos RSSS nos EAS.
<b>OBJETIVO</b>	- Capacitar os profissionais da rede em saúde sobre o processo dos RSSS; - Problematizar com a equipe o seu papel como sujeito de ação, proponente na formulação das políticas de saúde priorizando fundamentadamente as ações de educação, promoção e prevenção em saúde ambiental; - Fomentar a criação de indicadores que traduzam de forma clara e objetiva o andamento do processo que avalie: taxa de acidentes com resíduos perfurocortantes, variação da geração dos resíduos, variação da proporção de resíduos nos diversos grupos, variação do percentual dos resíduos ou materiais para a reciclagem.
<b>PÚBLICO ALVO</b>	- Equipe multiprofissional e intersetorial dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde ((EAS)
<b>ESTRATÉGIA</b>	- 1 oficina no ano de 2013; - 1 oficina no ano de 2014; - 1 oficina no ano de 2015, - 1 seminário regional no ano de 2013; - 1 seminário regional no ano de 2015; - Estudo dirigido individual e coletivo com pesquisa de campo.
<b>RECURSOS</b>	- Físicos: Laboratório, sala de aula, anfiteatro, ...; - Materiais: multimídia, apostilas, material de expediente, ...; - Humanos: palestrantes, gestores e equipe multidisciplinar e intersetorial.
<b>CUSTO ESTIMADO</b>	R\$ 50.000,00
<b>META</b>	- Ter sensibilizado os profissionais da saúde a dar o destino correto dos resíduos; - Efetivação do plano de gerenciamento dos RSSS.
<b>PRAZO</b>	2013 a 2015
<b>PERIODICIDADE</b>	Anualmente

<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instrumentalizar a equipe de saúde através de capacitação sobre a importância do cumprimento da legislação RDC n. 306 da ANVISA de dez 2004 e da Resolução CONAMA n. 358 de abril 2005 e a Resolução nos resíduos dos serviços de saúde CONAMA n. 005 de 05 de agosto de 1993 efetivando suas ações;</li> <li>- Elaboração de instrumentos que avaliem os indicadores para taxa de acidentes com resíduos perfurocortantes, variação da geração dos resíduos, variação da proporção de resíduos nos diversos grupos, variação do percentual dos resíduos ou materiais para a reciclagem.</li> <li>- Fazer o descarte e dar o destino correto dos resíduos produzido nos EAS.</li> </ul>
<b>PROCESSO DE AVALIAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Por meio de instrumentos de avaliação escrita;</li> </ul>

### 6.6 Tema 6 – Violência urbana e causas externas com enfoque na urgência e emergência

Problema: a taxa de morte por causas violentas e causas externas e as sequelas associadas a estes eventos têm alto impacto na diminuição da expectativa e qualidade de vida de crianças adolescentes, jovens e adultos. Constata-se dificuldades na assistência à vítimas de violência em todas as formas.

<b>CAUSA</b>	A violência possui causas múltiplas, complexas e correlacionadas com determinantes sociais e econômicos como o desemprego, vícios, baixa escolaridade, concentração de renda, exclusão social e cultural.
<b>PROPOSTA</b>	Capacitar os profissionais de saúde e setor multisetorial na abordagem do problema da violência a partir do tratamento apropriado das vítimas, gerando informações de qualidade.
<b>OBJETIVO</b>	Prestar assistência qualificada às vítimas de violência em todas as formas.
<b>PÚBLICO</b>	Gestores, trabalhadores do SUS, membros de organizações não



<b>ALVO</b>	governamentais e da educação.
<b>ESTRATÉGIA</b>	- Realizar oficinas anuais entre os anos de 2013 e 2015
<b>RECURSOS</b>	- Físicos: Laboratório, sala de aula, anfiteatro, ...; - Materiais: multimídia, apostilas, material de expediente, ...; - Humanos: palestrantes, gestores e equipe multidisciplinar e intersetorial.
<b>CUSTO ESTIMADO</b>	R\$ 50,000,00
<b>META</b>	Capacitar gestores, trabalhadores do SUS, membros de organizações não governamentais e da educação.
<b>PRAZO</b>	De 2013 a 2015
<b>PERIODICIDADE</b>	Anual
<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	- Prevenir, minimizar e enfrentar as diversas formas de violências e favorecer a promoção da saúde e da cultura de paz; - Criar um fluxograma para atendimento a vítimas de agressão.
<b>PROCESSO DE AVALIAÇÃO</b>	- Por meio de instrumentos de avaliação escrita;

### 6.7 Tema 7 – Gestores e Controle Social

Problema: Problemas de ordem gerencial nas ações práticas de gestão do SUS.

<b>CAUSA</b>	- Rotatividade dos gestores e dos representantes do controle social; - Constantes mudanças na legislação que afeta a saúde; - Dificuldade de gestão compartilhada entre a sociedade civil, trabalhadores da saúde e governo; - "Engessamento" da gestão, em virtude das limitações legais estabelecidas, a exemplo da Lei de Responsabilidade Fiscal.
<b>PROPOSTA</b>	- Promover a capacitação técnica dos gestores e conselheiros dos Conselhos Municipais de Saúde da Região da Serra Catarinense no

	desenvolvimento da Política Nacional do SUS, no reconhecimento e comprometimento com a realidade regional e local;
<b>OBJETIVO</b>	- Capacitar os gestores e conselheiros dos Conselhos Municipais de Saúde para o compromisso técnico político com o processo de fortalecimento e defesa do SUS democrático e de gestão compartilhada.
<b>PÚBLICO ALVO</b>	Gestores e Conselheiros Municipais do SUS da Região da Serra Catarinense.
<b>ESTRATÉGIA</b>	- 04 oficinas no ano de 2013
<b>RECURSOS</b>	- Físicos: Laboratório, sala de aula, anfiteatro, ...; - Materiais: multimídia, apostilas, material de expediente, ...; - Humanos: palestrantes, gestores e equipe multidisciplinar e intersetorial.
<b>CUSTO ESTIMADO</b>	R\$ 50.000,00
<b>META</b>	- Capacitar os gestores e conselheiros municipais de saúde que integram a CIR da Serra Catarinense.
<b>PRAZO</b>	De março a novembro de 2013
<b>PERIODICIDADE</b>	Semestral
<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	- Gestores e conselheiros de saúde conscientes de seu papel e comprometidos com a Política Nacional de Saúde - SUS; - Gestores e conselheiros de saúde (controle social) conhecedores da realidade regional e local; - Gestores e conselheiros de saúde (controle social) compartilhando ações de gestão em prol da saúde da população;
<b>PROCESSO DE AVALIAÇÃO</b>	- Por meio de instrumentos de avaliação escrita;

### 6.8 Tema 8 – Núcleos Municipais de EP

Problema: Inexistência de Núcleos Municipais de EP

<b>CAUSA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não compreensão de gestores e trabalhadores da saúde do marco teórico/metodológico da PNEPS, que ocasiona dificuldade de implementar ações segundo os princípios da Política;</li> <li>- Fragilidade no conhecimento dos atores sociais envolvidos a respeito da PNEPS;</li> <li>- Apesar da PNEPS ter sido instituída em 2004 pela Portaria 198, e implementada pela Portaria 1996/2007, a teoria ainda se distancia da prática e é necessário sensibilizar e comprometer gestores e atores envolvidos para a implantação efetiva das EPS em seus Municípios, incluindo os núcleos de EP.</li> </ul>
<b>PROPOSTA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a participação dos atores sociais do CIR, e de profissionais envolvidos com a rede (multiprofissional e intersetorial) de modo a tornarem-se multiplicadores e fomentadores da EPS;</li> <li>- Sensibilizar os Gestores sobre a PNEPS e a necessidade de implantar os núcleos de EP</li> </ul>
<b>OBJETIVO</b>	Informar, sensibilizar e comprometer os atores sociais em relação à PNEPS e a EP.
<b>PÚBLICO ALVO</b>	CIR, CIES, profissionais envolvidos com a rede (multiprofissional e intersetorial)
<b>ESTRATÉGIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 oficinas regionais para compreensão do marco teórico/metodológico da PNEPS e núcleos de EP;</li> <li>- seminário regional em 2014 para avaliar a implantação e as dificuldades de implantação dos núcleos municipais de EPS.</li> </ul>
<b>RECURSOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Físicos: Laboratório, sala de aula, anfiteatro, ...;</li> <li>- Materiais: multimídia, apostilas, material de expediente, ...;</li> <li>- Humanos: palestrantes, gestores e equipe multidisciplinar e intersetorial.</li> </ul>
<b>CUSTO ESTIMADO</b>	R\$ 50.000,00
<b>META</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 oficinas regionais em 2014</li> <li>- implantação de núcleos municipais de EP na região.</li> </ul>
<b>PRAZO</b>	Entre o segundo semestre de 2014 e o segundo semestre de 2015
<b>PERIODICIDADE</b>	anual

<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	Atores sociais envolvidos com compromisso de implementar os núcleos EP nos seus municípios
<b>PROCESSO DE AVALIAÇÃO</b>	Por meio de instrumentos de avaliação escrita;

### 6.9 Tema 9 – Educação Sanitária

Problema: Alimentos produzidos e comercializados sem inspeção sanitária.

<b>CAUSA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldades de acesso ao Serviço de Inspeção Federal, Estadual e Municipal;</li> <li>- Comercialização de alimentos sem inspeção sanitária;</li> <li>- Falta de medidas educativas e ações preventivas na área sanitária;</li> <li>- Atuação desarticulada dos gestores e atores envolvidos para a implantação efetiva do serviço de inspeção.</li> </ul>
<b>PROPOSTA</b>	- Fortalecer e aproximar o Serviço de Inspeção Municipal e de Vigilância Sanitária das agroindústrias familiares e dos estabelecimentos comerciais através de ações de educação sanitária;
<b>OBJETIVO</b>	Informar, sensibilizar e comprometer os envolvidos em ações de educação sanitária.
<b>PÚBLICO ALVO</b>	Agroindústrias familiares, estabelecimentos comerciais de alimentos, profissionais envolvidos com o Serviço de Inspeção e de Vigilância Sanitária e gestores municipais das áreas de agricultura e saúde.
<b>ESTRATÉGIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 oficinas regionais para compreensão do marco teórico/metodológico das ações de inspeção e vigilância sanitária;</li> <li>- realização de 18 oficinas municipais de capacitação em educação sanitária;</li> </ul>
<b>RECURSOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Físicos: material de laboratório, sala de aula e anfiteatro;</li> <li>- Materiais: multimídia, apostilas, material de expediente;</li> <li>- Humanos: palestrantes, gestores e equipe multidisciplinar e</li> </ul>

	intersetorial.
<b>CUSTO ESTIMADO</b>	R\$ 50.000,00
<b>META</b>	Meta 01- realização de 2 oficinas regionais (Lages e São Joaquim); Meta 02 – realização de 18 oficinas municipais de capacitação em educação sanitária (municípios do CISAMA)
<b>PRAZO</b>	Entre o segundo semestre 2013 e o primeiro semestre de 2015
<b>PERIODICIDADE</b>	2013 e 2015
<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aumento do ingresso de agroindústrias e de estabelecimentos comerciais no serviço de inspeção municipal e obtenção do alvará sanitário;</li> <li>- redução da demanda ao SUS no atendimento médico ambulatorial por doenças relacionadas à qualidade higiênica sanitária dos alimentos;</li> <li>- envolvimento de profissionais e gestores em ações profiláticas de saúde;</li> </ul>
<b>PROCESSO DE AVALIAÇÃO</b>	- Ao término de cada módulo por meio de instrumentos de avaliação escrita;

## 7 DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Os principais recursos para a execução do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde serão alocados pela PNEPS Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, e pelas parcerias firmadas com instituições, entidades e Secretarias Municipais de Saúde. Segue a estimativa dos recursos financeiros necessários para as prioridades elencadas em EPS.

<b>Tema Prioritário</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Total</b>
Oficina PAREPS	5.336,95				5.336,00
Humanização		50.000,00			50.000,00
Saúde da Criança com enfoque na mortalidade infantil			25.000,00	25.000,00	50.000,00
Saúde da Mulher com enfoque na prevenção do câncer			50.000,00		50.000,00
Saúde Mental - Psicossocial		50.000,00			50.000,00
Saúde do trabalhador		25.000,00	25.000,00		50.000,00
Resíduos sólidos dos serviços de saúde		20.000,00	20.000,00	10.000,00	50.000,00
Violência urbana e causas externas – Urgência e Emergência		20.000,00	20.000,00	10.000,00	50.000,00
Gestores e Controle Social		50,000,00			50.000,00
Núcleos Municipais e regionais de EPS			50.000,00		50.000,00
Educação Sanitária		25.000,00		25.000,00	50.000,00
<b>Total</b>	<b>5.336,00</b>	<b>240.000,00</b>	<b>190.000,00</b>	<b>70.000,00</b>	<b>505.336,00</b>

A origem dos recursos pode ser das três esferas de governo Federal, Estadual e Municipal, envolvendo as instituições e profissionais.

## 8. REFERÊNCIAS

- BENEDICT, R. O crisântemo e a espada. Rio de Janeiro : Perspectiva, 1997.
- DA MATTA, R. Você tem cultura? In: **Explorações: Ensaio de Sociologia Interpretativa**. Rio de Janeiro: Rocco, 1986. p.121 -128.
- HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.
- LARAIA, R. B. **Cultura um conceito Antropológico**. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.
- LÖCKS, G. A. et al. **Caminho das Tropas: caminhos, pousos e passos em Santa Catarina**. Lages: Editora Uniplac, 2006.
- LÖCKS, G. A. et al. **Identidade dos Agricultores Familiares de São José do Cerrito, SC**. Dissertação de Mestrado. UFSC/PPGAS. 1998.
- MARX, K. ENGELS, F. **A Ideologia Alemã (I Feuerbach)**. São Paulo: Hucitec, 1986.
- MOTTA. J. I. J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1997.
- PEIXER, Z. I. **A cidade e seus tempos: o processo de constituição do espaço urbano em Lages**. Lages: Editora Uniplac, 2002.
- SANTOS, L. **O Modelo de Atenção à Saúde se Fundamenta em Três Pilares: Rede, Regionalização e Hierarquização**. Set. 2011. <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/09/15/o-modelo-de-atencao-a-saude-se-fundamenta-em-tres-pilares-rede-regionalizacao-e-hierarquizacao/>> acesso em setembro de 2012.