

**SECRETARIA DE ESTADO DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL SDR  
REGIÃO JOINVILLE E JARAGUÁ DO SUL  
23ª E 24ª GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE**

**PLANO DE AÇÃO REGIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA  
REGIÃO NORDESTE DE SC  
AMUNESC/AMVALI**



**JOINVILLE, 2014.**

**Responsáveis pela elaboração  
FRANSUIZI PORTILLO  
ROSEMERI APARECIDA MACIEL  
24ª Gerência Regional de Saúde  
23ª Gerência Regional de Saúde**

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>3</b>
<b>2. CONTEXTUALIZAÇÃO DIAGNÓSTICA DA MACRORREGIÃO NORDESTE DE SANTA CATARINA</b>	<b>4</b>
<b>2.1 CONTEXTO SÓCIOECONÔMICO E GEOPOLITICO</b>	<b>4</b>
<b>2.2 ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE</b>	<b>5</b>
<b>2.3 GESTÃO DA REDE</b>	<b>17</b>
<b>3 JUSTIFICATIVA</b>	<b>19</b>
<b>4 CURSOS</b>	<b>20</b>
<b>4.1 REALIZADOS OU EM ANDAMENTO</b>	<b>21</b>
<b>4.2 SOLICITADOS COM PROJETO PRONTO ESPERANDO LICITAÇÃO</b>	<b>22</b>
<b>5. PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA REGIÃO – DIFICULDADES E PRIORIDADES</b>	<b>23</b>
<b>6. PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS</b>	<b>24</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>24</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>25</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Em nosso País, a saúde é o setor que vem protagonizando o mais significativo processo de reforma de Estado, tendo como autores e atores importantes segmentos sociais e políticos, cuja ação fundamental é a continuidade e avanço do movimento pela reforma sanitária, para a concretização do Sistema Único de Saúde - SUS.

A organização deste complexo Sistema de Saúde que tem entre seus princípios a universalidade e integralidade das ações demanda um número considerável de profissionais, que devem estar engajados na proposta do SUS.

A estrutura do SUS contempla além dos profissionais de saúde, os gestores que tem a premissa da condução das políticas locais e loco regionais de saúde, e culmina no Controle Social que deve estar inserido no processo de construção e avaliação das ações e serviços prestados aos usuários do SUS, sendo estas também categorias alvo para a educação permanente

A educação permanente é uma proposta para trabalhar a construção do modo de operar o Sistema, pois permite articular gestão, atenção e formação dos profissionais do SUS para o enfrentamento dos problemas concretos de cada equipe de saúde em seu território geopolítico de atuação.

Este engajamento se dá pela formação acadêmica e principalmente pela educação permanente em serviço, que ainda estão muito distantes de nossa realidade epidemiológica, formando muitas vezes profissionais alheios ao perfil sócio-cultural da população usuária do SUS.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), voltada para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do SUS, é compreendida como uma proposta de ação capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde, abarcando também a organização dos serviços. Constitui-se num trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas esferas de gestão, e as instituições formadoras, com vistas à identificação de problemas cotidianos e à construção de soluções.

Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a idéia de rede de atenção à saúde (RAS), por ser este um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais e hospitalares

que reconhece contextos e histórias de vida e assegura adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações.

Entendemos educação permanente não apenas como ensino-aprendizagem voltado apenas para a absorção de conhecimentos, mas como ensinar a pensar, comunicar-se adequadamente, ter raciocínio lógico, perceber a maneira como as pessoas vivem e aprendem, vivenciar e ajudar a problematizar a realidade do sistema e ser socialmente competente.

Pretendemos ao longo dos trabalhos desenvolvidos pelo CIES Nordeste – Região AMUNESC/AMVALI envolver o maior número de participantes, tais como controle social, profissionais de saúde, gestores, instituições de ensino, visando principalmente à troca de experiência/conhecimento e a construção de novos modelos de saúde conforme a realidade loco-regional. A idéia é que todo esse processo de construção conjunta traga melhorias para todos os níveis do sistema e aprimore o funcionamento da rede de serviços

Para a operacionalização da educação permanente necessita-se de tecnologias e equipamentos que permitam o desenvolvimento com qualidade das propostas construídas pelo CIES.

## **2 - CONTEXTUALIZAÇÃO DIAGNÓSTICA DA MACRORREGIÃO NORDESTE DE SANTA CATARINA**

### **2.1 - CONTEXTO SÓCIOECONÔMICO E GEOPOLITICO**

O Estado de Santa Catarina localiza-se na Região Sul do Brasil, apresenta o segundo maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do país, sendo que a macrorregião nordeste de SC apresenta IDH variando de elevado (0,857 a 0,807) a médio (0,793 a 0,787). Esta macrorregião também apresenta bons indicadores sociais, economia diversificada e população predominantemente de ascendência européia, com uma população residente estimada em 894.286 no ano de 2012.

#### **2.1.1 - Geografia e Clima**

Bastante diversificada, compreende municípios ao nível do mar até encostas de serra. O clima é de estações bem definidas, variando de subtropical temperado a mesotérmico super úmido, com abundante precipitação pluviométrica.

### **2.1.2 - Cultura**

De forte tradição germânica e grande concentração de festas regionais como gastronômicas, de colheitas, dos clubes de caça e tiro, bem como festas de pescados no litoral.

Em Joinville está localizada a única unidade do Balé Bolshoi fora da Rússia e o Museu do Imigrante. Na cidade de Jaraguá do Sul acontece o Festival de Música de SC - FEMUSC e um apreciado Festival de Teatro. No litoral de São Francisco do Sul encontramos o Museu do Mar.

A região tem destaque em vários esportes amadores, profissionais, radicais, entre eles: tênis de mesa, tênis de campo, padel, basquete, futsal, futebol de campo, motociclismo, rapel, rafting e montanhismo.

### **2.1.3 - Organização Social**

As características da região favorecem e estimulam padrões comportamentais mais conservadores, com menos movimentos de vanguarda. Por força do parque industrial, há movimentos sindicais de relativa influência. Alguns conselhos locais de saúde, pastorais ligadas à Igreja Católica e associações culturais atuam de forma mais restrita. As Igrejas Evangélicas presentes na região, normalmente a Luterana, exercem forte influência.

Os minifúndios não favorecem os movimentos ligados à questão da terra.

### **2.1.4 - Atividades Econômicas**

No litoral, o turismo e as atividades pesqueiras são mais representativas. O Porto de São Francisco do Sul, localizado na região, é o terceiro maior do País. Recentemente foi inaugurado outro porto de grande calado na cidade de Itapoá.

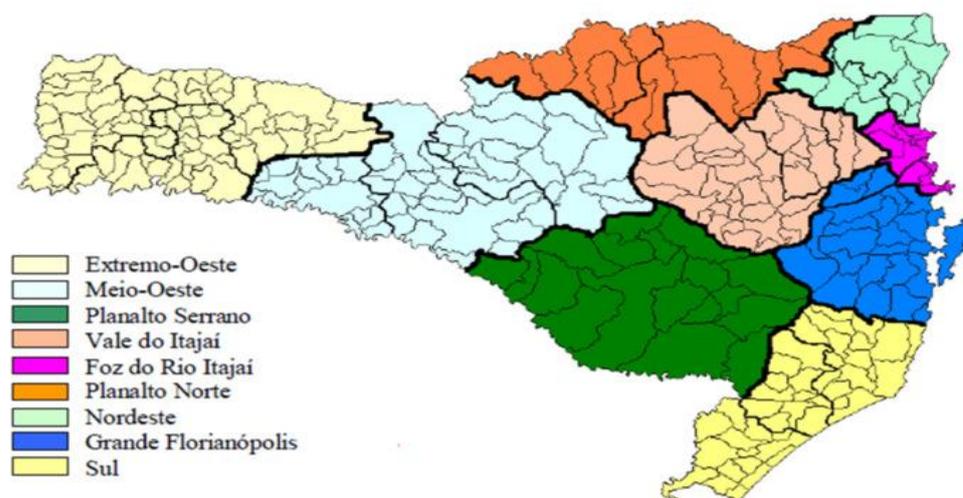
Na agricultura predominam o cultivo de arroz, banana, maracujá e algumas áreas de reflorestamento para a indústria moveleira.

Forte destaque para indústria metal-mecânica, plásticos, têxtil, softwares, refrigeração e linha branca, além da alimentícia.

## **2.2 - ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE**

Para efeito de estudos em saúde, o Estado está dividido em 9 Macrorregiões, conforme apresentado na figura abaixo:

**Figura 1: Organização do Estado de Santa Catarina, por Macrorregiões**

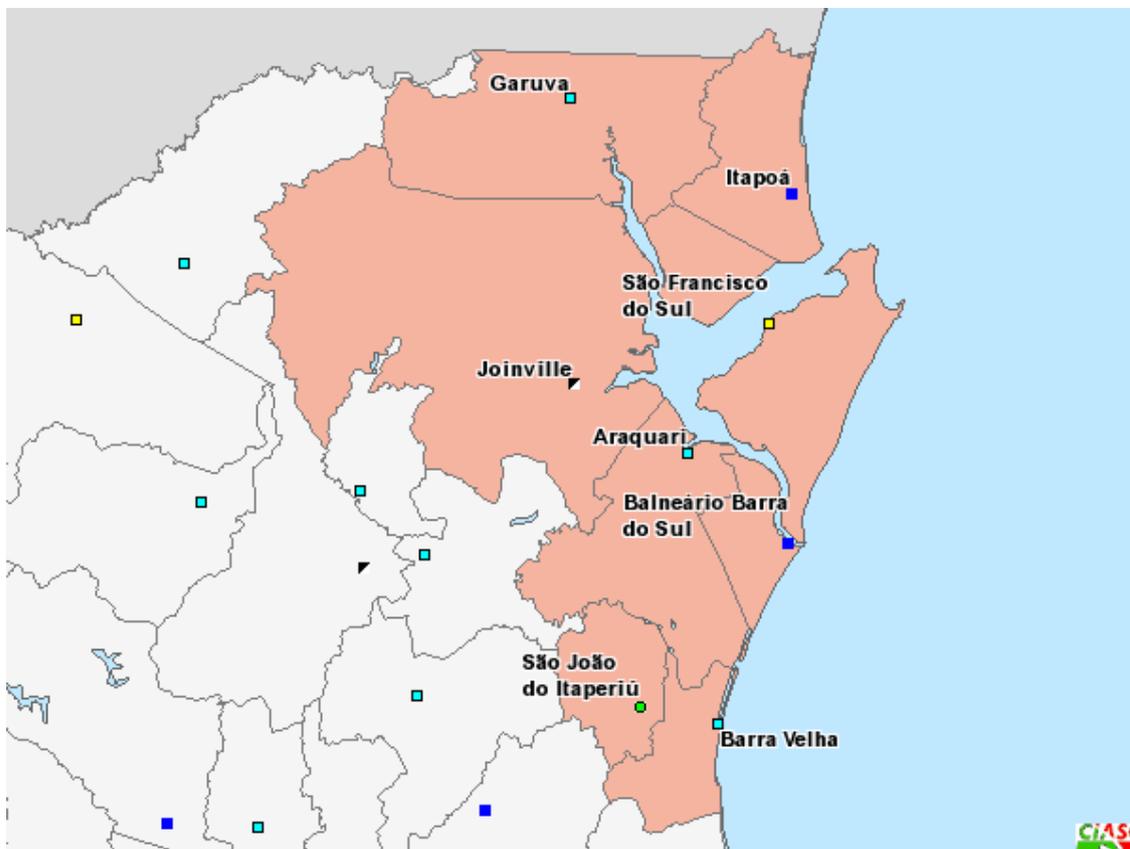


A Macrorregião Nordeste é composta por 02 Regiões de Saúde e 02 Secretarias de Desenvolvimento Regional - SDRs (23ª – Joinville e 24ª – Jaraguá do Sul). O Estado adotou uma divisão político-administrativa, organizada em 36 Regiões que são denominadas SDRs. Cada SDR tem como responsabilidade regional um conjunto de municípios, sendo que as mesmas diferem quanto ao número de municípios quando comparadas às divisões adotadas pela Secretaria de Estado da Saúde.



**Figura 2: Região de Saúde de Jaraguá do Sul e Joinville**

A Região de Saúde de Joinville é composta por oito municípios: Araquari, Balneário Barra do Sul, Barra Velha, Garuva, Itapoá, São Francisco do Sul e São João do Itaperiú.



Município	População Residente Estimada - 2012
Araquari	26.875
Balneário de Barra do Sul	8.791
Barra Velha	23.422
Garuva	15.272
Itapoá	15.658
Joinville	526.338
São Francisco do Sul	44.064
São João do Itaperiú	3.477
<b>Total</b>	<b>663.897</b>

Fonte: Tabnet/Datasus, 2012

Já a Região de Saúde de Jaraguá do Sul é composta por 5 municípios: Corupá, Guaramirim, Jaraguá do Sul, Massaranduba e Schroeder.



<b>Município</b>	<b>População Residente Estimada - 2012</b>
Corupá	14.155
Guaramirim	36.640
Jaraguá do sul	148.353
Massaranduba	14.993
Schroeder	16.248
<b>Total</b>	<b>230.389</b>

Fonte: Tabnet/Datasus, 2012

### **2.2.1 Estrutura de serviços de saúde da Macrorregião Nordeste de SC**

O Estado de Santa Catarina possui um total de 12.517 estabelecimentos de saúde públicos e privados, cadastrados nos 293 municípios, segundo dados do CNES - DATASUS/MS. Os dados coletados da Sala de Situação do Ministério da Saúde (MS), em setembro de 2012, sobre estabelecimentos de saúde demonstram uma distribuição das estruturas de saúde disponíveis entre unidades de atenção básica de saúde, média e alta complexidade hospitalar e centros de apoio e diagnose para uma população de 6.248.436 habitantes.

A Macrorregião Nordeste possui um total de 1.792 estabelecimentos de saúde públicos e privados, correspondendo a 14,31% de 12.517 presentes no estado. O município de São João do Itaperiú é o único na região que, não possui estabelecimento de saúde privado, somente quatro Centros de Saúde/ Unidades Básicas de Saúde públicas. Segundo, dados da sala de situação do MS na competência de setembro de 2012, os tipos e números de unidades saúde presentes nesta macrorregião tem sido considerada como a mais significativa, em termos de oferta de serviços no Estado.

### **2.2.2 - Recursos Humanos disponível em SC e na Macrorregião Nordeste.**

O número total de vínculos profissionais como médicos, cirurgião dentista e enfermeiros nos serviços públicos e privados para o Estado de SC é de 33.418, de acordo com dados coletados na Sala de Situação do MS, em setembro de 2012.

A macrorregião nordeste de SC possui 5.499 deste total de profissionais, o que corresponde a 16,45% do total de 33.418, conforme dados coletados na Sala de Situação do MS, em setembro de 2012.

### **2.2.3 - População Coberta pela Estratégia Saúde da Família, na Macrorregião Nordeste de SC.**

Figura 4: Quadro de Proporção de população estimada coberta pelas Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), por municípios da macrorregião nordeste, no mês de julho de 2012.

MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO NORDESTE	PROPORÇÃO DE COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA
ARAQUARI	68,93
BALNEÁRIO BARRA DO SUL	53,40
BARRA VELHA	100,00
CORUPÁ	100,00
GARUVA	100,00
GUARAMIRIM	64,03
ITAPOÁ	100,00
JARAGUÁ DO SUL	<b>36,29</b>
JOINVILLE	59,94
MASSARANDUBA	100,00
SÃO FRANCISCO DO SUL	83,65
SÃO JOÃO DO ITAPERIÚ	100,00
SCHROEDER	76,47

Fonte: MS/SAS/DAB

Figura 5: Quadro de Proporção de população estimada coberta pelas Equipes de Saúde da Família (ESF), por municípios da macrorregião nordeste, no mês de julho de 2012.

MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO NORDESTE	PROPORÇÃO DE COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA
ARAQUARI	66,71
BALNEÁRIO BARRA DO SUL	80,10
BARRA VELHA	90,34
CORUPÁ	98,53
GARUVA	100,00
GUARAMIRIM	76,84
ITAPOÁ	100,00
JARAGUÁ DO SUL	<b>26,03</b>
JOINVILLE	<b>33,12</b>
MASSARANDUBA	93,01
SÃO FRANCISCO DO SUL	47,80
SÃO JOÃO DO ITAPERIÚ	99,80
SCHROEDER	100,00

Fonte: MS/SAS/DAB

**Figura 6: Quadro de Equipes de Saúde Bucal (ESB) Implantadas, por municípios da macrorregião nordeste, no mês de julho de 2012.**

<b>MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO NORDESTE</b>	<b>EQUIPES DE SAÚDE BUCAL IMPLANTADAS</b>
ARAQUARI	<b>0</b>
BALNEÁRIO BARRA DO SUL	<b>0</b>
BARRA VELHA	5
CORUPÁ	1
GARUVA	3
GUARAMIRIM	2
ITAPOÁ	<b>0</b>
JARAGUÁ DO SUL	<b>10</b>
JOINVILLE	2
MASSARANDUBA	1
SÃO FRANCISCO DO SUL	6
SÃO JOÃO DO ITAPERIÚ	1
SCHROEDER	2

**Fonte: MS/SAS/DAB**

A macrorregião nordeste no mês de abril de 2012 possuía uma cobertura populacional estimada Saúde da Família (SF) de 43,8 %, sendo de 42,1% na Região de Joinville e de 48,8% na Região de Jaraguá do Sul, segundo dados coletados na página eletrônica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC). Municípios com menor cobertura de SF são Jaraguá do Sul e Joinville. Seguindo o padrão nacional, os municípios mais populosos têm uma cobertura relativamente baixa desta Estratégia. Os municípios de Garuva, Itapoá e Schroeder com uma população média de 15.000 habitantes possuem cobertura de 100%.

O município de Jaraguá do Sul tem o maior número de equipes de saúde bucal (ESB) implantadas, sendo que os municípios de Araquari, Balneário Barra do Sul e Itapoá, não possuem equipes de SB implantadas junto com as equipes de SF.

A menor população coberta por Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) encontra-se no município de Jaraguá do Sul.

#### **2.2.4 – Capacidade Instalada de outros Serviços da Atenção Básica AB**

**Figura 7: Quadro de Centros de Especialidade Odontológica (CEO) Implantadas, por municípios da macrorregião nordeste, no mês de abril de 2012.**

MACRO	Região de Saúde	SDR	MUNICÍPIO	CEO DE REFERÊNCIA
NORDESTE	17 JOINVILLE	23º SDR Joinville	Araquari	----
			Balneário Barra do Sul	----
			Barra Velha	----
			Garuva	----
			Itapoá	----
			Joinville	JOINVILLE
			São Francisco do Sul	----
			São João do Itaperiú	----
			<b>TOTAL23ª SDR</b>	<b>1</b>
	18 JARAGUÁ DO SUL	24º SDR Jaraguá do Sul	Corupá	JARAGUÁ DO SUL
			Guaramirim	JARAGUÁ DO SUL
			Jaraguá do Sul	JARAGUÁ DO SUL
			Massaranduba	JARAGUÁ DO SUL
			Schroeder	JARAGUÁ DO SUL
<b>TOTAL24ª SDR</b>			<b>1</b>	
<b>TOTAL DA MACRORREGIÃO NORDESTE</b>				<b>02</b>

Fonte: IBGE; GEABS-SES-SC; CNES; FNS

Os CEOs são estabelecimentos de saúde bucal inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), classificados como clínica especializada/ambulatório de especialidade que oferece serviços de odontologia gratuitos à população e realiza, no mínimo, as seguintes atividades:

- I - Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal;
- II - Periodontia especializada;
- III - Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;
- IV - Endodontia; e
- V - Atendimento a portadores de necessidades especiais.

Os profissionais da atenção básica são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados apenas casos mais complexos.

Na macrorregião nordeste foram credenciados dois CEOs, sendo um em Jaraguá do Sul e outro em Joinville. O CEO de Jaraguá do Sul oferta serviços a população dos municípios da área de abrangência da 24ª SDR de Jaraguá do Sul, sendo referência as equipes de SB. No entanto, o CEO de Joinville não referência a oferta de serviços aos municípios da 23ª SDR de Joinville.

**Figura 8: Quadro dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Implantados, por municípios da macrorregião nordeste, no mês de abril de 2012.**

MACRO	Região de Saúde	SDR	MUNICÍPIO	NASFSC Mod I
NORDESTE	17 JOINVILLE	23º SDR Joinville	Araquari	--
			Balneário Barra do Sul	--
			Barra Velha	--
			Garuva	1
			Itapoá	1
			Joinville	--
			São Francisco do Sul	--
			São João do Itaperiú	--
			<b>TOTAL23ª SDR</b>	<b>2</b>
	18 JARAGUÁ DO SUL	24º SDR Jaraguá do Sul	Corupá	--
			Guaramirim	--
			Jaraguá do Sul	--
			Massaranduba	1
			Schroeder	1
<b>TOTAL24ª SDR</b>			<b>2</b>	
<b>TOTAL DA MACRORREGIÃO NORDESTE</b>				<b>04</b>

Fonte: IBGE; GEABS-SES-SC; CNES; FNS

A macrorregião nordeste possui quatro NASF, com o objetivo de fortalecer e ampliar as ações e resolutividade na AB/ Estratégia Saúde da Família. Além de, focar na qualificação do processo de trabalho das equipes. (PORTARIA Nº 154 DE 24 DE JANEIRO DE 2008)

**Figura 9: Quadro dos Centros de Apoio Psico Social (CAPS) Implantados, por municípios da macrorregião nordeste, no mês de abril de 2012.**

MACRO	Região de Saúde	SDR	MUNICÍPIO	CAPS	
NORDESTE	17 JOINVILLE	23º SDR Joinville	Araquari	--	
			Balneário Barra do Sul	--	
			Barra Velha	--	
			Garuva	--	
			Itapoá	--	
			Joinville	CAPS II, CAPSi, CAPSad e CAPS III	
			São Francisco do Sul	CAPS I	
			São João do Itaperiú	--	
			<b>TOTAL23ª SDR</b>	<b>5</b>	
	18 JARAGUÁ DO SUL	24º SDR Jaraguá do Sul	Corupá	--	
			Guaramirim	--	
			Jaraguá do Sul	CAPS II e CAPSad	
			Massaranduba	--	
			Schroeder	--	
			<b>TOTAL24ª SDR</b>	<b>2</b>	
	<b>TOTAL DA MACRORREGIÃO NORDESTE</b>				<b>07</b>

Fonte: IBGE; GEABS-SES-SC; CNES; FNS

Somente três municípios possuem CAPS, não sendo referência aos demais municípios da macrorregião. O município de Joinville possui quatro tipos de CAPS, variando em tipos II e III, CAPS infantil (CAPSi) e CAPS álcool e drogas (CAPSad).

**Figura 10: Quadro Municípios que recebem repasse do Ministério da Saúde por Compensação de Especificidades Regionais (CER) e Equipes de fizeram Adesão ao Programa de Melhoria de Acesso a Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB, no mês de abril de 2012.**

MACRO	Região de Saúde	SDR	MUNICÍPIO	Município recebe CER (R\$ Federal)	Nº Equipes de AB com adesão ao PMAQ homologada pela Portaria MS N. 2812 de 29 de Nov. de 2011	
NORDESTE	17 JOINVILLE	23º SDR Joinville	Araquari	Sim	1	
			Balneário Barra do Sul	--	2	
			Barra Velha	--	3	
			Garuva	Sim	5	
			Itapoá	--	3	
			Joinville	--	26	
			São Francisco do Sul	--	5	
			São João do Itaperiú	--	1	
			<b>TOTAL23ª SDR</b>	<b>2</b>	<b>46</b>	
	18 JARAGUÁ DO SUL	24º SDR Jaraguá do Sul	Corupá	--	2	
			Guaramirim	--	5	
			Jaraguá do Sul	--	10	
			Massaranduba	--	2	
			Schroeder	--	5	
			<b>TOTAL24ª SDR</b>	<b>0</b>	<b>24</b>	
	<b>TOTAL DA MACROREGIÃO NORDESTE</b>				<b>02</b>	<b>70</b>

Fonte: IBGE; GEABS-SES-SC; CNES; FNS

O CER (Compensação de Especificidade Regional) é um repasse federal, fundo a fundo, o qual é repassado mensalmente. Em Santa Catarina são 103 municípios que recebem, devido ter o IDH variando entre 0,676 e 0,780. Os municípios de Araquari e Garuva recebem por possuírem IDH entorno de 0,78.

Das cento e doze (112) equipes de SF implantadas na macrorregião nordeste, no período de junho de 2012, setenta (70) equipes aderiu ao Programa de Melhoria de Acesso a Qualidade - PMAQ, correspondendo que 62,5%.

#### **2.2.4 - Rede de Serviços de Média e Alta Complexidade**

Pelos dados obtidos, observa-se que todos os municípios possuem algum tipo de serviço de média complexidade, porém somente os municípios pólos concentram todos os serviços de referência em média complexidade (exceto prótese e órtese).

O SAMU tem abrangência estadual, tendo uma Central de Regulação localizada no município de Joinville.

A rede hospitalar pública do município de Joinville conta com 2 hospitais de Porte IV, 1 hospital de Porte I (filantrópico.), 1 Hospital Materno Infantil porte III e uma maternidade de Porte III. Jaraguá do Sul conta com 1 hospital-maternidade de Porte III e 1 hospital-maternidade de Porte II, que são filantrópicos. Outros dois municípios contam com hospitais de Porte I: Guaramirim e São Francisco do Sul.

**Figura 11: Quadro a Rede Hospitalar da Macrorregião Nordeste**

<b>Nome do Hospital</b>	<b>Cidade</b>
Hospital Padre Mathias Maria Stein	Guaramirim
Hospital Maternidade Jaraguá	Jaraguá do Sul
Hospital Maternidade São José	Jaraguá do Sul
Hospital Regional Hans Dieter Schmidt	Joinville
Hospital Maternidade Bethesda	Joinville
Maternidade Darcy Vargas	Joinville
Hospital Municipal São José	Joinville
Hospital Materno Infantil Jeser Amarante Faria	Joinville
Hospital e Maternidade Municipal N. S. da Graça	São Francisco Sul

Joinville foi pioneira na implantação de uma Unidade de Atendimento ao Acidente Vascular Cerebral (AVC), com protocolo específico, mapeamento e rotina de acompanhamento de todos os usuários que sofreram AVC. Também encontra-se, em Joinville, um serviço de atendimento endovascular para aneurisma cerebral.

#### **2.3.4 - Educação**

A taxa de analfabetismo em maiores de 15 anos em SC, no ano de 2009 foi de 4,41. Segundo, o IBGE, no ano de 2010, o município de Schroeder apresenta a melhor taxa de alfabetização das pessoas de 5 anos ou mais de idade com **97,05** e a pior taxa é de São João do Itaperiú e Araquari respectivamente de **91,52 e 92,02**.

#### **2.3.5 - Renda per capita**

**Figura 12: Quadro sobre Renda Per Capita por municípios da Macrorregião Nordeste, no ano de 2010.**

<b>MUNICÍPIOS</b>	<b>Receita per capita do município - 2010 - valores em R\$</b>
Araquari	<b>1.600,74</b>
Balneário Barra do Sul	1.912,06
Barra Velha	1.918,36
Corupá	1.765,32
Garuva	1.631,55
Guaramirim	1.871,80
Itapoá	2.683,74
Jaraguá do Sul	2.479,56
Joinville	2.006,54
Massaranduba	<b>1.548,53</b>
São Francisco do Sul	<b>2.987,78</b>
São João do Itaperiú	2.305,57
Schroeder	1.683,82

**Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional**

A melhor renda per capita em valores em reais em 2010 foi de São Francisco do Sul com R\$ **2.987,78** e a mais baixa foi de Massaranduba com R\$ **1.548,53**, seguido de Araquari que foi de R\$ **1.600,74**.

## **2.5 – Gestão da Rede**

A Implantação do Processo das Redes de Atenção à Saúde na região Nordeste e do Planalto Norte de Santa Catarina

***“A importância do aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde tem ocupado uma posição de maior destaque na agenda do SUS. Isso é muito positivo e oportuno. É importante lembrar que o SUS deve se organizar em redes, conforme determina a Constituição, portanto esse tema esteve presente, de forma explícita ou implícita, na agenda da reforma sanitária desde o início.”***

***Fernandes da Silva.***

Inicialmente é importante lembrar que a rede de serviços de saúde ou de atenção à saúde é definida como: “... a forma de organização das ações e serviços de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, de um determinado território, de modo a permitir a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais e organizações ali existentes, para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme uma lógica técnico-sanitária.”<sup>1</sup> [1]

“... uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistematicamente para que os

diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados e adequados para o atendimento ao usuário e para a promoção da saúde.”<sup>2</sup> [2]

As redes são sinônimos de integração. Integração de todos os elementos de uma rede (funcional, clínica, de cuidados, normativa e sistêmica) e ser capaz de operar de forma sustentável, com governança e ato normativo institucionalizado para o seu funcionamento.”<sup>3</sup>[3]

“A rede de serviços de saúde deve ainda:

- a) definir suas portas de entrada;
- b) ordenar o acesso por ordem cronológica e de risco;
- c) oferecer atendimento adequado às necessidades do paciente;
- d) racionalizar a oferta de serviços e a incorporação tecnológica;
- e) definir linhas de cuidado;
- f) integrar os sistemas de informação;
- g) evitar a repetição de exames e anamneses;
- h) permitir aos profissionais o acesso a prontuários e exames de modo informatizado e integrado;
- i) permitir o monitoramento do paciente para evitar complicações, quando for o caso;
- j) criar uma hierarquia de complexidade de serviços e organizar os referenciamentos e contrarreferenciamentos, de acordo com uma inteligência epidemiológica;
- k) oferecer educação sanitária ao paciente, para fomentar maior responsabilidade do cidadão com a própria saúde; e outros elementos que criem eficiência, resolubilidade dos serviços, melhoria da qualidade e coíbam a duplicidade de meios para o mesmo fim.”<sup>4</sup>[4]

“Na saúde, é fundamental que os serviços de uns se interconectem ou interajam com os outros, para compor uma rede de serviços que seja capaz de garantir ao munícipe de um ou de outro município a integralidade de sua saúde, uma vez que a maioria dos municípios não é capaz de arcar sozinho com a assistência à saúde do cidadão” .<sup>5</sup>[5].

Tendo isso em mente, em setembro de 2007 iniciaram-se as discussões para organização de Redes de Atenção à Saúde em Joinville. Este projeto estruturou-se em dois eixos: Plano de Fortalecimento da Atenção Básica e do Plano de Organização da Rede de Urgência e Emergência.

Neste processo, a Secretaria Municipal de Saúde de Joinville contou com a assessoria do Ministério da Saúde, através da Diretoria de Articulação de Redes de Atenção a Saúde (DARAS).

O Modelo de Redes de Atenção à Saúde compreende organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com custo certo e com qualidade certa, e com responsabilidade sanitária e econômica sobre esta população (Mendes)

Objetivando subsidiar este projeto foram criados os Comitês do Trauma e Comitê Cardiovascular de caráter consultivo. A partir de janeiro de 2009 este projeto de Redes conta com o envolvimento da Secretaria do Estado de Saúde de Santa Catarina e COSEMS que retoma o processo em caráter macrorregional. Deste ponto até o presente momento todos os 26 municípios, incluindo gestores de saúde, profissionais e prestadores de serviço públicos e privados, estão discutindo a implantação do Protocolo de Manchester nas unidades de Pronto Socorro e Pronto Atendimento no município de Joinville. Porém, diversos municípios da Região já iniciaram a capacitação de seus servidores visando à futura implantação do referido Protocolo em suas unidades.

Concomitantemente, estão em andamento as discussões referentes ao processo de organização das REDES na área de Saúde Mental, como uma característica própria nessa área. Foi formado também o Comitê Gestor de Urgência e Emergência que, em sua última reunião, aprovou como importante ponto de pauta, a necessidade urgente de discutir a REGULAÇÃO pelo SAMU – 192 de todos os serviços pré-hospitalares.

Atualmente, o processo de implantação das redes de atenção à saúde nas macrorregiões nordeste e planalto norte de SC, encontra-se em fase de publicação de portarias do MS, para contratualização e financiamento pelo MS e SES/SC dos serviços de saúde nos componente da Rede de Urgência e Emergência e Rede Cegonha.

### **3. JUSTIFICATIVA**

A Região AMUNESC/AMVALI do Estado de Santa Catarina historicamente vem participando ativamente na construção do SUS através de experiências que serviram de modelo para as demais regiões do estado e país, desde a implantação das Ações Básicas de Saúde ao Programa Saúde da Família.

Assim, pela sua característica empreendedora formou em 05 de dezembro de 2003 o Pólo de Educação Permanente em Saúde, compostos pelas Secretarias Municipais de Saúde dos 13 municípios da macrorregião nordeste e 03 municípios da área de abrangência da Região de Saúde de Mafra, duas Gerências Regionais de Saúde de Jaraguá do Sul e Joinville, Entidades representativas dos profissionais de saúde, Instituições de Ensino e Controle social.

Neste curto período de existência foram realizadas várias reuniões e uma oficina de planejamento para discussão sobre as necessidades loco regionais de educação permanente onde foram apontadas a seguintes necessidades de capacitação.

A região já utilizou o recurso de Educação Permanente para realizar duas turmas do curso de “Especialização em Saúde da Família”, duas turmas do curso de “Rotinas Administrativas do Sistema Único de Saúde”

A partir da publicação Portaria GM/MS nº 1.996 em agosto de 2007, no Art. 2º a condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se dará por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), atualmente denominado de Comissão Intergestores Regional (CIR), o qual tem com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). Hoje o CIES nordeste tem a participação de 13 Secretarias Municipais de Saúde, 02 Gerências Regionais de Saúde, Instituição de Ensino e Saúde, Hospitais e 02 Representantes dos Usuários dos Conselhos Municipais de Saúde de Joinville e Jaraguá do Sul. Todos os projetos são discutidos, analisados e apresentados nas reuniões da CIR nordeste, sendo que as reuniões do CIES ocorrem de 60 em 60 dias ( por definição da CIR).

#### **4. CURSOS**

**4.1. CURSOS REALIZADOS OU EM ANDAMENTO NO PERÍODO DE 2012 A 2014 OFERECIDOS AOS 13 MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE SAÚDE NORDESTE.**

<b>ANO</b>	<b>CURSO</b>	<b>Numero de turmas</b>	<b>Municípios Participantes</b>	<b>Número de Profissionais capacitados/formados</b>
2012 <b>Concluído</b>	Técnico de Enfermagem complementar	2	13	70
2013/2014 <b>Concluído</b>	Técnico de Enfermagem regular	1	13	35
2013/2014 <b>Em andamento</b>	Técnico em Vigilância em saúde	1	13	35
2013 <b>Concluído</b>	Curso Atendimento de Qualidade no SUS – “ Cuidar de Quem Cuida”	18	13	540
2012 <b>Concluído</b>	I Encontro de Saúde da Família da 24ª SDR de Jaraguá do Sul	1	05	80
2013 <b>Concluído</b>	IV Encontro de Saúde da Família da Região de Saúde Nordeste de SC	1	13	240

#### **4.2. CURSOS SOLICITADOS COM RECURSOS DA CIES NORDESTE**

<b>ANO</b>	<b>CURSOS</b>	<b>Numero de turmas</b>	<b>Municípios Participantes</b>	<b>Número de Profissionais capacitados/formados</b>
2014 Licitação em andamento Prevista para Setembro/14	Recepcionistas de serviços de Saúde	5	13	150
2014 Licitação em andamento Prevista para Setembro/14	Urgência e Emergência	4	13	200

#### **5. PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA REGIÃO – DIFICULDADES E PRIORIDADES**

##### **5.1. AS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELO CIES:**

- 1) As dificuldades do CIES são: na realização dos cursos, muita burocracia para liberação dos cursos, o recurso financeiro entra, mas não está sendo gasto, devido à demora do processo de licitação, sendo que hoje temos muitas necessidades de qualificação dos profissionais e também falta de recurso financeiro nos municípios.
- 2) Falta de participação efetiva dos integrantes do CIES nas reuniões e também das instituições de ensino dos municípios, devido à dificuldade de efetivação dos cursos, levando a falta de credibilidade pela demora no processo relatado no item anterior.
- 3) A demora em aprovação dos cursos técnicos de vigilância em saúde, visto que este se encontra no Conselho Estadual de Educação.
- 4) A falta de estrutura da Escola EFOS quando ocorre a realização de cursos fora da sede da escola.

- 5) A ausência de recursos previstos para a locação de estruturas e demais materiais necessários para a realização dos cursos descentralizados da EFOS.

**5.2. PRIORIDADES DE CURSOS ELENCADOS PELO CIES APROVADOS PELA CIR NORDESTE:**

<b>Numero por ordem de prioridade</b>	<b>Nome da capacitação</b>	<b>Numero de turmas</b>	<b>Numero de municípios participantes</b>	<b>Numero de participantes</b>	<b>Custo médio</b>
1º	Capacitação dos novos gestores e conselheiros municipais de saúde;	01	13	40	R\$ 4.000,00
2º	Capacitação em Normas de Biossegurança	05	13	150	R\$ 7.500,00
3º	Resgatar o Seminário de Educação Permanente	01	13	80	R\$ 28.000,00
4ª	Curso Introdutório em Saúde da Família;	11	12	330	R\$
5º	Curso de Gestão de Serviços Públicos;	3	13	90	R\$ 7.500,00
6º	Sistemas de Informações em Saúde;	3	13	90	R\$ 15.000,00
7º	Curso de Esterilização de Materiais;	05	13	150	R\$ 7.500,00
8º	Curso de Libras;	03	13	90	R\$ 4.500,00
9º	Curso de formação para Agentes Comunitários de Saúde;	06	13	180	R\$
10º	Curso para Sala de Vacinas, BCG e Rede de Frio;	03	12	45	R\$ 9.500,00
11º	Trabalho em Equipe/Grupos – Educação em Saúde	03	13	90	R\$ 6.500,00
12º	Curso de Informática Básica.	03	13	45	R\$ 8.500,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 92.000,00</b>

## **6. PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS**

- Os recursos deverão ser aplicados nos cursos que elencamos como necessários no plano de educação permanente que descrevemos anteriormente.

## **7. CONSIDERAÇÕES**

A educação permanente em saúde precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma “prática de ensino-aprendizagem” e como uma “política de educação na saúde”. Uma condição indispensável para um aluno, trabalhador de saúde, gestor ou usuário do sistema de saúde mudar ou incorporar novos elementos à sua prática e aos seus conceitos é o desconforto com a realidade naquilo que ela deixa a desejar de integralidade e de implicação com os usuários. A necessidade de mudança, transformação ou crescimento vem da percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar alguma coisa está insatisfatória ou insuficiente em dar conta dos desafios do trabalho em saúde. Esse desconforto funciona como um “estranhamento” da realidade, sentindo que algo está em desacordo com as necessidades vividas ou percebidas pessoalmente, coletivamente ou institucionalmente.

Os temas propostos pelo CIES Nordeste vêm de uma necessidade sentida pelos municípios e instituições que compõem nossa Comissão de Ensino Serviço.

A maior parte dos temas propostos refere-se a educação continuada ou educação em serviço. Entendemos que uma instituição se faz de pessoas, pessoas se fazem em coletivos e ambos fazem a instituição. Todos e cada um dos profissionais de saúde trabalhando no SUS, na atenção e na gestão do sistema, têm idéias, conceitos e concepções acerca da saúde e da sua produção; do sistema de saúde, de sua operação e do papel que cada profissional e cada unidade deve cumprir na organização das práticas de saúde. É a partir dessas concepções que cada profissional se integra às equipes ou agrupamentos de profissionais em cada ponto do sistema.

A escolha pelos temas visa melhorar a realização das atividades, com maior resolutividade, maior aceitação e maior compartilhamento entre os coletivos de trabalho e um processo de desenvolvimento setorial.

## **8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BRASIL/Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A Educação Permanente Entra na Roda: pólos de educação permanente em saúde – conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CARVALHO, Y. M. & CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.) Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - comunicação, saúde, educação, 9(16): 161-178, set. 2004-fev., 2005.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 10(4): 975-986, out.-dez., 2005a.

CECCIM, R. B. Onde se lê “recursos humanos da saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção da saúde”: desafios para a educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.) Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Uerj/IMS/Cepesc/Abrasco, 2005b.

CECCIM, R. B. & FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis – Revista de Saúde Coletiva, 14(1): 41-66, 2004.

CECCIM, R. B. & FERLA, A. A. Notas cartográficas sobre a escuta e a escrita: contribuição à educação das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Uerj/IMS/Cepesc/Abrasco, 2005.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A. & DAVINI, M. C. (Orgs.) Educación Permanente de Personal de Salud. Washington: OPS/OMS, 1994.

MERHY, E. E. Saúde: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

PESQUISADO, [http://dab.saude.gov.br/cnsb/atencao\\_secundaria\\_centro.php](http://dab.saude.gov.br/cnsb/atencao_secundaria_centro.php), Centro de Especialidade Odontológica, em 09/09/2012