

Bela Vista do Toldo, Canoinhas, Major Vieira, Irineópolis, Itaiópolis,
Porto União, Três Barras, Papanduva, Monte Castelo, Mafra, Campo
Alegre, Rio Negrinho e São Bento do Sul

**PLANO DE AÇÃO REGIONAL DE
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE –
PAREPS**

REGIÃO DE SAÚDE DO PLANALTO NORTE

2014

**Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação
Permanente em Saúde na Região de Saúde Planalto Norte - 2014/2017**

**Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.
CIR/CIES Planalto Norte – SANTA CATARINA**

Elaboração:

Adriana Moro- Enfermeira - Mafra
Adriano Pscheidt – Administrativo – Rio Negrinho
Alexandra Lavina- Enfermeiro Coordenadora da ESF Canoinhas
Araci Wielewski- Administrativo Itaiópolis
Daniele Ennes Brey – Assistente Social- 26 Gerência Regional de Saúde
Elaine Prado – Enfermeira Cooredandora Atenção Basica São Bento do Sul
Eliane Bradoski –Secretaria Executiva CIES
Esvaldo Antunes- Coordenador Curso Enfermagem Universidade do
Contestado - UnC
Etiane Linzmeier– Enfermeira São Bento do Sul
Eveli da Costa Silva – Apoiadora COSEMS
Fabiana da Luz – Enfermeira Coordenadora Atenção Basica – Rio Negrinho
Lyzie Karvat – Enfermeira Monte Castelo
Marcia Caus – Assistente Social – Porto União
Marilene Novello- Enfermeira 25 Gerência de Saúde Mafra
Marina Nunes Guimaraes Dubiel – Enfermeira Tres Barras
Mariza Schiessl – Enfermeira Bela Vista do Toldo
Tatiana Magatao – Bioquímica 25 Gerencia de Saúde

Colaboração:

- Dra. Fabiane Ferraz

LISTA DE SIGLAS

- CIB** - Comissão Intergestores Bipartite
- CIES** - Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço
- CIR** - Comissão Intergestores Regional (antigo CGR)
- COSEMS** - Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
- DEP** - Divisão de Educação Permanente em Saúde
- DEPS** - Diretoria de Educação Permanente em Saúde
- EC** - Educação Continuada
- EFOS** - Escola de Formação em Saúde
- EPS** - Educação Permanente em Saúde
- EpS** - Educação para a Saúde
- ESP** - Escola de Saúde Pública
- MEC** - Ministério da Educação e Cultura
- MS** - Ministério da Saúde
- PAREPS** - Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde
- PNEPS** - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
- PNEPS-SUS** - Política Nacional de Educação Popular em Saúde
- SC** - Estado de Santa Catarina
- SES** - Secretaria de Estado da Saúde
- SMS** - Secretaria Municipal de Saúde
- SUS** - Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

[U1] Comentário: Completar a partir da apresentação no texto.

TABELA 1:	Cronograma de reuniões 2014	12
TABELA 2:	Servidores Profissionais de Saúde Canoinhas	22
TABELA 3:	Servidores Profissionais de Saúde Canoinhas	22
TABELA 4:	Servidores Profissionais de Saúde Canoinhas	23
TABELA 5:	Servidores Profissionais de Saúde Irineópolis	24
TABELA 6:	Servidores Profissionais de Saúde Major Vieira	25
TABELA 7:	Servidores Profissionais de Saúde Três Barras	26
TABELA 8:	Servidores Profissionais de Saúde Porto União	28
TABELA 9:	Servidores Profissionais de Saúde Campo Alegre	33
TABELA 10:	Servidores Profissionais de Saúde Rio Negrinho	35
TABELA 11:	Servidores Profissionais de Saúde São Bento do Sul	38
TABELA 12:	Servidores Profissionais de Saúde São Bento do Sul	38
TABELA 13:	Recursos Humanos disponíveis na região Planalto Norte	39
TABELA 14	Prestador da Saúde Auditiva	48
TABELA 15	Número de Pacientes Cadastrados nos Prestadores de Saúde...	49
TABELA 16	Cobertura Populacional Estimada pelas equipes de Atenção Básica	51
TABELA 17	Proporção de internações por condições sensíveis a Atenção Básica (csab).	51
TABELA 18	Cobertura de Acompanhamento das condicionalidades Bolsa Família	52
TABELA 19	Cobertura Populacional Estimada pelas equipes Básicas de Saúde Bucal	52
TABELA 20	Média da Ação Coletiva de escovação dental Supervisionada	52
TABELA 21	Proporção exodontias em relação aos procedimentos	52
TABELA 22	Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente	53
TABELA 23	Razão de internação clínica cirúrgico de média complexidade	53
TABELA 24	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade	53
TABELA 25	Razão de internação clínica cirúrgico de alta complexidade	54
TABELA 26	Número de unidades de saúde com serviços de notificação de violências	54
TABELA 27	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por pacientes	55

TABELA 28	Proporção de óbitos nas internações por IAM	55
TABELA 29	Proporção de óbitos nas UTIs em menores de 15 anos	56
TABELA 30	Razão de exames cito patológicos	56
TABELA 31	Razão de exames mamografias	56
TABELA 32	Proporção de partos normais	57
TABELA 33	Proporção de nascidos vivos	57
TABELA 34	Número de testes de sífilis por gestantes	57
TABELA 35	Número de casos novos de sífilis congênita	58
TABELA 36	Número de óbitos maternos	58
TABELA 37	Proporção de óbitos maternos investigados	58
TABELA 38	Cobertura de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	56
TABELA 39	Proporção de cura de casos novos de tuberculose	59
TABELA 40	Proporção de exame anti HIU	59
TABELA 41	Proporção de registro de óbitos CBD	59
TABELA 42	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI)	60
TABELA 43	Porcentagem de ações da vigilância sanitária	60
TABELA 44	Proporção de cura de casos novos de hanseníase	61
TABELA 45	Proporção de contatos intro domiciliares	61
TABELA 46	Proporção de análises de amostra de água	62

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1:	Municípios da Gerência de Saúde de Mafra 25	17
QUADRO 2:	Municípios Gerencia de Saúde de Canoinhas 26	17
QUADRO 3:	REGIÃO DE SAÚDE Planalto Norte)	18
QUADRO 4:	Quadro Gestão em saúde da região do Planalto Unidade hospitalar da região de Canoinhas	41
QUADRO 5:	Unidades hospitalares da região de Mafra	41
QUADRO 6:	Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado	54
QUADRO 7:	Cobertura SAMU	55
QUADRO 8:	Central de Regulação Planalto Norte e Nordeste	56

LISTA DE FIGURAS

[U2] Comentário: Completar a partir da apresentação no texto...

FIGURA 1:	<u>Composição da Região de Saúde do Planalto Norte</u>	17
FIGURA 2:	Serviços de Reabilitação Auditiva e concessão de AASI	47

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS.....	3
LISTA DE TABELAS.....	4
LISTA DE QUADROS.....	6
LISTA DE FIGURAS.....	7
1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Justificativa.....	12
2 OBJETIVOS.....	15
3 CARACTERIZAÇÃO DE SAÚDE NA REGIÃO PLANALTO NORTE.....	16
3.1 Contexto demográfico, geoeconômico e gestão do sistema de saúde dos municípios do Planalto Norte.....	19
3.2 Estabelecimentos de saúde e recursos humanos disponível na Região Planalto Norte.....	39
3.2.1 Caracterização da Atenção Básica à Saúde na Região Planalto Norte....	40
3.2.2 Caracterização da Média e Alta Complexidade.....	41
3.2.2.1 Atenção ambulatorial especializada.....	43
3.2.2.2 Unidade de Terapia Intensiva.....	43
3.2.2.3 Captação e Transplante de órgãos e tecidos.....	44
3.3 Regulação da Atenção a Saúde.....	44
3.4 Caracterização das Redes de Atenção a Saúde.....	44
3.4.1 Rede de Atenção as Urgências.....	45
3.4.2 Rede Cegonha.....	45
3.4.3 Rede de Atenção Psicossocial.....	46
3.4.4 Rede de cuidados à pessoa com deficiência	47
4. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS	49
4.1 Indicadores SISCOAP.....	51
5. CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	64

[U3] Comentário: Aqui deixei alguns aspectos que vocês poderiam buscar na região... analisem qual é a realidade da região Planalto Norte e completem o que for possível... Vocês devem completar a partir dos indicadores que possuem, lembrem que ao final vocês tem alguns indicadores relativos a esses temas... Os aspectos aqui citados que vocês não conseguem informações na região podem ser excluídos... Mas antes analisem se a região não tem, ou se é vocês que desconhecem a existência, ok☺
Caso vocês não tem indicares, para cada item contem um pouco como ocorre na região... referindo aspectos formais e informais, ok☺

5.1 Ações de Educação Permanente em saúde	64
5.2 Educação Formal	64
5.2.1 Escola de Saúde (SES)	65
5.2.2 Escola de Formação em Saúde (EFOS).....	65
5.2.3 Pro PET Saúde	67
5.3 UNA-SUS.....	67
5.4 Programa Saúde na Escola.....	68
5.5 Telessaúde	68
6. RELAÇÃO ENTRE O DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES E O PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA REGIÃO PLANALTO NORTE.....	70
7. PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO PAREPS.....	71
8. DEFINIÇÃO ORÇAMENTÁRIA.....	73
REFERÊNCIAS.....	

[U4] Comentário: Nesse item vocês devem prever o montante a ser investido em EPS nos 4 anos de vigência do PAREPS, bem como de quais rubricas cada irá sair, por exemplo, o que será investido pela CIES e o que será investido pelos municípios por meio do co-financiamento – destinado a ações de EPS da região... lembram que conversamos sobre isso???

1 INTRODUÇÃO

[U5] Comentário: revisto

O Plano Regional para Educação Permanente em Saúde (PAREPS) foi elaborado para assegurar e socializar processos competentes, deliberados conjuntamente entre a Comissão Intergestores Regional (CIR) e a Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) da Região de Saúde Planalto Norte, voltados à organização e estruturação dos espaços de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) em âmbito regional, seguindo os mesmos moldes da Lei Federal.

Na elaboração deste material foram consideradas as referências sobre a educação na saúde na Lei Orgânica da Saúde (Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90), na NOB-RH/SUS (Resolução CNS nº. 330, de 4 de novembro de 2003), nas diretrizes e regulamentação do Pacto de Gestão pela Saúde. Além disso, foi especialmente considerada a Política de Educação Permanente em saúde. (BRASIL, 2006, pg 05).

Desse modo, visa contribuir no processo de organização e desenvolvimento das diretrizes da Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007, e simultaneamente, apontar eixos orientadores que, reafirmando os princípios e diretrizes da Educação Permanente em Saúde (EPS), possam auxiliar na reorganização dos espaços e instâncias recomendados.

Para tanto é indispensável à busca e construção contínua de consensos em relação às responsabilidades, atribuições e competências da rede de apoio necessária a implantação das diretrizes da Portaria GM/MS nº 1.996/07 e da Deliberação/225/CIB/07 envolvendo a Comissão Intergestores Regional (CIR), a Comissão Integrada de Ensino-Serviço (CIES), as Gerências Regionais de Saúde (25ª e 26ª GERSA), as Gerências Regionais de Educação (GERED), Escolas Técnicas do SUS (EFOS/ESP/SES), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e Instituições Parceiras.

Desde a publicação da antiga Portaria 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004, que implantou a PNEPS e recomendou os então Pólos de Educação Permanente em Saúde (atuais CIES) como espaços de articulação, negociação e pactuação – o Estado de Santa Catarina, a partir da parceria de trabalho SES/SC e COSEMS/SC, qualificou-se e vem assumindo efetivamente o compromisso de viabilizar as ações e estratégias necessárias à implantação, implementação e consolidação da EPS como diretriz da qualificação de desempenho dos trabalhadores do SUS.

A Portaria GM/MS 1.996/07 reitera que a responsabilidade em efetivar as diretrizes de EPS nos Estados deve ser compartilhada com os gestores locais, regionais e estaduais, com a efetiva participação da sociedade, através das instituições de ensino, das escolas técnicas do SUS, do movimento estudantil, dos Conselhos Locais e Municipais de Saúde e Educação.

A conjugação dos esforços reforça o papel das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e amplia as possibilidades de organização das Comissões Integradas de Ensino-Serviço (CIES), na Região do Planalto Norte.

A transformação das práticas tradicionais de “capacitação encomendada” para uma construção ascendente, participativa, dialógica e centrada nos processos de trabalho exige de cada um dos integrantes da CIES a capacidade de ampliar os esforços no sentido de retomar a dinâmica de loco regional, enquanto condição fundamental à efetivação da Política de Educação Permanente em Saúde.

Isso, na prática, significa enfrentarmos juntos novos e antigos desafios, entre eles, a implantação e sustentação da estratégia de trabalho nas CIES como tarefa principal à organização da infra-estrutura mínima para dar fluxo aos procedimentos recomendados para operacionalização do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde do Planalto Norte. Nesse sentido, constatou-se a necessidade de reestruturar a agenda de reuniões da CIES Planalto Norte a partir de 2014, pois a CIES necessita fazer reuniões de trabalho para elaboração das propostas de EPS para a região, para além da participação nas reuniões da CIR, que visam à integração, articulação e

constante retroalimentação do binômio CIR/CIES, sendo aprovado pelos gestores na CIR que as reuniões aconteçam na última segunda-feira de cada mês, tendo o aval dos mesmos na liberação de seus técnicos. A agenda de trabalho 2014 ficou assim definida.

MES	DATA
FEVEREIRO	25/02
MARÇO	25/03
ABRIL	29/04
MAIO	27/05
JUNHO	24/06
JULHO	29/07
AGOSTO	26/08
SETEMBRO	30/09
OUTUBRO	28/10
NOVEMBRO	25/11

Tabela 1

1.1 Justificativa

O presente Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde (PAREPS), servirá de norteador para as atividades da Comissão de Integração Ensino e Serviço Planalto Norte bem como dos municípios na construção e implementação de ações e intervenções na área de Educação

Formatado: Recuo: Primeira linha: 1,25 cm

[U6] Comentário: Rever! É preciso colocar os aspectos que justificam a criação de um plano, no sentido de destacar a importância dessa construção, compreendem???

[em Saúde em resposta às necessidades dos serviços na articulação com o ensino, gestão e controle social na região.](#)

Cabe ressaltar a necessidade dos municípios que compõe a região de fortalecer a Política de educação Permanente em Saúde a qual permeia as demais políticas: atenção básica e o PMAQ- Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade, Redes de atenção à saúde, educação popular, controle social, dentre outras as quais sinalizam a EPS como estratégia de implementação. O grupo de trabalho ainda identificou a importância da criação dos Núcleos Municipais de Educação Permanente em saúde e Humanização – NMEPSH, tendo em vista que os municípios possuem recursos do co-financiamento da Atenção Básica, os quais prioritariamente devem ser utilizados para educação permanente em saúde e enfrentam dificuldades na gestão e efetiva aplicação deste recurso. Diante disto a CIES Planalto Norte através de seu PAREPS irá auxiliar os municípios neste processo.

As propostas explicitadas no PAREPS foram estruturadas a partir das [quatro oficinas de reestruturação do mesmo realizadas de maio de 2013 a novembro de 2013, com a participação de membros da CIES dos treze municípios da região.](#) que para Uribe Rivera e Francisco Javier (1992), “é necessário esmiuçar a realidade em componentes significativos” O diagnóstico das necessidades aqui apresentadas darão origem a projetos de EPS para os diferentes atores do quadrilátero da formação (gestores, profissionais, ensino e usuários) da Região Planalto Norte.

A Região do Planalto Norte está inserida na implantação das Redes Temáticas. Entre elas a Rede Cegonha, a Rede Psicossocial, [Rede dos Crônicos, Rede da pessoa portadora de deficiência](#) e a Rede de Urgência e Emergência, propostas pelo Ministério da Saúde [e secretaria de Estado da Saúde](#), de acordo com SANTOS, (1992). Na organização das redes a um sentido de ordem e cooperação das partes envolvidas, emerge uma nova capacidade de gestão e administração pública.

O presente Plano poderá sofrer implementações e adequações no decorrer de sua execução, porém, sempre respaldado pelos debates e

conciliações necessárias, realizados pelos órgãos de controle social e as demais esferas de governo, de forma a criar e consolidar uma política de saúde legítima e participativa.

Todos os municípios da região aderiram em 2013 ao Programa de Melhoria do Acesso e da qualidade da Atenção Básica – PMAQ.

Cabe ressaltar que em todas essas políticas e programas a educação permanente em saúde é uma demanda importante no seu processo de construção e implantação.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. (BRASIL, 2006).

A construção e efetivação do PAREPS é fundamental para as mudanças no processo de trabalho nos municípios da região. Os serviços de saúde, os usuários, os profissionais, enfim de todos os atores envolvidos neste processo alavancarão mudanças através da Educação. De acordo com Freire (1997), “Educação não transforma o mundo, educação muda as pessoas, pessoas transformam mundo. A consolidação e efetivação do SUS se dará a partir dessas mudanças.

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Desenvolver estratégias de diagnóstico, implantação e implementação de ações de Educação Permanente em Saúde a curto, médio e longo prazo, que promovam mudanças no processo de trabalho, com momentos de monitoramento e avaliação de processos e resultados, em âmbito regional.

Objetivo Específicos

- Compreender a Educação Permanente em Saúde (EPS) como componente de mudança do processo de trabalho em saúde pelos atores do quadrilátero da formação em nível municipal e regional;
- Estabelecer um olhar abrangente sobre o Sistema Único de Saúde – SUS;
- Instrumentalizar os profissionais de saúde para o trabalho em equipe;
- Estimular a intersetorialidade como estratégia de enfrentamento dos problemas de saúde;
- Promover a construção de planos/propostas municipais de educação permanente em saúde de forma coletiva e integrada, com as necessidades dos usuários, profissionais de saúde e ensino, gestores e as secretarias municipais de saúde, [através da criação dos NMEPSH](#)(Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde e Humanização)
- [Instrumentalizar os municípios para analisar os indicadores de desenvolvimento pessoal, profissional e cumprimento de metas.](#)

3 CARACTERIZAÇÃO DE SAÚDE NA REGIÃO PLANALTO NORTE

O PAREPS será desenvolvido na região de Saúde do Planalto Norte de Santa Catarina. A Deliberação 348/CIB/12, aprovou o novo desenho territorial das Regiões de Saúde de Santa Catarina, e definiu a região do Planalto Norte composta por 13 municípios e duas Gerências Regionais de saúde com uma população de referência de 366.928 habitantes, IBGE 2013)

Figura1: Composição da Região de Saúde do Planalto Norte



Fonte: SES 2013

-

Gerência Regional de Saúde de Mafra

A Gerência Regional de Saúde de Mafra é composta por 07 (sete) municípios e 01 (uma) Secretaria de Desenvolvimento Regional, conforme descrito abaixo, com uma população de referência de 229.934 habitantes (IBGE/2013).

Quadro 1: (título para o quadro) Municípios da 25 Gerencia de SAúde

Município	População	Número SDR	Município de Referência
Campo Alegre	11.972	25	
Itaiópolis	21.015	25	
Mafra	54.708	25	X
Monte Castelo	8.478	25	
Papanduva	18.568	25	
Rio Negrinho	41.167	25	
São Bento do Sul	78.998	25	

Fonte: SES 2013. IBGE 2013

Formatado: À esquerda

Gerência Regional de Saúde de Canoinhas

A Gerência Regional de Saúde de Canoinhas é composta por 06 (seis) municípios e 01 (uma) Secretaria de Desenvolvimento Regional, conforme descrito abaixo, com uma população de referência de **136.994** habitantes (IBGE/2013).

Quadro 2: Municípios Gerencia de Saúde de CAnoinhas)

Município	População	Número SDR	Município de Referência
Bela Vista do Toldo	6.191	26	
Canoinhas	53.969	26	X
Irineópolis	10.843	26	
Major Vieira	7.782	26	
Porto União	34.551	26	
Três Barras	18.740	26	

Fonte: SES 2013. IBGE 2013

Formatado: Não Realce

Formatado: Não Realce

Formatado: Não Realce

Comissão Intergestores Regional (CIR)

A CIR teve seu início com os antigos Colegiados de Gestão Regional (CGR's) instituídos pela Portaria GM/MS nº 399, de 22/02/2006, como espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa. O Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, traz novas definições sobre a organização do SUS, redefinindo os CGR's como Comissão Intergestores Regional (CIR).

CIES e sua respectiva Comissão Intergestores Regional (CIR)

Integram a Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) e a CIR do Planalto Norte, os seguintes Municípios e Gerências de Saúde, conforme demonstrado abaixo:

Quadro 3: (REGIÃO DE SAÚDE Planalto Norte)

CIR E CIES	GERSA	MUNICÍPIOS
Planalto Norte	25ª Gerencia Regional de Saúde (Regional de Mafra)	Papanduva Monte Castelo Itaiópolis Mafra Campo Alegre Rio Negrinho São Bento do Sul
	26ª Gerencia Regional de Saúde (Regional de Canoinhas)	Canoinhas Bela Vista do Toldo Porto União Major Vieira Três Barras Irineópolis

Fonte: [SES 2013](#)

3.1 Contexto demográfico, geoeconômico e gestão do sistema de saúde dos municípios do Planalto Norte

Apresentaremos alguns dados históricos políticos e sócio demográficos dos 13 (treze) municípios que pertencem ao Planalto Norte Catarinense.

3.1.1 Bela Vista do Toldo

Segundo a Prefeitura Municipal de Bela Vista do Toldo (2010), a região pertencia ao Município de Canoinhas e, em 12 de janeiro de 1957, foi criado o Distrito de Bela Vista do Toldo. Pela Lei nº 9.536, de 16 de abril de 1994, Bela Vista do Toldo foi elevado à categoria de Município.

Na sua história, antigamente, tudo era sertão. Viviam no local, apenas índios e jagunços, que não possuíam paragem fixa e se hospedavam em toldos feitos por eles mesmos. Por volta de 1908, chegaram à região os primeiros moradores vindos de outros estados e de várias cidades vizinhas como Joinville, São Bento do Sul, Papanduva, Itaiópolis, entre outras; a maioria descendente de imigrantes do continente europeu, de países como a Alemanha, Itália, Polônia, entre outros.

A posse das terras era tomada de forma que quem chegasse ia demarcando e adquirindo-as para si, onde fixavam suas raízes, da qual mais tarde bastava requerê-las para se tornarem legítimos proprietários. Andavam por pequenos carreiros, os quais aos poucos foram se tornando estradas.

Com o passar do tempo, foram se formando pequenos vilarejos, nos quais se construíram igrejas, escolas, casas de comércio, serrarias, fábrica de erva-mate, novas casas, etc.

O nome de Bela Vista do Toldo originou-se por razão da bela vista que se tinha ao olhar dos pontos altos do município, avistando-se os toldos que ali existiam.

Principais características:

Colonizada por italianos, alemães, poloneses, ucranianos e japoneses, que chegaram após os conflitos da Guerra do Contestado, o município foi emancipado no dia 16 de abril de 1994, depois de muitas discussões político-administrativa.

Localizada no Planalto Norte, a 382 Km² de Florianópolis, numa área de 527,8 km², clima mesotérmico úmido, com verão fresco e temperatura média de 17,1°C. Altitude de 752m acima do nível do mar. A população do município de Bela Vista do Toldo é composta por 6.191 habitantes. Nos últimos 10 (dez) anos a população do município cresceu 5,7%. Tem como principal atividade econômica a agricultura e 95% da população residem na zona rural.

O município possui 06 postos de saúde no interior e 1 Unidade Básica de Saúde no centro, com atendimento médico: clínico geral, ginecologista e pediatra, além de oferecer atendimento especializado de fisioterapia, fonoaudióloga, psicóloga, nutricionista e assistente social.

Para realizar todos os serviços a Secretaria Municipal de Saúde conta com um quadro de 69 funcionários, no entanto, é na UBS que se concentra a maioria desses funcionários. Com exceção do Secretario(a), os outros funcionários tem vínculo efetivos, contratados pelo regime estatutário.

Os atendimentos de média e alta complexidade são realizados nos municípios de Canoinhas, Joinville, Jaraguá do Sul e Florianópolis, no entanto, ainda não são suficientes para a demanda do município, seja os casos de consultas como no caso de exames.

O município conta com um Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde (PAMEPS) e com uma equipe dentro da secretaria de saúde responsável por esse processo, mas ainda é necessário reformular o plano e oficializar a equipe responsável pela Educação Permanente em Saúde.

Os profissionais se reúnem mensalmente para realizar a Educação Permanente. Nesses encontros são realizados repasses dos cursos e capacitações realizados pela CIES e Secretaria de Estado da Saúde. Semanalmente é realizado encontro com os profissionais responsáveis pela Educação Permanente, PMAQ e NASF para discutir os resultados das ações e

atividades desenvolvidas pela equipe da secretaria de saúde.

3.1.2 Canoinhas

Em 1960, o município de Canoinhas estava dividido em 6 distritos: Canoinhas, Bela Vista do Toldo, Felipe Schmidt, Major Vieira, Paula Pereira e Três Barras. Pelas Leis Estaduais n^{os} 632 e 633, de dezembro de 1960, perdeu os distritos de Major Vieira e Três Barras e parte do distrito de Canoinhas.

A passagem constante de tropeiros através da região onde hoje se encontra o Município fixou uma rota, conhecida como Estrada da Mata, que atravessava a parte mais estreita de um rio. Sendo a travessia feita em canoas, o local passou a ser chamado de “Passo de Canoinhas” e o rio, de Canoinhas, denominação que se estendeu à povoação que mais tarde ali se formou.

Situado no território do Contestado, objeto de disputa entre Paraná e Santa Catarina nos primeiros anos do século passado, o povoado teve seu desenvolvimento prejudicado pelas agitações decorrentes do conflito.

Em 1923, pela Lei Estadual n.º 1424, a Vila de Santa Cruz de Canoinhas passou à categoria de cidade, sob a denominação de Ouro Verde, que exaltava a riqueza do Município, a erva-mate. O Decreto Estadual n.º 1, de 27 de outubro de 1930, devolveu ao Município o seu primeiro topônimo, simplificando-o para Canoinhas.

A erva-mate, motivo da colonização inicial, foi durante algum tempo a atividade predominante dos habitantes, porque sua comercialização dava resultados compensadores. Até que sobreveio séria e prolongada crise no comércio ervateiro, quando, então, parte da população abandonou os ervais, dedicando-se à extração e industrialização da madeira e à agropecuária.

Principais características:

O clima de serra e as magníficas belezas naturais de Canoinhas são argumentos suficientes para uma visita.

Canoinhas (SC) está situado no vale do Canoinhas a uma latitude de 26°10'38" S, longitude de 50°23'24" W de Greenwich e altitude de 765 metros

acima do nível do mar, predominando temperatura média de 17°C. Está localizada a 365 km de Florianópolis e possui uma área de 1.143,6 km².

O clima do município classifica-se como mesotérmico úmido, sem estação seca, com verões frescos e geadas frequentes em junho, julho e agosto. Ocorre uma média de 17,4 geadas ao ano; a precipitação pluviométrica média é de 1.473,3 mm anuais.

Seu relevo de planalto com superfícies planas a onduladas e montanhosas com denudação periférica muito favorece a agricultura.

A indústria é responsável pela maior parcela da movimentação econômica da cidade, mesmo que ligada ao campo — as principais indústrias são frigoríficos, madeireiras e beneficiadoras de erva-mate.

Com uma população de 53.969 habitantes, Canoinhas foi colonizada por imigrantes alemães, ucranianos, italianos, poloneses e japoneses.

O município não possui plano específico de educação permanente em saúde.

Segue abaixo tabelas dos profissionais de saúde

TIPO	TOTAL
CELETISTA	107
CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	68
EMPREGO PÚBLICO	54
ESTATUÁRIO	197
TOTAL	426
OUTROS	

Tabela 2

TIPO	TOTAL
BOLSA	1
CONTRATO VERBAL/INFORMAL	1
TOTAL	2

Tabela 3

TIPO	TOTAL
INTERMEDIADO POR ENTIDADE FILANTROPICA E/OU SEM FINS LUCATIVOS	51
INTERMEDIADO POR COOPERATIVA	1
INTERMEDIADO POR EMPRESA PRIVADA	19
TOTAL	71
OUTROS	

tabela 4

3.1.3 Irineópolis

O início da História do município de Irineópolis remonta a 1885, quando a família de Caetano Valões, de ascendência espanhola, fundou o pequeno povoado que se transformaria na localidade de Valões. Na época, a região ainda pertencia ao Paraná – somente em 1916, através do acordo que fixou os limites definitivos entre os dois Estados, é que as terras passaram para Santa Catarina.

Antes do acordo, entre 1912 e 1916, a região foi assolada pela Guerra do Contestado, que teve como causas o fanatismo religioso, o descontentamento de alguns setores em relação à exploração econômica da área e a fronteira entre Santa Catarina e Paraná. A partir de 1920 começaram a chegar os imigrantes alemães, ucranianos e, em menor proporção, os italianos.

Em 1921, Irineópolis foi elevada a distrito de Porto União, sendo emancipada em 22 de julho de 1962. O nome da cidade é uma homenagem ao ex-governador Irineu Bornhausen.

Principais características:

O município tem como principais atividades econômicas a agropecuária e o extrativismo vegetal. Sua população é de 10843 habitantes.

[U7] Comentário: Excluir, já foi apresentado anteriormente.

[U8] Comentário: Revisar!

Localizada no Planalto Norte, a 440 km de Florianópolis, com uma área de 580,2 km². Com um clima mesotérmico úmido e temperatura média de 17°C. No inverno, os termômetros podem marcar até -5°C.

☺

AUTONOMO	
TIPO	TOTAL
INTERMEDIADO POR EMPRESA PRIVADA	3
TOTAL	3
VINCULO EMPREGATICIO	
TIPO	TOTAL
CARGO COMISSIONADO	1
CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	5
EMPREGO PÚBLICO	44
ESTATUÁRIO	26
TOTAL	76

Tabela 5

3.1.4 Major Vieira

Antes da Guerra do Contestado, em 1912, a região de Major Vieira foi passagem de tropeiros que transportavam gado, couro e charque do Rio Grande do Sul para São Paulo e Minas Gerais. Ali eles paravam para descansar e, por volta de 1880, foram surgindo na região pequenas comunidades.

Depois da Guerra do Contestado, uma leva de imigrantes poloneses chegou às terras em busca de melhores oportunidades. Os colonos encontraram a floresta densa, que não os intimidou. Abrindo picadas nas matas, construíram as primeiras casas ao sul de Canoinhas. Na época, o lugar chamava-se Colônia Vieira e ainda pertencia ao Paraná. Em 1924, quando italianos, alemães e alguns poucos ucranianos já habitavam as terras, a área passou a distrito de Ouro Verde.

A criação do município só ocorreu em 23 de janeiro de 1961 e o nome é uma homenagem ao major Tomaz Vieira, primeiro superintendente de Canoinhas.

Principais características:

Os estudantes universitários do município recebem passagem de graça e têm metade das mensalidades pagas pela prefeitura. Fundada em 23 de janeiro de 1961, tendo como principal atividade econômica a agricultura.

Com uma população de 7.782 habitantes. Sua colonização é alemã, italiana, ucraniana e polonesa.

Localizada no Planalto Norte, a 393 km de Florianópolis, com uma área 543,5km² e seu clima é mesotérmico úmido, com temperatura média de 19°C.

[U9] Comentário: Revisar.

AUTONOMO	
TIPO	TOTAL
SEM INTERMEDIÇÃO (RPA)	2
SEM TIPO	9
TOTAL	11
OUTROS	
TIPO	TOTAL
BOLSA	1
TOTAL	1
VINCULO EMPREGATRICIO	
TIPO	TOTAL
CARGO COMISSONADO	3
CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	54
EMPREGO PÚBLICO	6
ESTATUARIO	24
SEM TIPO	6
TOTAL	93

Tabela 6

3.1.5 Três Barras

Os primeiros moradores da região de Três Barras foram caboclos e cafuzos que trabalhavam para os coronéis donos das terras, recebidas do governo. Mas no final do Século XIX, com a instalação da empresa norte-americana “*Southern Brazil Lumber and Colonization Company*”, a maior serraria da América Latina, vieram os italianos, alemães e até japoneses.

A ação da empresa foi devastadora: toda a madeira extraída dos 180.000ha das terras do município foi vendida para a fabricação de casas nos Estados Unidos.

A madeira financiou a construção de casas, hospital, clube e a importação de máquinas e locomotivas. A empresa trouxe também o terceiro projetor de cinema do Brasil - equipamento igual só existia no Rio de Janeiro e em São Paulo.

O progresso, porém, custou caro: a Lumber tinha suas próprias leis e funcionava como um território norte-americano dentro do Brasil. Pistoleiros vindos dos Estados Unidos tinham ordem de atirar nos empregados descontentes. Em 1938, Getúlio Vargas estatizou a madeira, que tinha desviado 2.000.000 de libras esterlinas e pedira concordata. Cerca de 1.800 trabalhadores ficaram desempregados.

Principais características:

Fundada em 23 de janeiro de 1961, tendo como principais atividades econômicas a indústria de papel e agricultura. Com uma população de 18.740 habitantes, foi colonizada por caboclos, alemães, italianos e japoneses.

Localizada na Região do Contestado, na microrregião de Canoinhas, a 462 km de Florianópolis, com uma área de 419 km². Com clima mesotérmico úmido o verão é quente e a temperatura média é de 17,1°C.

AUTONOMO	
TIPO	TOTAL
INTERMEDIADO POR ENTIDADE FILANTROPICA	18

[U10] Comentário: Revisar.

E/OU SEM FINS LUCRATIVOS	
INTERMEDIADO POR EMPRESA PRIVADA	2
INTERMEDIADO POR ORGANIZAÇÃO SOCIAL (OS)	1
SEM INTERMEDIÇÃO (RPA)	3
SEM TIPO	10
TOTAL	34
OUTROS	
TIPO	TOTAL
PROPRIETARIO	1
TOTAL	1
VINCULO EMPREGATICIO	
TIPO	TOTAL
CARGO COMISSIONADO	1
CELETISTA	1
CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	136
EMPREGO PUBLICO	62
ESTATUARIO	7
SEM TIPO	110
TOTAL	317

Tabela 7

3.1.6 Porto União

Porto União nasceu em 1917, como consequência do acordo de limites entre Paraná e Santa Catarina. Entretanto, sua história começa em 1842, com a descoberta do vau do Rio Iguaçu, lugar onde a água é pouco profunda, facilitando a passagem das tropas que vinham dos campos de Palmas. Esse era também o ponto de embarque e desembarque para quem usava o Rio Iguaçu como via de transporte, daí o primeiro nome: Porto da União.

Em 1855, tem a denominação alterada para Porto União da Vitória. Em 1881 tem início a navegação a vapor no Rio Iguaçu, com o transporte de carga

e de passageiros. A partir de 1886 chegam os primeiros colonos de origem européia, na maioria alemã, e mais tarde aportam outras etnias: poloneses, ucranianos, austríacos e russos.

No início do Século XX chegam os libaneses. A cidade desenvolve-se e, em 1901, é criado o município de União da Vitória. Em 1912 estoura a Guerra do Contestado, que se prolonga até 1916. Em 05 de setembro de 1917 é criado, do lado catarinense, o município de Porto União que, a partir daí, se integra com a parte da cidade que ficou do lado paranaense.

Principais características:

Separado do Paraná por uma simples linha férrea, o município convive com União da Vitória como se ambas fossem uma só cidade. Foi fundada em 05 de setembro de 1917. Tendo como principais atividades econômicas a indústrias de derivados de madeira e de alimentos, agricultura, piscicultura, pecuária leiteira.

Com uma população de **34.551** habitantes. Localizada na Região do Contestado, a 445 km de Florianópolis, com uma área de 849 km², seu clima é mesotérmico úmido, com verão fresco e temperatura média de 17,2°C.

AUTONOMO	
TIPO	TOTAL
INTERMEDIADO POR ENTIDADE FILANTROPICA E/OU SEM FINS LUCRATIVOS	3
SEM INTERMEDIÇÃO (RPA)	73
TOTAL	76
VINCULO EMPREGATICIO	
TIPO	TOTAL
CARGO COMISSIONADO	1
CELETISTA	135
CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	36
EMPREGADO PUBLICO	38
ESTATUTARIO	118

TOTAL	328
-------	-----

Tabela 8

3.1.7 Mafra

Colonizada por diversos povos, Mafra mantém vivas as tradições dos seus antepassados, transformando-se em pólo de riqueza e diversidade cultural no Planalto Norte. O município tem sua História ligada à de Rio Negro, no Paraná, pois antes da fixação dos atuais limites entre os dois Estados, ambas as cidades formavam um único município. Até o século XVIII a região era habitada por índios botocudos.

A partir de então se tornou caminho e pouso para tropeiros, especialmente depois da abertura da Estrada da Mata. Os ciclos da madeira e da erva-mate trouxeram desenvolvimento para a região, que aos poucos foi adquirindo autonomia econômica, até tornar-se cidade em 1917, depois da Guerra do Contestado.

Principais características:

Fundada em 08 de setembro de 1917. Suas principais atividades econômicas são a agropecuária e indústria.

Com uma população de 54.708 habitantes, Mafra foi colonizada por alemães, poloneses, tchecos e ucranianos. Está localizada à 310 km de Florianópolis e possui uma área de 1.406km².

Seu clima é temperado, com temperatura média entre 15°C a 25°C.

3.1.8 Monte Castelo

A passagem dos tropeiros que transportavam couro e gado do Rio Grande do Sul para São Paulo deu início ao povoamento da região de Monte Castelo, por volta de 1890. O território pertencia ao Paraná e somente depois da Guerra do Contestado, de 1912 a 1916, é que chegaram imigrantes de diversas etnias: poloneses, italianos, alemães e japoneses, batizando o local de Rio das Antas.

[U11] Comentário: Revisar.

Em 1959, o lugar passou a chamar-se Monte Castelo, em homenagem aos soldados brasileiros que lutaram na batalha do mesmo nome, na Itália, durante a Segunda Guerra Mundial.

Principais características:

O município tem uma população formada por diversas etnias, com 8.478 habitantes. Fundada em 15 de maio de 1962, tem como principal atividade econômica a agricultura.

Localizado no Planalto, a 402 km de Florianópolis, possui uma área de 565,2 km². Seu clima é mesotérmico úmido, com verão quente e temperatura média de 16°C.

3.1.9 Papanduva

O povoamento de Papanduva começou ainda no século XVIII, quando os tropeiros transportavam gado, charque e couro do Rio Grande do Sul para São Paulo. Eles atravessavam picadas na mata e também a Estrada da Mata, que no futuro se tornaria a primeira estrada asfaltada de Santa Catarina: a BR-116.

Como o caminho era longo, muitos lugares se tornaram ponto de parada e descanso, entre eles a área de Papanduva. O nome vem do capim dado aos cavalos, o “papuã”.

Os primeiros imigrantes foram alemães e portugueses vindos do Paraná, em 1828, e as limitações em vencer as matas densas dificultou a colonização. Somente em 1880 a área foi realmente colonizada, com a chegada dos imigrantes poloneses.

Principais características:

Descendentes dos colonizadores alemães, poloneses e portugueses mantêm as tradições de seus antepassados na gastronomia, na religião e no folclore do município.

[U12] Comentário: Rever.

Foi fundada em 11 de abril de 1954, sua principal atividade econômica é a agropecuária, com uma população de [18.568](#) habitantes. Localizada a 380 km de Florianópolis, com uma área de 760 km².

[3.1.10](#) Itaiópolis

A História de Itaiópolis reúne muitas etnias e tem origem na fundação da cidade paranaense de Rio Negro. Os primeiros colonos chegaram em 1891, oriundos da Inglaterra. Imigrantes russos, poloneses e alemães vieram pouco depois e, com as famílias de tropeiros que acampavam na região, começaram a formar o povoado onde hoje se localiza a cidade.

Itaiópolis pertenceu ao Paraná até se tornar independente, em 1909, mas um acordo realizado em 1917, após a Guerra do Contestado, converteu a localidade novamente em distrito, desta vez pertencente a Mafra. Um ano depois, Itaiópolis conquistou definitivamente sua emancipação.

Principais características:

Ingleses, poloneses, russos e alemães uniram-se aos tropeiros vindos do Paraná para povoar o município, fundado em 28 de outubro de 1918. Tem como principal atividade econômica a agricultura. Com uma população de [21.015](#) habitantes, está localizada a 330 km de Florianópolis, com uma área de 1.240km². Seu clima é mesotérmico úmido, com verão fresco e temperatura média de 16,2°C.

[Número de funcionários : 172](#)

Vínculos:

[Estatuário 129](#)

[Emprego Público 39](#)

[Contrato 39](#)

[Celetista 1](#)

[U13] Comentário: Rever.

Em todas as Unidades Básicas (ESFs), na Sede da Secretária Municipal de Saúde, Pólo de Academia , SAMU, CAPS e Hospital são realizadas atividades de educação permanente e educação continuada, sendo em maior escala nas serviços de Atenção Básica.

Todos os pontos contam com equipamentos de áudio e vídeo para execução de atividades educativas. Na Sede da Secretária Municipal de Saúde , na ESF Lucena, na ESF Vila e no Pólo de Academia de Saúde há Auditórios . Nas demais Unidades as ações que envolvem tanto servidores quanto usuários , em maior número, são realizadas em salões de igreja, e outros espaços comunitários.

São realizadas várias ações com recurso do co financiamento do Estado de SC;

Ações em parceria com a UnC Campus Mafra

Ações em parceria com CIES

Ações em parceira com EFOs

Os eventos realizados em articulação com a Sede – Programa de Educação Permanente em Saúde Dr. Rodrigo Cesar Muniz Malat são todos registrados, segue relatórios em anexo.

3.1.11 Campo Alegre

A colonização da cidade começou com a construção da estrada Dona Francisca. No final do século XIX e início do século XX, a cidade viveu uma época áurea devido à fartura da erva-mate e à sua localização privilegiada, entre Santa Catarina e o Paraná.

Com cenários de cascatas e saltos de rara beleza, Campo Alegre é o Paraíso da Serra.

Principais características:

Fundada em 18 de março de 1897, tem como principais atividades econômicas a agricultura, pecuária, extrativismo, reflorestamento e indústria moveleira. Tem uma população de 11.972 habitantes, sendo colonizado por espanhóis, alemães, poloneses e portugueses.

Localizada a 61 km de Joinville (maior cidade do estado) e 220 km de Florianópolis, com uma área de 506km². Seu clima é temperado, com temperatura média de 19°C.

[U14] Comentário: É isso mesmo???
Ela tem mais de 100 anos???

[U15] Comentário: Revisar!

AUTONOMO	
TIPO	TOTAL
INTERMEDIADO POR ENTIDADE FILANTROPICA E/OU SEM FINS LUCRATIVOS	5
SIM INTERMEDIÇÃO (RPA)	10
TOTAL	15
COOPERATIVA	
TIPO	TOTAL
SEM TIPO	2
TOTAL	2
VINCULO EMPREGATICIO	
TIPO	TOTAL
CARGO COMISSIONADO	2
CELETISTA	23
CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	10
ESTATUTARIO	54
SEM TIPO	1
TOTAL	90

Tabela 9

3.1.12 Rio Negrinho

Rio Negrinho, como todas as cidades do Planalto Norte Catarinense, recebeu seus primeiros colonizadores a partir de 1858, com o início da construção da Estrada Dona Francisca.

Povoada por alemães, portugueses, poloneses e italianos, desenvolveu-se efetivamente a partir de 1913, com a inauguração da estação ferroviária e da estrada de ferro, que ainda hoje é utilizada, também para fins turísticos.

Tornou-se distrito em 1925 e município em 1953, desmembrando-se de São Bento do Sul. Teve impulsionado seu progresso e da região, com a maior fábrica de móveis da América Latina da década de 20 á 70 do século XX, então extinta Móveis Cimo S.A.

Principais características:

Povoada por alemães, portugueses, poloneses e italianos, Rio Negrinho tem no turismo Ferroviário, no Rodeio, gincana de pesca, Oberlandfest, roteiro da tradição moveleira, fabricação de cerâmica artística (canecos de Chope) e na cultura do seu povo os maiores atrativos.

Fundada em 24 de abril de 1880, tem como principais atividades econômicas a indústria moveleira que é a maior geradora de renda na cidade, que também dá ênfase à cerâmica e à agropecuária.

Sua população de 41.167 habitantes está localizada a 89 km de Joinville e 250 km de Florianópolis, com uma extensão territorial de 908,02 Km². Seu clima é temperado, com ares de cidade serrana e frio intenso no inverno.

Gestão do Sistema de Saúde no município:

[Clínico geral-14 concursados;](#)

[ESF-4 concursados e 03 ACT;](#)

[Pediatra-03 concursados;](#)

[Gineco-23 concursados;](#)

[Ortopedista-02 concursados;01 ACT;](#)

[Psicólogo-03 concursados;](#)

[TO-01 ACT;](#)

[Assistente Social: 01 concursados;](#)

[Fisioterapeuta: 01 concursado;](#)

[Enfermeiro:12 concursados;02 ACT;](#)

[Nutricionista:01 concursada;](#)

[U16] Comentário: É a cidade mais antiga da região????

[U17] Comentário: revisar

[Técnico/Auxiliar Enf:43 concursados; 04 ACT;](#)
[ACS:34 ACT; 02 Concursados;](#)
[Auxiliar Administrativo:18 concursados;04 ACT;](#)
[Fiscal Sanitário: 03 concursados;](#)
[Farmacêutico: 02 concursados;](#)
[THD: 01 concursado;](#)
[ACD:06 ACT; 02 concursados;](#)
[SAMU:08 concursados;](#)
[Motorista:20 concursados;](#)
[Auxiliar Serviços gerais: 14 concursados;](#)
[Chefe divisão:03 ACT;](#)
[Odontólogo: 17 concursados;](#)
[Estagiário: 03 ACT](#)

AUTONOMO	
TIPO	TOTAL
INTERMEDIADO POR ENTIDADE FILANTROPICA E/OU SEM FINS LUCRATIVOS	40
INTERMEDIADO POR EMPRESA PRIVADA	4
SEM INTERMEDIACÃO (RPA)	3
TOTAL	47
OUTROS	
TIPO	TOTAL
CONTRATO VERBAL/INFORMAL	4
PROPRIETARIO	8
TOTAL	12
VINCULADO EMPREGATICIO	
TIPO	TOTAL
CARGO COMISSONADO	2
CELETISTA	89

CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	77
EMPREGO PUBLICO	2
ESTATUTARIO	118
TOTAL	288

Tabela 10

-

3.1.13 São Bento do Sul

Como no caso de todas as cidades do Planalto Norte catarinense, a história de São Bento do Sul liga-se intimamente à história de Joinville e à construção da Estrada Dona Francisca. Depois do início das obras da estrada, os imigrantes – que não paravam de chegar da Europa, começaram a subir a serra, por volta de 1873, montados em lombo de burros.

Na região onde se localiza São Bento do Sul, se fixaram 70 famílias oriundas da Bavária, Prússia, Polônia, Saxônia, Áustria e Tchecoslováquia, além de algumas famílias brasileiras. Apesar das dificuldades encontradas, São Bento do Sul prosperou e emancipou-se em 1884, apenas 11 anos após a chegada dos pioneiros, que marcaram o dia-a-dia da nova localidade com seus usos e costumes, expressos através da língua, da música, da dança, da literatura e do folclore.

Principais características:

Cidade dos móveis e da música, São Bento do Sul promove diversos eventos musicais em sua praça central, especialmente no verão. Foi fundada em 23 de setembro de 1873.

São Bento do Sul tem a base de sua economia nas 628 indústrias instaladas no município, destacando-se o setor moveleiro. É o maior parque fabril do estado na área, com 183 fabricantes de móveis. Outros setores industriais, como louças, cerâmicas, metal-mecânico e plásticos, também merecem destaque.

[U18] Comentário: Acima foi dito que foi emancipada em 1884????

A população é de **78.998** habitantes (IBGE, 2013), com uma densidade demográfica de 152,26 hab/km² (PNUD, 2011). Localizada a 80 km de Joinville e 259 km de Florianópolis, com uma área de 487km². Seu clima é temperado, com temperatura média de 16,4°C, podendo chegar a temperatura máxima de 36° e mínimas de – 6°. Índice pluviométrico 1.500 mm/ano e umidade relativa do ar em 88% (CLIMERH, 2013).

Tabela: Quadro de Funcionários

<u>PROFISSÃO/CARGO</u>	<u>Nº DE PROFISSIONAIS</u>
<u>Agente Comunitário de Saúde</u>	<u>96</u>
<u>Agentes de Endemias</u>	<u>3</u>
<u>Almoxarife</u>	<u>1</u>
<u>Assistente Administrativo</u>	<u>6</u>
<u>Assistente Social</u>	<u>3</u>
<u>Auxiliar Administrativo</u>	<u>10</u>
<u>Auxiliar de Biblioteca</u>	<u>1</u>
<u>Auxiliar de Consultório Dentário</u>	<u>25</u>
<u>Auxiliar de Enfermagem</u>	<u>13</u>
<u>Auxiliar de Escritório</u>	<u>3</u>
<u>Auxiliar de Operações</u>	<u>4</u>
<u>Auxiliar de Saúde</u>	<u>3</u>
<u>Auxiliar de Serviços</u>	<u>32</u>
<u>Bioquímico</u>	<u>3</u>
<u>Chefes de Divisão</u>	<u>4</u>
<u>Contador</u>	<u>1</u>
<u>Coordenador de Setor</u>	<u>4</u>
<u>Coordenador de Serviços</u>	<u>3</u>
<u>Diretores</u>	<u>3</u>
<u>Enfermeiros</u>	<u>26</u>
<u>Farmacêutico</u>	<u>6</u>
<u>Fiscal da Vigilância em Saúde</u>	<u>5</u>
<u>Fisioterapeuta</u>	<u>2</u>
<u>Fonoaudiólogo</u>	<u>3</u>
<u>Instrutor atividades artesanais</u>	<u>1</u>

Médico (esf + rede básica + especialistas)	62
Médico Veterinário	1
Motorista tipo I	7
Motorista tipo II	9
Nutricionista	1
Odontólogos (rede básica + especialistas + generalistas)	27
Oficial Administrativo	4
Pedreiro	1
Professor	2
Professor educação infantil	1
Professor anos finais	1
Psicólogo	9
Recepcionista	11
Secretário de Saúde	1
Técnico de Laboratório	1
Técnico em Enfermagem	64
Técnico em Saúde Bucal	3
Técnico em Informática	1
Técnico em Raio X	3
Telefonista	3
Terapeuta Ocupacional	1
Total Geral	474

Fonte: Recursos Humanos, 2013. Tabela 11

AUTONOMO	
TIPO	TOTAL
INTERMEDIADO POR ENTIDADE FILANTROPICA E/OU SEM FINS LUCRATIVO	96
INTERMEDIADO POR EMPRESA PRIVADA	12
SIM INTERMEDIÇÃO (RPA)	23
TOTAL	131
OUTROS	
TIPO	TOTAL

PROPRIETARIO	3
TOTAL	3
VINCULO EMPREGATICIO	
TIPO	TOTAL
CARGO COMISSONADO	2
CELETISTA	203
CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	32
EMPREGO PUBLICO	95
ESTATUTARIO	264
TOTAL	596

Tabela 12**3.2 Recursos humanos disponíveis na Região Planalto Norte****GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE**

<u>MUNICÍPIO</u>	<u>Nº de Funcionários concursados</u>	<u>Nº de Funcionários Comissionados /contratados</u>	<u>Nº Total de Funcionários</u>	<u>Possui Serviço de EPS Sim/ Não</u>
<u>Bela Vista do Toldo</u>	<u>68</u>	<u>01</u>	<u>69</u>	<u>Sim</u>
<u>Canoinhas</u>	<u>244</u>	<u>06/11</u>	<u>261</u>	<u>Não</u>
<u>Irineópolis</u>	<u>92</u>	<u>09</u>	<u>101</u>	<u>Não</u>
<u>Porto união</u>	<u>198</u>	<u>45</u>	<u>243</u>	<u>sim</u>
<u>Três Barras</u>				
<u>Major Vieira</u>	<u>56</u>	<u>0</u>	<u>56</u>	<u>Não</u>
<u>Monte Castelo</u>				
<u>Papanduva</u>	<u>98</u>	<u>59</u>	<u>154</u>	<u>Sim</u>

Itaiópolis	65	65	130	SIM
São Bento do Sul	364	101	471	Não
Rio Negrinho	164	70	234	Sim
Campo Alegre				
25ª GERSA:	17	01	18	sim
MAFRA	189	168	357	SIM
26ª GERSA	17	01	18	sim

Tabela 13

3.2.1 Caracterização da Atenção Básica à Saúde na Região Planalto Norte

A Atenção Básica envolve ações que se relacionam com aspectos coletivos e individuais e visa resolver os problemas de saúde mais frequentes e de maior relevância para a população. Ela deve ser a porta preferencial de entrada do cidadão no Sistema Único de Saúde- SUS, garantindo assim o seu acesso e os princípios de universalidade, integralidade e equidade da atenção.

É a Estratégia Saúde da Família (ESF) escolhida como reordenadora do modelo assistencial e vem, desde 1994, consolidando-se como ordenadora do sistema e coordenadora do cuidado, e assim, firma-se como fundamental na estruturação das redes de atenção à saúde.

A ESF busca concretizar os princípios de integralidade, universalidade e participação social e constitui importante pilar para a ampliação do acesso, qualificação e reorientação das práticas sanitárias embasadas na promoção da saúde.

A região de saúde do planalto norte possui cobertura de de estratégia de saúde da família de 59,49%, com 538 agentes comunitários de saúde, 68 equipes de saúde da família, 35 equipes de saúde bucal, cobertura de 44,55%, 8 NASF- Núcleo de e Apoio a saúde da família e 100 % de adesão ao PMAQ. Conta ainda com 3 CEOs Centro de Especialidades Odontológicas, e 9 CAPS Centro de Atendimento Psicossocial que atendem a todos os municípios da região. Desde o surgimento do PMAQ, os municípios tem desenvolvido ações para fortalecer a atenção primária em saúde de modo a torna-la mais resolutiva.

A Avaliação da Atenção Básica teve início em consultoria à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, em 2004, como parte do PROESF, no componente de Fortalecimento da Avaliação e Monitoramento através da proposição de indicadores sendo os municípios agrupados em estratos por porte populacional.

A avaliação foi realizada analisando duas dimensões: gestão do sistema municipal de saúde e provimento da atenção básica. Esta análise foi feita através da coleta de dados com base nos sistemas oficiais da SES-SC; e nos sistemas municipais de saúde, a coleta foi realizada por meio do formulário eletrônico. Vale ressaltar que estas avaliações são anuais.

Na análise dos dados de 2012 realizadas em 2013, disponíveis no link http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=384&Itemid=464 a região de saúde do Planalto Norte apresentou pontuação crítica ou abaixo da média, nos temas Participação Popular e Recursos humanos.

Na participação Popular, tiveram como base os seguintes indicadores: Realização de audiência pública na Câmara Municipal sobre o Relatório Anual de Gestão do ano passado.

Existência no ano passado, no Conselho Municipal de Saúde, de associações ou entidades formalmente indicadas para Representar Idoso, Mulher, Criança, Pessoa com Necessidades Especiais, entre outros

Existência de eleição para mesa gestora do CMS atualmente instituído na comunidade.

Existência de orçamento próprio para o CMS

No tema Recursos humanos, os indicadores analisados os indicadores:

Existência de Plano de Cargos, Carreiras e Salários implantado e/ou de programa de progressão funcional no município no ano passado.

Visitas médicas domiciliares.

Acesso em 03/12/13.

3.2.2 Caracterização da Média e Alta Complexidade

Unidades Hospitalares

A região de Saúde do Planalto Norte é composta por 13 Unidades Hospitalares, distribuída em 2 Regiões de Saúde, conforme descrito nos quadros a seguir:

Quadro 04: Regional de Saúde de Canoinhas

Municípios	Unidades Hospitalares	Porte	Habilitações em Alta
------------	-----------------------	-------	----------------------

		Hospitalar	Complexidade
Canoinhas	Hospital Santa Cruz de Canoinhas	I	<ul style="list-style-type: none"> • 7 leitos de UTI adulto • Porta de Entrada da Rede de Urgências •
Irineópolis	Hospital Municipal Bom Jesus	I	-Unidade de tratamento Primário Cardiovascular
Major Vieira	Hospital Municipal São Lucas	I	- Unidade de Tratamento Primário Cardiovascular
Porto União	Hospital de Caridade São Braz	II	<ul style="list-style-type: none"> • 4 leitos de UTI adulto; • Porta de Entrada da Rede de Urgências • Hospital Cadastrado como Amigo da Criança; - Oncologia – UNACON.
Três Barras	Fundação Hospitalar Três Barras	I	Unidade de Tratamento Primário Cardiovascular Porta de Entrada da Rede de Urgências - 20 leitos de Retaguarda Clínica - Hospital Cadastrado como Amigo da Criança.

Fonte: Plano Diretor de Regionalização - PDR (2008)

Quadro 05: Regional de Saúde de Mafra

Municípios	Unidades Hospitalares	Porte Hospitalar	Habilitações em Alta Complexidade
Campo Alegre	IEAS - Hospital São Luiz	I	Unidade de Tratamento Primário Cardiovascular
Itaiópolis	Fundação Hospitalar Municipal Santo Antônio	I	Unidade de Tratamento Primário Cardiovascular
Mafra	Associação de Caridade São Vicente de Paulo	I	<ul style="list-style-type: none"> - 7 leitos qualificados de UTI adulto - 2 leitos de UTI para rede cegonha - 10 leitos Unidade de AVC Integral - - Porta de Entrada da

			Rede de Urgências
	Maternidade Dona Catarina Kuss	I	- Hospital Cadastrado como Amigo da Criança; - 10 leitos de UTI neonatal - Rede Cegonha
Monte Castelo	Sociedade Hospitalar Comunitária Pe. Clemente Kampmann	I	---
Papanduva	Hospital São Sebastião	I	- Sala de Estabilização - Unidade de Tratamento Primário Cardiovascular
Rio Negrinho	Fundação Hospitalar Rio Negrinho	I	- Hospital Cadastrado como Amigo da Criança. - - Porta de entrada da Rede de Urgências - - 20 leitos de Retaguarda Clínica
São Bento do Sul	Sociedade Mãe da Divina Providencia	I	- 5 leitos de UTI adulto; - Porta de Entrada da Rede de Urgências

Fonte: Plano Diretor de Regionalização - PDR (2008)

3.2.2.1 Atenção ambulatorial especializada

A Região do Planalto Norte possui, atualmente, atendimento ambulatorial especializado e é referência na região à gestante de alto risco, na Maternidade Dona Catarina Kuss localizada no município de (Mafra). Sendo esta uma instituição da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Para as demais especialidades, a Região não conta com atendimento ambulatorial especializado.

3.2.2.2 Unidade de Terapia Intensiva

(...)Atualmente a Região do Planalto Norte está inserida na Rede da Macrorregião do Planalto Norte e Nordeste contando com (75) setenta e cinco leitos de Unidade de Terapia Intensiva dispostos em (7) sete Unidades Hospitalares, recebendo enfermos de toda a macrorregião, sendo regulados pela mesma Central de Regulação. Alguns possuem algumas especialidades outros, apenas realizam os tratamentos clínicos. Porém não detém todas as especialidades, nessas situações são referenciados a outros centros e até outros estados dependendo na necessidade.

3.2.2.3 Captação e Transplante de órgãos e tecidos

O Hospital São Vicente de Paulo esta contratualizado com a Secretaria de Estado da Saúde Santa Catarina na Captação de órgãos e tecidos, porém não realiza transplantes.

3.3 Regulação da Atenção a Saúde

A Macrorregião de Saúde dispõe de uma Central de Regulação de Leitos instituída pela Medida Provisória 190 de 06 de junho de 2013; localizada nas dependências da 23ª Secretaria de Desenvolvimento Regional (SDR) Joinville que regula os leitos de internação hospitalar dos vinte e seis municípios que compõe a macrorregião, atuando 24 horas, sete dias por semana conforme preconiza a Portaria nº 2.395 GM/MS de 11 de outubro de 2011. Esta central utiliza um sistema disponibilizado pelo Ministério da Saúde gratuitamente aos estados e municípios o Sistema de Regulação-SISREG.

A Porta de Entrada da Urgência e Emergência ainda não é Regulada por uma Central, permanecendo o contato telefônico prévio médico a médico e a vaga zero em casos mais graves, onde é acionado o Serviço de Atendimento

Móvel de Urgência – SAMU, sendo este em agosto de 2012 terceirizado pelo Estado para a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), permanecendo sob Gestão da Administração Pública (Secretaria de Estado da Saúde)

3.4 Caracterização das Redes de Atenção a Saúde

3.4.1 Rede de Atenção as Urgências

O Plano das Redes Regionalizadas de Atenção a Saúde de Santa Catarina na Macrorregião do Planalto Norte e Nordeste Componente da Urgência e Emergência foi criado em 2011 por Secretários Municipais de saúde e técnicos da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Neste foi desenhado conforme dados estatísticos, epidemiológicos e geográficos a necessidade populacional.

O Plano abrangeu vinte e seis municípios formando uma macrorregião; Região de Saúde Nordeste com 13 municípios: 23ª Gerência Regional de Saúde-Joinville e 24ª Gerência Regional de Saúde - Jaraguá do Sul. Região de Saúde do Planalto Norte com 13 municípios: 25ª Gerência Regional de Saúde - Mafra e 26ª Gerência Regional Saúde – Canoinhas, por esse motivo quando descrevemos as Redes de Atenção à Saúde não podemos deixar de citar esse aspecto importante.

No desenho das Redes percebeu-se que havia um vácuo institucional grande nessa região pelo fato de estarem próximo ao Paraná, muitos dos municípios encaminhavam seus munícipes para Curitiba, ficando assim ausente de uma série histórica e por consequência após virem as novas diretrizes e normas para a distribuição das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), houve a necessidade de uma readequação para a região. No Plano está disposto na Região do Planalto Norte já descrito no quadro (XX), a Região também conta com duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA)

Canoinhas e Mafra, sendo estas integrantes da Rede de Urgência e Emergência.

3.4.2 Rede Cegonha

...

As propostas constantes no Plano das Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde de Santa Catarina, com vistas a Adesão da Macrorregião do Planalto Norte e Nordeste à Rede Cegonha foram aprovadas pelas Comissões Intergestores Regional CIR do Nordeste (Deliberação CIR nº 02 de 15 de maio de 2012) e do Planalto Norte (Deliberação CIR nº 17 de 21 de maio de 2012) e aprovado na Comissão Intergestores Bipartite (Deliberação CIB nº 172 de 24 de maio de 2012).

As referências hospitalares de alto risco são as seguinte: Maternidade Darcy Vargas (Joinville), Hospital e Maternidade Jaraguá (Jaraguá do Sul) e Maternidade Dona Catarina Kuss (Mafra). Os Hospitais que disponibilizam leitos obstétricos de UTI adulto são: Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (Joinville), Hospital e Maternidade São José (Jaraguá do Sul) e Hospital São Vicente de Paulo (Mafra).

A referência hospitalar para atendimento ambulatorial de gestantes de alto risco na Região do Planalto Norte é a Maternidade Dona Catarina Kuss (Mafra) e na Região Nordeste a Maternidade Darcy Vargas (Joinville).

Os leitos de UTI neonatal na Região 10 na Maternidade Dona Catarina Kuss – Mafra

A regulação da Rede Cegonha será efetuada por meio da Central de Regulação de leitos, SAMU e contato telefônico médico a médico. Os leitos de UTI adulto, obstétricos e neonatal, são regulados pela: Central de Regulação de Leitos de Joinville e gerenciada pela Secretaria de Estado da Saúde sendo custeada bipartite Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde.

Permanecendo somente a porta de entrada no método contato prévio por telefone médico a médico.

3.4.3 Rede de Atenção Psicossocial

Tecnicamente há indicação de incentivo para qualificação de 18 leitos, a serem distribuídos nos hospitais São Vicente de Paulo (Mafra), Santa Cruz (Canoinhas seis), Felix da Costa Gomes (Três Barras seis) e São Sebastião (Papanduvass seis). Monte Castelo 2 dois

1 Unidade de Acolhimento Infante Juvenil em Três Barras:13 municípios (100.000 hab) já existe portaria.

1 Unidade de Acolhimento Adulto Tres BArras: verificar municípios (aprovado) recurso já disponibilizado 11 novembro

Mapear CAPS

Municipios que possuem CAPS

- 1- Canoinhas
- 2- Porto União
- 3- Tres Barras
- 4- São Bento do Sul
- 5- Rio Negrinho
- 6- Mafra
- 7- Itaiopolis
- 8- Papanduva: referencia para Major Vieira
- 9- Monte Castelo referênciã para Irineópolis
- 10-Tres Barras referencia para Bela Vista do Toldo e Major Vieira

(...)

Residência terapêutica Monte Castelo

CAPS AD e CAPS I nenhum município habilitou-se para ser referencia regional

3.4.4 Rede de cuidados à pessoa com deficiência

Deficiência Auditiva (Serviços de Reabilitação Auditiva e Concessão de AASI):

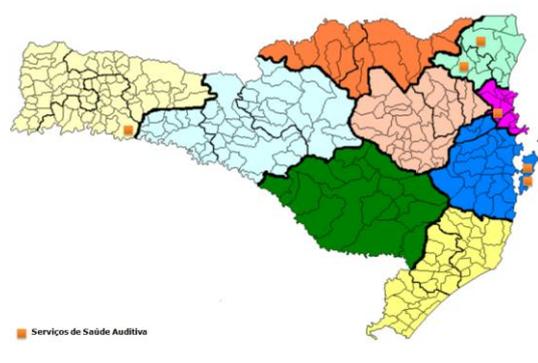


Figura 2

<u>PRESTADOR</u>	<u>GRAU DE COMPLEXIDADE</u>	<u>MUNICÍPIO DE LOCALIZAÇÃO</u>	<u>MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE LOCALIZAÇÃO</u>	<u>GESTOR</u>
AADAV - Associação Assistencial dos Deficientes Auditivos e Visuais	Média	JARAGUÁ DO SUL	Planalto Norte	Secretaria Municipal de Saúde - SMS
OTOVIDA	Média	FLORIANÓPOLIS	Grande Florianópolis	Secretaria Estadual de Saúde - SES
HU – Hospital Universitário - UFSC	Média e Alta	FLORIANÓPOLIS	Grande Florianópolis	Secretaria Estadual de Saúde - SES
Núcleo de Reabilitação Lábio Palatal - Centrinho	Média e Alta	JOINVILLE	Nordeste	Secretaria Municipal de Saúde - SMS
UNIVALI – Instituto de Fonoaudiologia	Média e Alta	ITAJAÍ	Foz do Itajaí	Secretaria Municipal de Saúde - SMS
Clínica Integrada Oeste Ltda	Média	CHAPECÓ	Grande Oeste	Secretaria Municipal de Saúde - SMS

Tabela 14

Nos demais Serviços, conforme dados enviados pelos Gestores Municipais, apresenta-se a seguinte configuração, quanto ao número de pacientes cadastrados:

<u>PRESTADOR</u>	<u>PACIENTES CADASTRADOS</u>	<u>PACIENTES EM ACOMP.</u>	<u>DATA DA HABILITAÇÃO</u>	<u>FONTE DE INFORMAÇÕES</u>

AADAV	10.219	5.483	Ano 2004	Gestor Municipal do Serviço – Jaraguá do Sul em abril/2013	
UNIVALI	8.350	5.950	Ano 2006	Gestor municipal do serviço – Itajaí em abril/2013	
CENTRINHO	4.440	740	Ano 2006	Gestor Municipal do Serviço – Joinville em outubro/2012	
C.I OESTE Ltda	3.432	2.415	Ano 2006	Gestor Municipal do Serviço – Chapecó em abril/2013	
CER II <small>Física e Intelectual ou Auditiva</small>	Tres Barras	Planalto Norte	Construção	R\$ 2.500.000,00	Encaminhar solicitação ao MS

Tabela 15

4 DIAGNOSTICO EPIDEMIOLÓGICO (será reestruturado dentro dos itens citados acima)

Pesquisando os dados epidemiológicos e socioeconômicos da região do Planalto Norte junto ao Instituto Brasileiro de Estatística (IBGE), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), ao Mapa da Fome em Santa Catarina, nos Indicadores do Pacto pela Saúde e novos indicadores do Contrato Organizativo Ações Públicas de Saúde (COAP), identificamos diferenças significativas entre os municípios, mas também alguns aspectos bastantes semelhantes independente do porte populacional.

Um aspecto histórico importante para a macrorregião foi a Guerra do Contestado, ocorrida entre 1912 e 1916, onde a região era disputada entre os estados de Santa Catarina e Paraná. Vivendo ao longo dos anos do extrativismo da madeira e erva-mate, alguns municípios não conseguiram

agregar valor aos recursos existentes, tornando-os escassos e toda a região apresenta dificuldades em diversificar sua economia.

Caracterizada pelos investimentos restritos em qualificação profissional, educação e saúde, a região sempre foi muito desassistida de serviços que o Estado oferece.

Especificamente na área da saúde, convive com problemas diversificados.

A distância dos municípios da região da capital de Santa Catarina, Florianópolis, varia entre 440 e 232 km, sendo que os mesmos tinham, até pouco tempo, na cidade de Curitiba, cuja distância dos municípios varia de 100 a 240 km, suas referências nos serviços de saúde.

Apesar de contar com 13 Unidades Hospitalares em toda macrorregião, seus serviços são de baixa resolubilidade. Totalizam na região 72 Equipes de Saúde da Família (ESF's) e 536 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Como grande parte de seus municípios são de pequeno porte, 61% tem população entre 5.000 a 20.000 habitantes, oferecem poucos atrativos de infra-estrutura, qualificação e lazer aos profissionais de saúde, principalmente médicos, dificultando a fixação dos mesmos e a criação de vínculo com a comunidade.

Os gestores, no intuito de manter este profissional em seu município, pagam valores muito acima da média das grandes cidades, para poder oferecer os serviços mínimos aos seus municípios.

Com relação aos prestadores de serviços em saúde, encontramos pouca oferta dos serviços para o SUS, sendo utilizada a justificativa do baixo valor da tabela-SUS como principal argumentação para exigirem complemento financeiro de contrapartida municipal para efetuarem os contratos. Em muitos casos, não cumprem com o pactuado e os serviços oferecidos não atendem a demanda existente na macrorregião. Há ainda pouca oferta de profissionais médicos especialistas.

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) não atende as reais necessidades dos municípios. O acesso a cirurgias eletivas (oftalmologia,

otorrinolaringologia, cirurgia vascular) é extremamente restrito, gerando filas de espera de meses a anos. Apresenta altas taxas de cesáreas, com tempo de espera para o parto normal acima da média estadual e falta de investigação de óbitos em idade fértil (em São Bento do Sul há 100% de óbitos investigados, pelo Comitê de Mortalidade Materno-Infantil).

O serviço de Urgência do SAMU tem sua regulação em Joinville, além de ser pouco resolutive, denotando a má distribuição do suporte avançado, está geograficamente separada da região por uma serra, que na maioria das vezes encontra-se sem visibilidade nenhuma, impossibilitando o transporte rápido.

Apesar de contar com serviços de alta complexidade como a Oncologia, Terapia Renal Substitutiva, Hemoterapia, Ressonância Magnética, Litotripsia e Tomografia, o acesso da população aos serviços de saúde ainda apresenta demora.

4.1 INDICADORES DO SISCOAP

1.U - Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica

Planalto Norte	2011	2012
	71,92	75,09

Tabela 16

Percebe-se um aumento de 3,17% de 2011 a 2012 na cobertura populacional através das equipes de Atenção Básica, ou seja, através da Estratégia de Saúde da Família na Região do Planalto Norte de Santa Catarina, contudo, é ideal que esta região atinja 100% de cobertura para a efetivação do fortalecimento da Atenção Básica.

2.U - Proporção de internações por condições sensíveis a Atenção Básica (csab).

Planalto Norte	2009	2010	2011	2012
	31,01	29,47	28,31	28,12

Tabela 17

Durante o período de 2009 a 2012 houve uma redução de 2,89% de internações por condições sensíveis a Atenção Básica, porém, este índice deverá continuar reduzindo, considerando que está diretamente relacionado à capacidade de resolução da Atenção Primária.

3.U - Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família

Planalto Norte	2009	2010	2011	2012
	71,45	73,08	131,39	120,66

Tabela 18

É importante destacar que durante os anos de 2011 e 2012 os contadores do sistema do Programa Bolsa Família estavam apresentando muitos erros, inclusive duplicando acompanhamentos. Sendo assim, estes indicadores não são fidedignos, considerando que esta região de saúde sempre manteve em torno de 75% de acompanhamento das condicionalidades do programa.

4.U - Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal

Planalto Norte	2011	2012
	62,42	60,67

Tabela 19

Observa-se uma redução de 1,75% de 2011 a 2012 na cobertura populacional através das equipes de saúde bucal na Região do Planalto Norte, sendo este um indicador negativo que necessita atingir um índice mais satisfatório.

5.U - Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada

Planalto Norte	2009	2010	2011	2012
	4,76	4,1	15,1	3,15

Tabela 20

A região de saúde do Planalto Norte necessita aumentar este percentual, considerando que estes números refletem o acesso à orientação para prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie e doenças periodontais.

6.E - Proporção de exodontias em relação aos procedimentos

Planalto Norte	2009	2010	2011	2012
	9,97	9,09	7,79	7,22

Tabela 21

Apesar deste indicador reduzir em 2,75% de 2009 a 2012, a região ainda deve trabalhar para continuar baixando este número, pois quanto menor o percentual de exodontia, maior a qualidade do tratamento preventivo e curativo ofertado pela odontologia dos municípios.

7.U - Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente

Planalto Norte	2009	2010	2011	2012
		0,13	0,19	0,30

Tabela 22

Pode-se constatar que houve um aumento de 57% neste indicador de 2009 a 2012, sendo este um valor considerável. Porém, a região ainda necessita aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de média complexidade. Todavia, deve-se ressaltar que esta região é constituída, na sua maioria, por municípios de pequeno porte, sem adensamento tecnológico que possibilite a realização destes procedimentos. Esta região possui um “vazio assistencial”.

8.U - Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente

Planalto Norte	2009	2010	2011	2012
		4,75	4,97	5,17

Tabela 23

Percebe-se que este indicador também reflete o “vazio assistencial” vivido pela Região do Planalto Norte, o qual já foi citado anteriormente. A meta deste é aumentar o número de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população residente em toda a região.

9.E - Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente

Planalto Norte	2009	2010	2011	2012
		1,54	1,68	2,05

Tabela 24

Houve um aumento de 39% deste indicador de 2009 a 2012, entretanto, o “vazio assistencial” continua interferindo neste número no Planalto Norte, pois como também foi citado anteriormente, deve-se ressaltar que esta região é constituída, na sua maioria, por municípios de pequeno porte, sem adensamento tecnológico que possibilite a realização de procedimentos de alta complexidade.

10.E - Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente

Planalto Norte	2009	2010	2011	2012
	1,66	1,79	2,27	2,00

Tabela 25

Observa-se um aumento de 17% neste indicador que também é reflexo do “vazio assistencial” da região, mas ainda é necessário aumentá-lo. Entretanto, a grande maioria dos municípios da Região do Planalto Norte não consegue resolver este problema sem o apoio do Estado e da União, considerando que é atribuição da União apoiar a ampliação do acesso à alta complexidade, a implantação de mecanismos de regulação e o monitoramento e avaliação nos municípios, de acordo com o Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – 2013/2015.

11.E -Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado

Meta= 40% dos Hospitais acima de 50 leitos com contrato de metas firmado

Quadro 6

Com este indicador pretende-se garantir os serviços hospitalares.

Em São Bento do Sul a meta é de 100% de serviços hospitalares com contratos de metas firmados (110 leitos).

12.U - Número de unidades de Saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado

Planalto Norte	2009	2010	2011	2012
	5	15	12	17

Tabela 26

Neste período percebe-se um aumento de 29% dos casos de notificação de violência doméstica e sexual, no entanto é um problema de saúde pública bastante complexo, pois muitas vezes quem sofre a violência não quer se expor.

A notificação deve ser realizada na Atenção Básica, no entanto, muitos municípios não possuem o serviço implantado nas Unidades, o que resulta em muitas vezes, em subnotificações.

13.E -Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente

Planalto Norte	2009	2010	2011	2012
		32,17	31,21	32,9

Tabela 27

Os óbitos por acidente aumentaram em 9.5%, e isso demonstra a necessidade de ações voltadas para a prevenção de acidentes. Essa ação deve ser intersetorial, bem como ter apoio do estado. Incentivar ações de educação em saúde e também sensibilizar os atores sociais em relação à Cultura da Paz e Não Violência no Trânsito.

14.E -Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)

Planalto Norte	2009	2010	2011	2012
		20,30	22,82	12,22

Tabela 28

Nesse indicador percebe-se uma baixa de 9.1% (de 2010 para 2011) no entanto, ainda é necessário diminuir esse índice, com ações de promoção e prevenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT na Atenção Básica.

15.E - Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI)

Planalto Norte	2009	2010	2011	2012
		12,33	8,13	12,91

Tabela 29

No planalto norte em 4 anos apresentou uma queda de 7.4% na proporção dos óbitos em menores de 15 anos nas UTIs. Isso indica uma melhora dos serviços, mas é preciso diminuir esse índice. Para melhorar, é necessário que o estado participe do processo, bem como invista em equipamentos na UTI e número de leitos.

16.E - Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU – 192)

Santa Catarina com 100%
de Cobertura SAMU.

Quadro 7

Para ter 100% de cobertura do SAMU é necessário uma parceria entre o estado e município.

17.E - Proporção das internações de urgência e emergência reguladas

**Centrais de Regulação nas 8
Macro Regiões: Projeto piloto
Planalto Norte e Nordeste.**

Quadro 8

Com este indicador pretende-se regularizar o processo de internação de urgência e emergência, através das Redes de Urgência e Emergência - RUE

18.U - Razão de exames cito patológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária

Planalto Norte	2009	2010	2011	2012
	0,91	0,87	0,96	0,85

Tabela 30

Este indicador demonstra uma queda de 9.3% na realização dos exames cito patológico. Este é um índice preocupante, se considerar o aumento dos casos de câncer do colo uterino na região. Deve-se intensificar a busca ativa das mulheres, agendamento flexível e por aprazamento no âmbito da Atenção Básica.

19.U - Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária

Planalto Norte	2009	2010	2011	2012
	0,07	0,13	0,20	0,22

Tabela 31

A realização de exames clínicos de mamas concomitante ao papanicolau, otimiza a vinda da mulher na Unidade de Saúde, devido a isso, esse indicador demonstra um aumento de 314% na realização de mamografia. Isso indica que os casos de câncer de mama são diagnosticados precocemente, o que vem auxiliar no tratamento e na cura da doença de maneira eficaz.

20.U – Proporção de partos normais

Planalto Norte	2009	2010	2011	2012
	51,11	48,49	45,63	40,92

Tabela 32

Este indicador demonstra a queda de 8% na realização de partos normais, sendo assim aumento dos partos por cesárea. Isso indica a necessidade de sensibilizar as gestantes e os profissionais ginecologistas e obstetras quanto à importância do parto natural e suas vantagens na recuperação precoce da puérpera e do lactente.

21.U – Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal

Planalto Norte	2009	2010	2011	2012
	66,4	71,07	72,01	79,21

Tabela 33

Nesse indicador é possível perceber um acréscimo de 12% nas consultas de pré natal. Isso demonstra que a Atenção Básica efetiva e resolutiva garante a gestante um adequado atendimento e o parto seguro para a mãe e bebê, para tanto, deve-se intensivar a realização da busca ativa precoce às gestantes.

22.U – Número de testes de sífilis por gestante

Planalto Norte	2009	2010	2011	2012
	0,71	0,67	0,72	0,73

Tabela 34

Até 2012, percebeu-se aumento na realização de testes VDRL para gestantes, no entanto, com a implantação dos testes rápidos de diagnose por meio da Rede Cegonha, na Atenção Básica, o indicador deve aumentar ainda mais devido captação e tratamento precoce.

28.U –Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade

Planalto Norte	2010	2011
	2	4

Tabela 35

No ano de 2011 ocorreram 04 casos, demonstrando a duplicação de casos em relação ao ano anterior. Espera-se que, com a captação precoce das gestantes, um pré natal adequado e a realização precoce dos testes rápidos na Atenção Básica, resulte na queda desse indicador.

29.U – Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência

Planalto Norte	2009	2010	2012
	2	4	3

Tabela 36

Esse indicador apresenta a necessidade de estruturar o acompanhamento de Pré-Natal com qualidade, acessível a todas as gestantes, com a garantia dos exames básicos necessários, previstos em protocolo nacional, e a garantia de um parto seguro.

30.U – Proporção de óbitos maternos investigados

Planalto Norte	2009	2010	2012
	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>

Tabela 37

Embora se tenha excelência na investigação de óbitos na região, se faz necessária a estruturação dos Comitês de Mortalidade Materno Infantil tanto à nível municipal, como regional e estadual.

29.E – Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (Caps). (Meta Nac. 0,77)

Planalto Norte	2009	2010	2011	2012	População 2012
	0,96	0,99	1,12	1,4	357565

Tabela 38

A cobertura de CAPS tipos I e II é suficiente para a demanda da região, no entanto, há a necessidade de se implantar CAPS AD (álcool e drogas), conforme estudo do Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial Estadual.

30.U – Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera ($\geq 85\%$)

Planalto Norte	2009	2010	2011	2012
	77,27	86,96	100	68

Tabela 39

Este indicador demonstra a queda significativa de resolutividade de cura dos pacientes infectados com a tuberculose, sendo necessárias ações de busca ativa e intensificar a supervisão das doses supervisionadas, por meio de parcerias entre o serviço de epidemiologia e a atenção básica.

31.U – Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose

Planalto Norte	2012
	91,38

Tabela 40

Deve-se ter controle de realização de exames anti-HIV em todos os casos novos de tuberculose, e em 2012 os exames foram realizados em somente 91,38% dos casos identificados. É importante intensificar nos serviços de saúde, a detecção de casos novos e também enfatizar a necessidade da realização dos exames.

32.U – Proporção de registro de óbitos com causa básica definida

Planalto Norte	2009	2010	2011	2012
	90,27	91,11	92,93	97,87

Tabela 41

Desde o ano de 2009, a Região Norte alcançou a meta nacional, que é de 90% de registros com causa básica definida. Houve aumento significativo de 4,94% entre 2011 e 2012, mas ainda há subnotificações, especialmente devido a falta do Serviço de Verificação de Óbitos – SVO.

33.U – Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação*

Planalto Norte	2009	2010	2011	2012
	90,27	91,11	92,93	97,87

Tabela 42

A Região Norte tem alcançado a meta federal, que é de encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no SINAN, em até 60 dias após notificação.

34.U – Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho* notificados

Os municípios devem ter ao menos 01 caso de doenças ou agravos relacionadas ao trabalho notificados, o que não se aplica a Região Norte. Não há Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST implantado na Região Norte.

35.U – Percentual de municípios que executam as ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios

Planalto Norte	2009	2011	2012
	15,38	15,38	7,69

Tabela 43

De acordo com orientações da SES, este indicador é de âmbito municipal, sendo que todas as ações realizadas pela Vigilância Sanitária - VS, devem ser registradas e exportadas para o Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA, e os municípios recebem posteriormente, recursos financeiros conforme a produção registrada e enviada. Quando se deixa de alimentar os sistemas de informações, os recursos financeiros são cortados e, conseqüentemente, o indicador de execução dessas ações cai. De 2011 para 2012, o percentual de ações realizadas pela VS caiu pela metade (em 7,69%). Ações para reforçar a necessidade dos registros pelos municípios devem ser reforçadas pela esfera estadual.

36.U – Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos

Não houve casos de AIDS em menores de 05 anos no ano de 2013 , registrados na Região,

37.E – Proporção de pacientes HIV+ com 1o CD4 inferior a 200cel/mm3

O município de São Bento do Sul pactuou esse indicador, devido realizar as coletas pelo Setor de Epidemiologia, embora as amostras sejam encaminhadas para análise em laboratório credenciado em Joinville e por solicitação do Conselho Municipal de Saúde - CMS. A proporção pactuada é de 11% de usuários com captação precoce em relação ao vírus HIV. Os demais municípios não realizaram pactuação, seguindo orientação da DIVE.

38.E – Número de testes sorológicos anti -HCV realizados

Neste indicador ocorreu a mesma situação, o CMS de São Bento do Sul decidiu pactuar o indicador, pois o município realiza a coleta e análise das amostras sorológicas para Hepatite C e, como há série histórica, pactuou para 791 casos em 2013. Os demais municípios seguiram também a orientação da DIVE em relação a não pactuação.

39.E – Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes

Planalto Norte	2009	2010	2011	2012
	93,75	96,97	100	100

Tabela 44

O ideal é que todos os casos identificados terminem o tratamento, com 100% de cura. Em 2009 e 2010 houve abandono de tratamento em alguns casos, acarretando na cura incompleta, que futuramente poderá desencadear em recidiva da patologia e novos contágios, torna-se necessário intensificar as ações.

40.E – Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados

Planalto Norte	2009	2010	2011	2012
	87,18	86,49	90,63	80,6

Tabela 45

No ano de 2011, alcançou-se 90,63% de contatos domiciliares, e segundo orientações do MS, o ideal seria manter o indicador em 90% ou mais, uma vez que é alcançado. No entanto, houve redução no acompanhamento dos contatos de pacientes infectados pela hanseníase, o que pode resultar no surgimento de casos novos, ressalta-se a necessidade de busca ativa precoce dos contatos e realização dos exames prioritariamente.

41.U – Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.

Planalto Norte	2009	2010	2011	2012
	21,06	32,68	33,1	44,4

Tabela 46

O parâmetro nacional desse indicador é o mais próximo de 50% da análise de amostras quanto ao parâmetro coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. Houve aumento desde 2009 na realização de análises de água para consumo humano, sendo que de 2009 a 2011 o indicador aumentou em 23,34%. Quanto mais amostras de água analisadas, melhor a qualidade da água utilizada nos domicílios evitando doenças.

O parâmetro nacional desse indicador é o mais próximo de 50% da análise de amostras quanto ao parâmetro coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. Houve aumento desde 2009 na realização de análises de água para consumo humano, sendo que de 2009 a 2011 o indicador aumentou em 23,34%. Quanto mais amostras de água analisadas, melhor a qualidade da água nos domicílios evitando a proliferação de doenças.

42.E – Percentual de municípios com o Sistema Horus implantado

Os municípios da Região Norte não se enquadram nesse indicador, pois destina-se a cidades de extrema pobreza.

43.E – Proporção de municípios da extrema pobreza com farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados

Os municípios da Região Norte não se enquadram nesse indicador, pois destina-se a cidades de extrema pobreza.

44.E – Percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela Vigilância Sanitária, no ano

O indicador não se aplica a Região Norte, em virtude da ausência de indústrias de insumos farmacêuticos.

45.U – Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas

A proporção de ações de educação permanente implementadas na Região Norte é de 83,33%. As ações e financiamentos do CIES são todas planejadas conforme o PAREPS e a definição metodológica é permeada pela coleta de dados para o dimensionamento da força de trabalho no SUS.

46.E – Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família/Saúde Coletiva

O indicador não se aplica na Região Norte.

47.E – Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência Médica em Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental Indicadores Específicos se aplicam se houver programas.

O indicador não se aplica na Região Norte.

48.U – Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos

O indicador preconiza que se amplie o percentual de trabalhadores que atendam ao SUS com vínculos protegidos, assegurando os direitos trabalhistas.

49.E – Número de mesas ou espaços formais municipais e estaduais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento

Não há espaços formais na Região Norte, para discussões de negociação permanente do SUS.

50.U – Proporção de plano de saúde enviado ao conselho de Saúde

Todos os municípios foram convidados a participar de Capacitações para Elaboração do Plano Municipal de Saúde, e deverão, obrigatoriamente encaminhar ao Controle Social do Estado, sob risco de penalização pelo Tribunal de Contas da União – TCU.

51.U – Proporção conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – Siacs

Os Conselhos de Saúde deverão, obrigatoriamente, cadastrar-se no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS, sob risco de penalização pelo Tribunal de Contas da União – TCU.

52.E – Proporção de municípios com ouvidoria implantada

A proposta federal tem como finalidade contribuir com avaliação do sistema, por meio do envolvimento do usuário, estabelecendo comunicação entre o cidadão e o poder público, de forma a promover encaminhamentos necessários para a solução de problemas e efetiva participação da comunidade na gestão do SUS. Na Região Norte não há municípios com ouvidoria do SUS implantada.

53.E – Componente do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) estruturado

A meta é estruturar ao menos um componente municipal do SNA na Região de Saúde. Atualmente não há SNA implantado na Região Norte.

54.E – Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde

Não há instituições cadastradas na Região no Banco de Preço em Saúde.

5 CARACTERIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE NA REGIÃO PLANALTO NORTE

5.1 Ações de Educação Popular em Saúde junto aos usuários

A CIES Planalto Norte promoveu capacitações com os conselheiros municipais de saúde de todos os municípios e pretende dar continuidade a esse processo estendendo a população em geral através das ESFs.

5.2 Educação Formal

Unc Universidade do Contestado curso de enfermagem

Farmácia

Bioquímica

[U19] Comentário: Aqui descrever de modo especial as IES com cursos na área da saúde...

Psicologia

Serviço Social

UNIVILLE:

5.2.1 Escola de Saúde Pública (SES)

Anualmente oferta especializações na área da saúde porém todas em Florianópolis, dificultando o acesso dos profissionais da região

5.2.2 Escola de Formação em Saúde (EFOS)

Oferta dos cursos abaixo relacionados

Caminhos do Cuidado

Cuidar de quem cuida

Saúde do homem

5.2.3 Pro-PET-Saúde

PRÓ SAÚDE E PET SAÚDE

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ SAÚDE) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET SAÚDE) são programas do Ministério da Saúde que visam a compreensão global do processo saúde-doença, transformando os conhecimentos no campo acadêmico, fortalecendo o ensino e a aprendizagem na assistência à saúde da população.

A partir do edital n.º 24 de 15 de dezembro de 2011, a Universidade do Contestado em parceria com as secretarias de saúde de Mafra, Itaiópolis e Papanduva, municípios da 25ª SDR, foi contemplada por meio do projeto de pesquisa intitulado “Fortalecimento da rede de atenção à saúde do trabalhador como modelo de atenção à saúde.

O fortalecimento da rede de atenção à saúde do trabalhador nestes municípios é de extrema relevância. Esta região se destaca pelo seu potencial, particularmente em relação aos setores agropecuário, agroindustrial e ambiental. Ações que vinculem estratégias para educação permanente são

fundamentais no setor da saúde, permitindo efetuar relações orgânicas entre ensino e ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde devendo levar em consideração as especificidades e desigualdades regionais, formação e desenvolvimento de ações formais voltadas para a educação na saúde (Portaria N°1996 de 20 de agosto de 2007). Para a efetividade na educação permanente em saúde é necessário, o fortalecimento das redes. É importante destacar que o conhecimento, na rede de atenção à saúde, deve circular em todas as direções, permitindo mudanças nas ações e estratégias de acordo com o fluxo de informações e com as necessidades reais da região de abrangência.

O processo de planejamento e educação permanente em saúde têm o propósito ser ascendente e integrado. A UnC tem papel fundamental neste processo por meio da participação efetiva e atuação dos cursos na área da saúde na investigação dos determinantes saúde-doença relacionados à saúde do trabalhador visando a proposição de estratégias de educação permanente para que as ações possam ser fortalecidas.

O objetivo do projeto Fortalecimento da rede de atenção à saúde do trabalhador é promover a integração entre universidade, sistema de saúde e comunidade com foco na reorientação profissional e fortalecimento da rede de atenção à saúde do trabalhador de modo a oferecer à sociedade profissionais integrados ao sistema de saúde vigente.

A partir do ano de 2012, ações foram sendo desenvolvidas em prol da saúde do trabalhador baseados em três cenários: teórico, prático e pedagógico. As ações do Pró saúde são complementadas pelo PET saúde e tem uma equipe formada por:

- a) 01 coordenação geral;
- b) 01 tutora;
- c) 06 preceptores, sendo 02 para cada município;
- d) 12 acadêmicos de graduação. Os cursos envolvidos no projeto são: Enfermagem, Educação física, Ciências biológicas, Fisioterapia e Psicologia.

Os principais resultados esperados com a implantação deste projeto nos três municípios são:

- ✓ Reformular e adequar os Planos políticos pedagógicos priorizando a atuação do acadêmico na comunidade em todas as fases do ensino, possibilitando a formação do profissional com capacidade de atuar multi e interdisciplinarmente, com visão crítica e reflexiva do sistema de saúde;
- ✓ Mapear as necessidades dos municípios da 25ª SDR (Mafra, Itaiópolis e Papanduva) quanto à saúde do trabalhador;
- ✓ Ampliar o conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde ao Trabalhador e contribuir para o fortalecimento e qualificação da rede de atenção à saúde do trabalhador nos municípios de Mafra, Itaiópolis e Papanduva em prol da promoção da saúde;
- ✓ Construir a gestão compactuada entre Secretarias municipais, SUS, vigilância sanitária, epidemiológica e UnC na atenção à saúde do trabalhador nos cenários teórico, prático e pedagógico;
- ✓ Propiciar pela educação permanente dos profissionais e gestores o controle das ações à saúde do trabalhador, de forma que haja uma política pública efetiva e funcional para atender as necessidades desta população. Essa educação permanente será decorrente da ação em conjunto dos cursos de saúde que colocarão em seus planos de ensino, atividades voltadas à educação permanente em saúde do trabalhador, fortalecendo as relações entre UnC e sistema de saúde.

5.3 UNA-SUS

UNA-SUS:

O Sistema Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS foi criado pelo Ministério da Saúde em 2010 para atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde que atuam no SUS.

O Sistema é composto por três elementos: a Rede colaborativa de instituições de ensino superior que atualmente conta com [16 instituições de ensino superior](#), o [Acervo de Recursos Educacionais em Saúde - ARES](#) e a [Plataforma Arouca](#).

Um dos objetivos da UNA-SUS é a educação permanente, visando à resolução de problemas do cotidiano dos profissionais de saúde que atuam no SUS. Portanto, os cursos oferecidos pela Rede têm enfoque prático e dinâmico, utilizando casos clínicos comuns.

Todos os cursos são inteiramente gratuitos e a modalidade de educação a distância foi escolhida para facilitar o acesso dos profissionais de saúde aos cursos, que possuem diversos níveis de capacitação acadêmica e podem ser acessados facilmente.

5.4 Programa Saúde na Escola

Em 2014 aderiram ao Programa Saúde na Escola 10 municípios da região: Bela Vista do Toldo, Campo Alegre, Canoinhas, Irineópolis, Itaiópolis, Major Vieira, Monte Castelo, Porto União, Papanduva, Três Barras.

5.5 TELESSAÚDE

O TELESSAÚDE SC oferece apoio aos profissionais da atenção primária de Santa Catarina por meio da educação permanente à distância, orientado pelos princípios do SUS, a fim de destacar a importância das equipes no fortalecimento da Atenção Primária à saúde."

O Núcleo de Telessaúde SC integra o Programa Telessaúde Brasil Redes do Ministério da Saúde e visa oferecer apoio aos profissionais através da educação permanente à distância com as universidades.

Serviços oferecido pelo telessaúde:

1. Segunda opinião formativa: é um serviço de educação permanente à distância que oferece apoio às decisões clínicas do cotidiano tomadas pelos profissionais. As opiniões

emitidas são baseadas em evidências e realizadas por consultores com expertise em APS.

2. *Palestras virtuais:* As web conferências abordam temas baseados nas necessidades apontadas pelos profissionais através da segunda opinião formativa, principalmente, e abordam os determinantes do processo de saúde e doença.

3. *Cursos à Distância:* Por meio desse serviço é oferecido cursos à distância para pequenos grupos que abordam temas interessantes para as equipes.

4. *Teleconsultoria:* Há uma consultora apoiando as equipes no problemas diagnosticados;

Cadastramento pode ser realizado pelos profissionais da APS, residentes, alunos e gestores. O cadastro é efetivado pela equipe do Telessaude-SC que encaminhará os dados de acesso, tais como como usuário e senha, apenas necessário ter computador com acesso à internet.

6 RELAÇÃO ENTRE O DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES E O PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA REGIÃO PLANALTO NORTE

(Nesse item é que iremos inserir as tabelas!!! Ainda estou revisando as tabelas, ok😊. Quando vocês me devolverem, vamos trabalhar nas tabelas, certo!)

7 PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO PAREPS

O Plano Regional de Educação Permanente em Saúde – PAREPS é um importante instrumento de orientação da política do setor, sendo sua operacionalidade assegurada através da pactuação com gestores, técnicos da área, gestores regionais e setores da sociedade. Trata-se de um documento em permanente construção, onde a dinâmica da situação de saúde dentro da educação permanente impõe constante revisão das ações e metas.

A garantia do cumprimento das propostas, bem como as necessárias atualizações dentro do contexto, se dará através do monitoramento e avaliação do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde sob perspectivas: a do corpo técnico e representatividade dos gestores de saúde. Do ponto de vista técnico, ficará sob responsabilidade a Câmara Técnica da Comissão Integrada Ensino-Serviço. Na perspectiva da representatividade dos Gestores de Saúde, cabe a Comissão Intergestores Regional de Saúde estabelecer mecanismos de acompanhamento do cumprimento das diretrizes e metas estabelecidas para o período de vigência deste documento.

É fundamental uma pactuação entre gestores, acerca das metas estabelecidas a fim de consolidar um processo convergente de esforços garantindo maior efetividade e eficiência das ações.

O processo de monitoramento e avaliação deve pautar-se por indicadores especialmente selecionados, segundo a Câmara Técnica do PAREPS e a Comissão Intergestores Regional. Para tanto, a gerência de informações dos municípios de avaliação e monitoramento do PAREPS, que serão constantemente alimentados e orientarão o acompanhamento do processo.

A operacionalização deste Plano está condicionada à disponibilidade de recursos técnicos e financeiros, devendo os mesmos serem aplicados para capacitar todas as pessoas que fazem parte deste setor como também efetivar o planejamento e gestão das Secretarias Municipais de Saúde, Gerências de

Saúde e Prestadores de Serviço do SUS, as quais fazem parte da Comissão Intergestores Regional Norte.

Após cada capacitação a equipe da CIES irá estruturar uma avaliação através de questionário , onde cada articulador municipal irá aplicar a avaliação . Quanto as oficinas realizadas serão agendadas novas oficinas para aplicação de questionário.

Instrumentalizar os articuladores para aplicação de questionário com análise qualitativa e quantitativa

Criar indicadores para cada capacitação e aplicar matriz

Formular critérios para criação de indicadores que resultem na avaliação do impacto de cada curso

Socialização na CIES E CIR

8 DEFINIÇÃO ORÇAMENTÁRIA

PESSOAL!

Nesse item é necessário prever o montante a ser investido em EPS nos 4 anos de vigência do PAREPS, bem como de quais rubricas cada \$ irá sair, por exemplo, o que será investido pela CIES e o que será investido pelos municípios por meio do co-financiamento – destinado a ações de EPS da região... lembram que conversamos sobre isso???

53.000,00

126.000,00

Formatado: Português (Brasil)

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.203, de 6 de novembro de 1996. Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde e aprova a NOB 01/96. Brasília, Diário Oficial da União, 6 nov, 1996.

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.

SANTOS, Lenir e Andrade, Luiz Odorico Monteiro de. SUS: O espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos. Campinas: Conasems-Idisa, 2007.

Uribe Rivera, Francisco Javier. Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico/ (org.); Francisco Javier Uribe Rivera, Mario Testa, Carlos matus – 2. Ed. – São Paulo: Cortez, 1992.

Paulo Freire, *Educação como prática da liberdade*, 1966.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1997. p.31.

[3] Paulo Freire, *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1997, p.99.

[4] Aldeias Infantis SOS Brasil, *Metodologia do Enfoque Integral*, São Paulo – SP, 2009. p. 24.

[5] Cf. www.cpcd.org.br

[6] <http://aprendiz.uol.com.br/homepage.mm>

Pessoal! É necessário apresentar todas as referências utilizadas ao longo do texto, ok😊