



PORTARIA 1996 – MS
RESOLUÇÃO CIB 198

Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) – 2012/2013

Texto sistematizado por representantes da CIES e aprovado pela

Comissão intergestora Regional :

Roselita sebold – Articuladora CIES Alto Vale do Itajaí

Briguite Sieves– Município Mirim Doce

Maike Vicentiner– Município Salete

Rose Cristiane Hermes – Município Taió

Silvana Cristina Bizolo – Município Pouso Redondo

Rio do Sul, julho de 2012

CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DO EXTREMO OESTE CATARINENSE

Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.
Paulo Freire

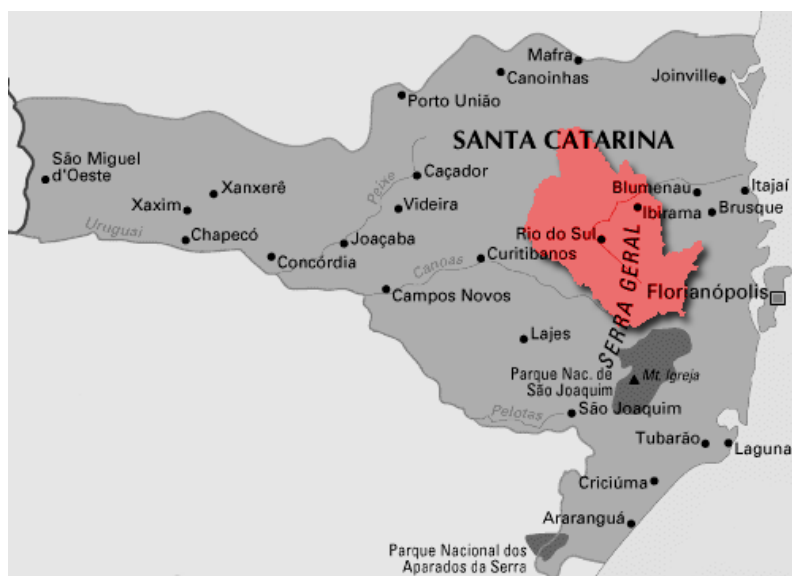
A região de atuação da Comissão de Integração Ensino-Serviço – CIES – de Chapecó é constituída, atualmente, por 41 municípios com número de habitantes que variam entre 1.450 e 164.803 pessoas, totalizando, regionalmente, 443.145 habitantes.

Nestes municípios o Produto Interno Bruto médio - PIB, conforme dados do IGBE/Censo 2006 é de R\$ 11.395,32 e o Índice de Desenvolvimento Humano médio – IDH, é de 0,781.

Entre as principais características da população destacam-se:

- Demograficamente: predomínio da população urbana (61,03%) em relação à rural (38,70%).
- Economia baseada na agricultura (produção de soja e milho), na produção de suínos e aves e na existência de grandes indústrias de alimentação (Sadia, Seara, Perdigão, Chapecó Alimentos, Aurora, etc). Os setores de comércio e prestação de serviços encontram-se em desenvolvimento. O turismo ainda é pouco explorado.

Segue abaixo mapa da região, sinalizando também os municípios sede das SDRs Secretaria de Estado de Desenvolvimento Regional.



No que se refere à estrutura física de saúde destes municípios merece destaque a existência de:

- 18 Hospitais;
- 1.107 Leitos sendo 794 destes destinados ao SUS;
- 71 Unidades Básicas de Saúde;
- 64 Postos de Saúde;
- Várias outras estruturas para atendimento em saúde pública como CAPS, SAMU, APAE, laboratórios e outros serviços especializados.

Em termos de equipe profissional, a região possui, conforme dados do CNES (24/05/2009), 5.749 profissionais diversas áreas.

CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ

O Alto Vale do Itajaí é uma região localizada no centro do estado de Santa Catarina, situado entre a Serra do Mar e a Serra Geral, na bacia hidrográfica do Rio Itajaí Açú que é formado pelos Rios Itajaí do Sul e Itajaí Oeste. É composto por 28 municípios, sendo que, Rio do Sul é considerada a capital do Alto Vale do Itajaí.

A colonização predominante da região é de alemães e italianos, e em menor proporção de poloneses e portugueses, e também índios que já habitavam essas terras antes da chegada dos europeus. José Boiteux apresenta traços culturais diferenciados dos demais municípios do Alto Vale do Itajaí, por possuir, historicamente, a etnia indígena, além das demais que formaram a região. A Reserva Indígena Duque de Caxias abriga diversas etnias. Kaigangs, xoklengs, guaranis e a comunidade dos cafuzos, parte dos poucos remanescentes da histórica Guerra do Contestado preservam seus idiomas e confeccionam artesanato nas aldeias.

Atualmente, o Alto Vale do Itajaí conta com quase 270 mil habitantes, ou seja, 4,3% da população de Santa Catarina. A região registra nos últimos anos um crescimento econômico e populacional, embora prevaleçam pequenas propriedades agrícolas (agricultura familiar), entre 10 a 30 hectares.

Na agricultura destaca-se principalmente a produção de cebola, fumo, arroz, milho, leite, suíno e frangos.

Na área industrial a economia é diversificada, destacando-se madeiras, metal mecânica, têxtil, de papel, cerâmica, agroindústria (frigoríficos - bovinos, suínos e aves) e laticínios.

O setor de comércio e serviços atende as primeiras necessidades nos municípios menores e produtos e serviços especializados nos municípios maiores. Entre as atividades do setor destacam-se autopeças, máquinas agrícolas, alimentos, fertilizantes, defensivos agrícolas, combustível e materiais de construção.

O PIB (Produto Interno Bruto) regional do Alto Vale do Itajaí corresponde a 3,6% do PIB do estado.

A área turística ainda é pouco explorada, mas oferece bons atrativos como belezas naturais (cachoeiras), esportes (rafting, canoagem e canyonig), arquitetura de casas nos estilos inxaimel, festas típicas e gastronomia típica da descendência alemã e italiana.

Os 28 municípios da região do Alto Vale do Itajaí formam a Associação de Municípios do Vale do Itajaí- AMAVI, que tem por objetivo priorizar o atendimento as causas regionais.

A Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) do Alto Vale do Itajaí é constituída pelos 28 municípios de abrangência da região, dividido em 4 Secretarias de Desenvolvimento Regional (SDR):

- Ibirama, 14ª (Presidente Getúlio, José Boiteux, Presidente Nereu, Lontras, Witmarsun e Vitor Meireles)

- Ituporanga, 13ª (Vidal Ramos, Imbuia, Petrolândia, Chapadão do Lageado, Atalanta e Aurora)

- Rio do Sul e 12ª (Braço do Trombudo, Agrolândia, Trombudo Central, Agronômica, Laurentino e Rio do Oeste)

- Taió. 34ª (Salette, Rio do Campo, Santa Terezinha, Mirim Doce, Pouso Redondo)



Nas cidades sedes (Taió, Rio do Sul, Ituporanga, Ibirama) conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em 11/05/2012 destaca-se a seguinte estrutura em saúde:

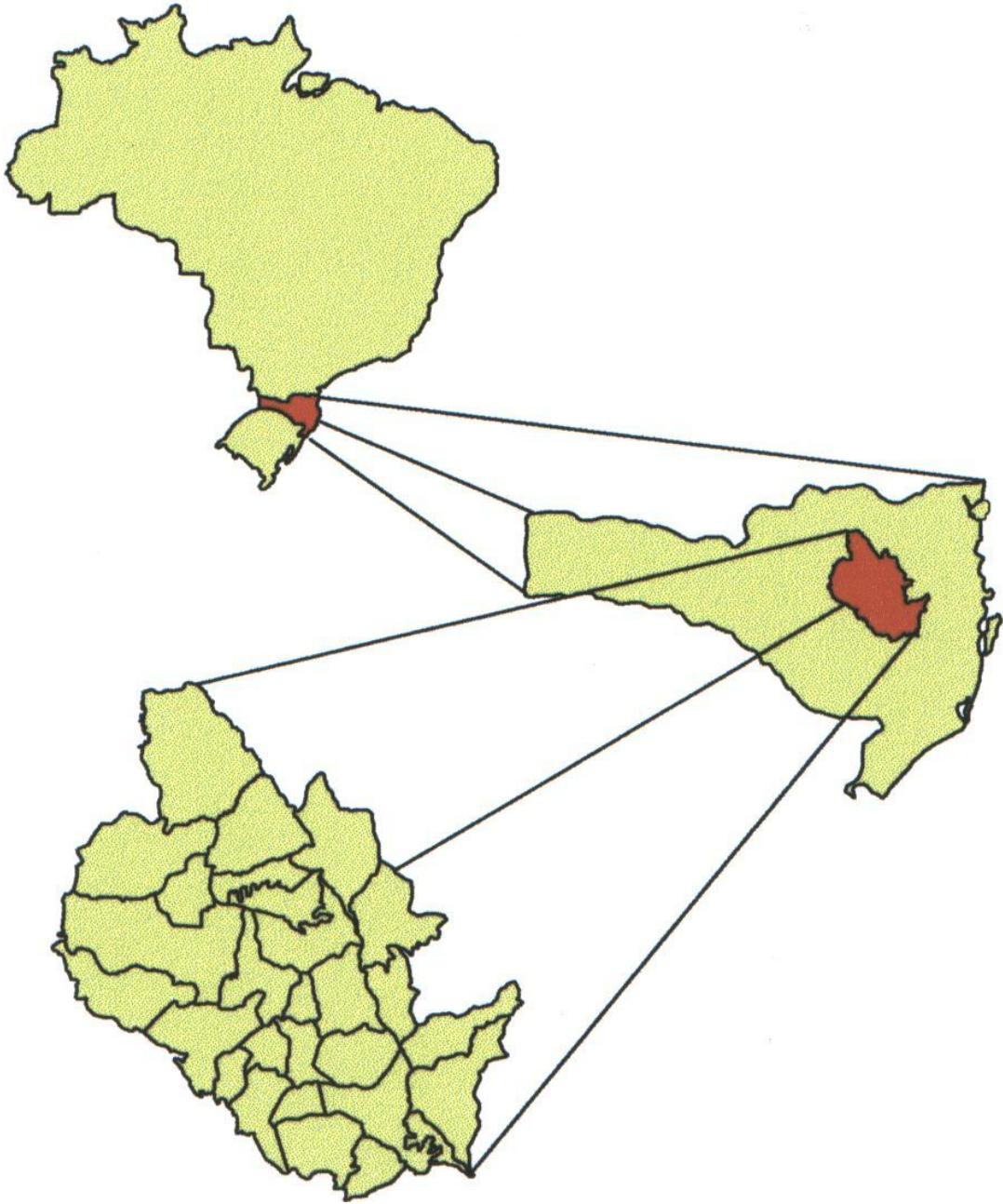
- 5 hospitais,
- 351 leitos de atendimento do Sistema único de Saúde (SUS),
- 71 Estratégias de Saúde da Família (ESF),
- 2 Unidades Sanitárias.

A região conta também com vários outros estabelecimentos de saúde conveniados com o SUS, como clínicas especializadas, consultórios, laboratórios, etc, além de

atendimentos como: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centro de Referência Assistência Social (CRAS), Centro de Assistência Psicossocial (CAPS) e Policlínica.

Quanto ao número de profissionais de saúde cadastrados, a região do CIES do Alto Vale do Itajaí possui aproximadamente 1000 profissionais, em diversas especialidades, entre eles: enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, médicos, odontólogos, auxiliares e técnicos de saúde bucal, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos farmacêuticos, assistente sociais, entre outros.

Municípios	Em 08 1996	Em 08 2000	População residente em 2010				
			Homens	Mulheres	Urbana	Rural	Total
Agrolândia	7.608	7.812	4.703	4.625	5.964	3.364	9.328
Agronômica	3.914	4.255	2.496	2.405	1.855	3.046	4.901
Atalanta	3.658	3.429	1.661	1.639	1.368	1.932	3.300
Aurora	5.956	5.470	2.825	2.727	1.931	3.621	5.552
Braço do Trombudo	3.002	3.186	1.765	1.692	1.898	1.559	3.457
Chapadão do Lageado	2.441	2.560	1.426	1.338	515	2.249	2.764
Dona Emma	3.455	3.307	1.912	1.811	1.868	1.855	3.723
Ibirama	13.394	15.786	8.672	8.670	14.825	2.517	17.342
Imbuia	5.398	5.236	2.891	2.818	2.517	3.192	5.709
Ituporanga	18.508	19.472	11.096	11.159	14.834	7.421	22.255
José Boiteux	4.375	4.589	2.391	2.329	1.610	3.110	4.720
Laurentino	4.532	5.062	3.002	3.003	4.375	1.630	6.005
Lontras	7.936	8.372	5.128	5.120	7.018	3.230	10.248
Mirim Doce	2.823	2.739	1.273	1.240	1.202	1.311	2.513
Petrolândia	6.619	6.413	3.166	2.965	2.225	3.906	6.131
Pouso Redondo	11.778	12.182	7.504	7.308	9.026	5.786	14.812
Presidente Getúlio	11.523	12.329	7.405	7.481	10.533	4.353	14.886
Presidente Nereu	2.455	2.303	1.167	1.117	808	1.476	2.284
Rio do Campo	6.578	6.522	3.180	3.015	2.632	3.563	6.195
Rio do Oeste	6.734	6.729	3.608	3.486	3.390	3.704	7.094
Rio do Sul	47.822	51.650	29.972	31.224	56.783	4.413	61.196
Salete	6.885	7.154	3.770	3.587	4.978	2.379	7.757
Santa Terezinha	8.439	8.826	4.700	4.067	1.513	7.254	8.767
Taió	15.997	16.261	8.691	8.574	9.973	7.292	17.265
Trombudo Central	5.895	5.767	3.268	3.286	4.102	2.452	6.554
Vidal Ramos	6.416	6.271	3.260	3.033	1.792	4.501	6.293
Vitor Meireles	5.679	5.518	2.772	2.436	1.445	3.763	5.208
Witmarsum	3.526	3.250	1.828	1.773	845	2.756	3.601
Total	233.346	242.450	122.586	119.864	139.383	103.067	269.460



MUNICÍPIO	HOSP	TOTAL DE LEITOS	LEITOS SUS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	POSTO DE SAÚDE	ESF	SB	PACS	CAPS	SAMU	APAE	OUTROS SERVIÇOS
AGROLÂNDIA	1	23	16	1	1	3	1	0	-	0	1	
AGRÔNOMIC	0	0	0	2	0	1	1	1	-	0		
ATALANTA	0	0	0	1	0	1	1	1		0		
AURORA	1	14	13	1	1	2	1	0		0		
BRAÇO DO TROMBUDO	0	0	0	1	2	1	1	1		0		
CHAPADAO DO LAGEADO	0	0	0	1	1	1	1	0		0		
DONNA EMMA	0	0	0	1	1	1	1	1		0		
IBIRAMA	1	100	89	7	0	7	5	0		1		
IMBUIA	1	14	13	1	2	2	0	0		0	1	
ITUPORANGA	1	60	47	9	1	8	7	0		1	1	
JOSE BOITEUX	1	10	10	1	1	2	2	0		0	1	
LAURENTINO	0	0	0	1	0	2	1	0		0		
LONTRAS	0	0	0	2	0	3	2	1		0		
MIRIM DOCE	0	0	0	1	0	1	1	0		0		
PETROLÂNDIA	1	22	20	1	4	2	2	0		0		
POUSO REDONDO	1	41	34	5	0	5	3	0	0	0	1	
PRESIDENTE GETULIO	1	43	37	7	0	5	4	0		0	1	
PRESIDENTE NEREU	0	0	0	1	0	1	1	0		0		
RIO DO CAMPO	1	40	31	2	1	2	1	0		0	1	
RIO DO OESTE	1	15	12	1	0	1	1	1		0		
RIO DO SUL	2	290	210	17	1	13	1	3	1	1	1	Policlinica de Referencia Reg Hospital Samária - Psiquiatria
SALETTE	1	43	40	3	5	2	1	1		0	1	
SANTA TEREZINHA	0	0	0	3	0	3	2	0		0		
TAIÓ	1	47	40	7	0	6	3	0		1	1	
TROMBUDO CENTRAL	1	66	49	2	0	2	2	0		0	1	
VIDAL RAMOS	1	24	22	1	0	2	2	0		0		
VI. MEIRELIS	1	17	15	1	0	2	1	0		0		
WITMARSUM	0	0	0	1	0	1	1	1		0		

CAR
ACTE
RIZA
ÇÃO
DA
ESTR
UTU
RA
FÍSIC
A EM
SAÚ
DE

A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

A atual Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) prevê que, para dar conta das peculiaridades e desigualdades do País, são necessárias estratégias de integração ensino-serviço que comprometam o setor saúde e o setor educação, e envolvam, não somente os trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), mas também pesquisadores, docentes e estudantes, com o objetivo de construir uma Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para os Profissionais ⁽¹⁾.

A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão social e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde ⁽¹⁾.

Nesta proposta, as demandas para capacitação se darão a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, com base nas necessidades de qualificação. Requer, portanto, ações no âmbito da formação técnica, de graduação e pós-graduação, da organização do trabalho, da interação com redes de gestão e de serviços de saúde e do controle social no setor.

Desenvolver junto com a UNIDAVI projetos para a implantação do PRÓ-PET Saúde que é um programa dos ministérios da saúde e educação destinado a viabilizar o aperfeiçoamento e a especialização em serviço, bem como a iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos, respectivamente, aos profissionais e acadêmicos da área da saúde, de acordo com as necessidades do sistema único de saúde (SUS).

Propor junto ao CIR cursos de especialização em Saúde Coletiva e Práticas Integrativas Complementares com o intuito de melhorar as ações de integralidade na Atenção Básica.

Procurar implementar os núcleos de Educação Permanente nos municípios.

Com base no exposto, o plano a seguir objetiva contribuir para a elaboração de soluções dos problemas de saúde, por meio de práticas educativas, a fim de garantir a integralidade e a equidade na assistência a saúde dos indivíduos e da comunidade, fortalecendo o compromisso dos trabalhadores com o SUS, com ênfase na promoção da saúde.

CARACTERIZAÇÃO DAS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO EM SAÚDE

A partir da Oficina Regional para confecção do Plano de Ações Regionais de Educação Permanente em Saúde, em outubro de 2008, foi realizado diagnóstico dos problemas e necessidades dos municípios integrantes do CIES Alto Vale do Itajaí, de acordo com a Portaria 1996 – MS.

Os temas possuem aprovação do Comissão Intergestora Regional - CIR e poderão ser custeados com as verbas do CIES, aprovadas para 2012 e 2013.

Optou-se por obter um enfoque estratégico de planejamento, pois oportuniza o enfrentamento de problemas a partir de um olhar abrangente, considerando a perspectiva de análise, bem como a capacidade de ação de todos os atores envolvidos no enfrentamento dos problemas ⁽²⁾. Assim, o PAREPS poderá passar por constantes modificações, a fim de atender as especificidades e demandas regionais, na lógica da Política de EP.

Foram estabelecidas seis principais demandas a serem trabalhadas, a fim de realizarem-se atividades de educação permanente, conforme planilhas abaixo:

1. GESTORES	
Problemas	* Falta de conhecimento e compreensão da EP
	* Entrada de novos gestores na saúde pública sem conhecimento prévio da EP e suas implicações
	* Dificuldades em administrar os recursos (Cofinanciamento, etc.)
	Planos municipais de saúde – orientações
	* Não cumprimento das metas e indicadores pactuados.
Proposta	* Capacitar os gestores técnicos responsáveis pelos Planos Municipais, dos municípios. (Tesoureiros e demais técnicos)
Objetivo	* Entender e implantar adequadamente a educação Permanente nos municípios.
Público-Alvo	* 28 Gestores Municipais e 28 técnicos , totalizando 56 profissionais.
Estratégia	* Realização de seminário, com 16 horas, para explanação e discussão da EDUCAÇÃO PERMANENTE.
Meta	* Participação de 100% dos municípios.
Prazo	* Início de cada ano.
Periodicidade	* Anual
Resultado	* Monitoramento e avaliação dos indicadores relacionados a EP (por exemplo no PMAQ) nos municípios.
	* Aumentar os índices das metas alcançadas com base na maior coerências das metas pactuadas.
Orçamento	

2 MOSTRA DE TRABALHOS EXITOSOS	
Problemas	* Dificuldade para escrever as ações desenvolvidas.
	* problematização de temas relevantes para o desenvolvimento de uma rede regionalizada cooperativa.
	* Não cumprimento das metas e indicadores pactuados.
Proposta	* Implantar Mostra de Experiências Significativas intercalada com a ESTADUAL.
Objetivo	* valorizar a educação permanente em saúde como um meio de transformar suas práticas a partir do cotidiano do trabalho; * buscar a humanização do SUS por meio da valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde e institucionalização de novos arranjos e dispositivos de gestão e atenção para atender as necessidades de saúde da população; * agregar esforços para o aperfeiçoamento da atenção e gestão do SUS”.
Público-Alvo	* 10 profissionais de cada município = 280
Estratégia	* Realização de seminário, com 16 horas, distribuídos em quatro eixos temáticos: 1) Gestão em Saúde; 2) Atenção em Saúde; 3) Humanização e Educação Permanente em Saúde e 4) Participação Social e Promoção da Saúde.
Meta	* Participação de 100% dos municípios.
Prazo	* Até novembro de 2013.
Periodicidade	* bianual
Resultado	* criar espaço de problematização das principais dificuldades dos municípios e da rede regional de saúde no sentido de criar estratégias de enfrentamento, tornando-se espaço de aprendizagem, ação e compromisso.
Orçamento	R\$

3. HUMANIZAÇÃO NA RELAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DA SAÚDE PÚBLICA	
	* Falta de empatia por parte dos profissionais da saúde em relação aos usuários.
	* Falta de bom-senso e flexibilidade no processo de verificação de necessidades emergenciais do usuários X normas e protocolos de atendimento.
	* Dificuldade de relacionamento interpessoal na própria equipe de saúde.
	* Falta de conhecimento, por parte da equipe, em relação a referencia e/ou encaminhamento aos serviços de saúde pública.
	* Grande rotatividade de profissionais, não permitindo vínculo com a população.
	* Falta de contra-referência em relação aos pacientes encaminhados para outros serviços fora da unidade.
Problemas	
Proposta	* Divulgar a Política Nacional de Humanização.
Objetivo	* Humanizar as relações entre gestores, profissionais e usuários da saúde. * Melhorar o atendimento nos serviços de saúde das Secretarias Municipais, Gerências e Hospitais da região, visando a qualidade no atendimento realizado.
Público-Alvo	* Trabalhadores da rede de saúde dos municípios.
Estratégia	* Sensibilizar para a auto-avaliação, empatia, relacionamento interpessoal, trabalho em equipe e atendimento ao usuário por meio de discussões, dinâmicas de grupo, simulações, teatros. Carga horária prevista de 8 horas.
Meta	* Participação de 100% dos municípios.
Prazo	* Primeiro semestre de 2013.
Periodicidade	* Anual
Resultado	* Aumentar o índice de resolutividade na atenção básica e a satisfação dos usuários.
	* Aumentar o índice de satisfação dos profissionais em relação ao trabalho em equipe, qualificando a assistência à saúde.
Orçamento	R\$

4. ESTOMAS CRÔNICOS (colostomias, úlceras venosa e arterial)	
Problemas	* Complicações em colostomias (dermatites)
	* Úlceras em estágio estagnado, sem melhora com diferentes tratamentos;
	* Resposta negativa ao custo x benefício dos tratamentos oferecidos na rede pública;
	* Tratamentos e recursos materiais defasados;
	* Frustração dos profissionais perante a estagnação e/ou involução das úlceras
Proposta	* Difundir técnicas e medicamentos atualizados
Objetivo	* Melhorar o atendimento nos serviços de saúde das Secretarias Municipais, Gerências e Hospitais da região, visando a qualidade no atendimento realizado.
Público-Alvo	* Trabalhadores da rede de saúde dos municípios.
Estratégia	*. Carga horária prevista de 8 horas.
Meta	* Participação de 100% dos municípios.
Prazo	* Segundo semestre de 2013.
Periodicidade	*
Resultado	* Aumentar o índice de resolutividade no tratamento de estomas crônicos.
	* Aumentar o índice de satisfação dos profissionais em relação ao trabalho em equipe, qualificando a assistência à saúde.
Orçamento	R\$

Estamos terminando um curso no qual também serão levantadas as demandas dos municípios quanto a Educação Permanente e como não conseguimos desenvolver uma oficina própria para esse fim; os resultados posteriormente serão colocados em apreciação e se for consenso implementadas conforme prioridades nas formações de EP.

AVALIAÇÃO

A avaliação dos cursos propostos no PAREPS tem a principal função de contribuir para melhorias durante o próprio curso e para cursos posteriores. Neste sentido o enfoque principal visa à satisfação do usuário perante o curso, que deve ser associado a outro enfoque na avaliação, que é voltado para os profissionais facilitadores de aprendizado dos cursos, capacitação e treinamento, que são responsáveis pela realização das atividades no papel de instrutores, monitores, professores, facilitadores, etc., e que também tornam-se sujeitos importantes, com um ângulo diferente de visão do mesmo evento.

Assim sendo, a avaliação deve permitir o registro das visões de todos os atores sobre o processo de capacitação, treinamento e desenvolvimento, sem perder de vista o objetivo do Sistema Único de Saúde.

A avaliação deverá acontecer ao final de cada módulo de ensino, bem como ao final do plano proposto e após um tempo determinado para verificarmos o que ficou realmente.

Desta forma a avaliação procura propor formulários que subsidiem a todos a detecção de falhas e atualização do Plano estabelecido de forma dinâmica proporcionando assim, uma constante atualização, bem como correção de falhas, para que ao final cada participante consiga atingir o mais alto nível possível de conhecimento contribuindo assim para a melhoria do trabalho em cada município

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Teixeira, CF. Planejamento e programação situacional em distritos sanitários: metodologia e organização. In: Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995. p. 237-265.