PLANO REGIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – PAREPS – 2010/2011

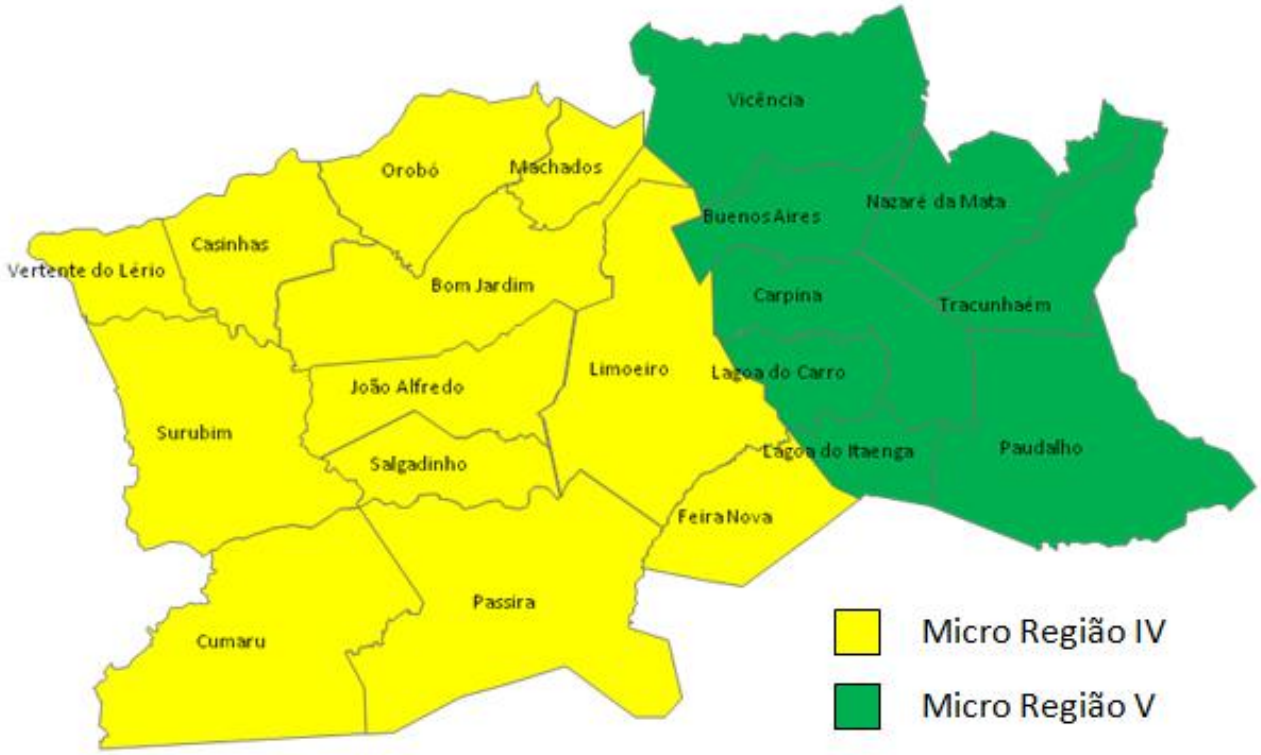
II GERES



LIMOEIRO – PE

2014

II REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO



Governo do Estado de Pernambuco

João Lyra Neto

Secretária de Saúde do Estado de Pernambuco

Ana Maria Albuquerque

Gerente Regional da II GERES

Mário Fabiano do Anjos Moreira

Secretária Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

?

Diretora Geral de Educação em Saúde

Maria Emilia Monteiro Higino da Silva

Gerente da Escola de Saúde Pública de Pernambuco

Célia Maria Borges da Silva Santana

Coordenadora de Educação Permanente da ESPPE

Lorena Albuquerque

Facilitadora da Área em Educação Permanente em Saúde II GERES

Benedita Maria da Fonsêca

Apoio Institucional II GERES

Maria José dos Santos Filha

1- INTRODUÇÃO

A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, seja no âmbito nacional, estadual, regional ou mesmo municipal, deve considerar o conceito de Educação Permanente em Saúde e articular as necessidades dos serviços de Saúde bem como as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde.

A partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho em cada serviço de saúde, que são identificados às necessidades de capacitação, garantindo a aplicabilidade e relevância dos conteúdos, métodos e tecnologias estabelecidas. Assim, a educação Permanente, que trata-se da aprendizagem no trabalho e onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa, ocorre de maneira natural, a partir de um diálogo pré-estabelecido.

Em dezembro de 2009, a Escola de Saúde Pública de Pernambuco iniciou o processo de implantação da CIES (Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço) na II Gerência Regional de Saúde – Limoeiro/PE e após esta, em março de 2010, realizou-se o I Seminário Regional para Estruturação da Política de Educação Permanente em Saúde, pensando a integralidade como eixo norteador, trabalhando o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitido desvelar a realidade e o propor ações de transformadoras.

Após a composição e homologação da CIES, iniciou-se a construção do PAREPS (Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde), objetivando a concretização das metas, sendo algo que opere processos significativos a partir da realidade como ela se apresenta no cenário local e que seja capaz de organizar as práticas para que esta produção fosse possível.

Para construção deste instrumento, utilizou-se de um processo, onde foi estabelecido uma discussão e relatos de experiência vivenciada por um conjunto de atores que compõe a II Regional de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, Controle Social e o Apoio Institucional.

Os objetivos e metas do PAREPS são desafiadores, porém, ao mesmo tempo, possíveis de serem realizados. Tudo isso, motivados pelo compromisso e pelo desejo de termos profissionais munidos de maior conhecimento.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DA II GERES

A Regional de Limoeiro é composta por 20 municípios (sendo eles da Mata Norte e do Agreste Setentrional pernambucano), possui uma população estimada pelo DATASUS (2012) de 573.337 habitantes e com uma extensão territorial de 3.226,25 km², compondo uma densidade demográfica de 177,71 Hab/Km² e apresentando por sua vez, uma renda per capita de 115.666,95.

TABELA 1 – Distribuição da população da II Regional com densidade demográfica e IDH de acordo com a estimativa do DATASUS (2012).

Município	População	Densid. Demográfica (Hab/Km²)	IDH
Bom Jardim	38.816	173,73	0,602
Buenos Aires	12.934	135,41	0,593
Carpina	79.308	528,03	0,680
Casinhas	14.159	119,36	0,567
Cumaru	14.815	59,78	0,572
Feira Nova	21.444	193,36	0,600
João Alfredo	32.355	226,41	0,576
Lagoa do Carro	17.034	235,53	0,609
Lagoa de Itaenga	21.210	361,95	0,602
Limoeiro	56.407	202,18	0,663
Machados	14.770	235,01	0,578
Nazaré da Mata	31.834	206,50	0,662
Orobó	23.552	165,84	0,610
Passira	29.082	87,38	0,592
Paudalho	54.051	188,45	0,639
Salgadinho	10.076	108,55	0,534
Surubim	61.875	236,31	0,635
Tracunhaém	13.497	111,12	0,605
Vertente do Lério	7.859	105,57	0,563
Vicência	31.866	136,05	0,605
Total	586.944	3.816,52	12.087

Fonte: Estimativa do DATASUS, 2013.

Os municípios de Salgadinho, Vertente do Lério e Casinhas possuem os menores valores de IDH. Para estes, percebe-se a necessidade de implementar estratégias que aproximem os serviços e os pontos de atenção à população.

TABELA 2 – Distribuição da população por quantidade na II Regional de Saúde

Porte do Município (Hab.)	Quantidade
Até 20.000	8
De 20.000 a 50.000	8
De 50.000 a 100.000	4
Acima de 100.000	0
Total	20

A tabela 2 trata-se do porte do município por quantidade de habitantes, onde podemos observar que 40% dos municípios apresentam uma população de até 20.000 hab., o que implica em uma escala insuficiente para a organização de uma rede de atenção a saúde eficiente e de qualidade. Por isso, as redes terão que se organizar com autossuficiência em média complexidade nas microrregiões e com certa suficiência em alta complexidade.

Os municípios que compõe essa Regional têm como principal fator econômico a produção de cana-de-açúcar, um setor agroindustrial representado pelas usinas e destilaria e um setor comercial que mantém certa dependência com a oscilação da safra canavieira. Devido as constantes crises do setor sucroalcooeiro houve uma diversificação do perfil produtivo da região, foram incluídas outras atividades agrárias, como: avicultura, produção de bananas, inhame, plantas frutíferas, além da pesca, comércio varejista e indústria.

Os municípios desta região, também possuem potencial turístico decorrente da grande quantidade de atrativos naturais e históricos compostos por antigos engenhos, capelas e igrejas, e pela diversidade de manifestações folclóricas, culturais e artesanato.

Cumpre salientar, mesmo diante do grande potencial econômico que desfruta esta região, a Mata Norte possui grande carência nas condições de vida de sua população, com

destaque na área de saneamento básico, saúde e nas questões relativas à empregabilidade, resultante da sazonalidade da sua principal atividade econômica.

1.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Para conhecermos as características do perfil epidemiológico de uma região, é necessário que tenhamos dados que nos sirvam como instrumento para análise e permitam a elaboração de estratégias que possibilitem o combate aos diversos agravos e a prevenção dos mesmos.

Na II Regional de Saúde, assim como nas demais, enfrentamos o problema da subnotificação como entrave para que tenhamos um perfil epidemiológico real de cada município. Todavia, a busca incessante continua para melhorar o quadro de notificações dos casos suspeitos e/ou confirmados.

Relativamente ao perfil de mortalidade da II GERES, observa-se que a maior causa de óbitos tem sido as doenças do aparelho circulatório, seguido das causas externas e as neoplasias, assim observamos a necessidade de fortalecer a Rede de urgência em nossa regional, além de ser um sinal da necessidade do melhoramento de estratégias intersetoriais que promovam saúde e uma cultura de paz. Também atentos ao elevado número de acidentes automobilísticos, devido ao aumento da frota de veículos automotores, faz-se interessante implementar oficinas que abordem a temática, bem como a intensificação no tocante que se refere às atividades do pacto pela vida.

O número de óbitos de mulheres em idade fértil foi de ?, bem como o número de óbitos em menores de um ano teve o registro de ? no ano de 2013, isso nos remete a necessidade de ampliação das práticas educativas nas unidades básicas, trabalhando-se a didática de promoção e prevenção em saúde. De contrapartida, sabe-se que existe na II Regional de Saúde, programas que buscam o fortalecimento das ações que envolvem as gestantes, ao qual destacamos o Programa Mãe Coruja, do Ministério de Saúde.

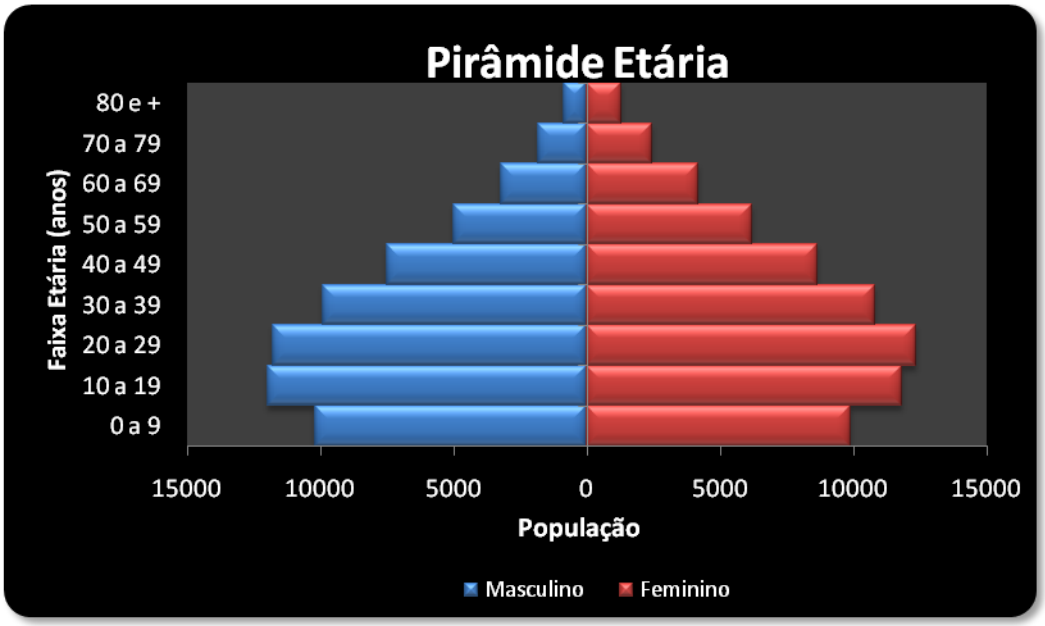
Quanto às doenças de notificação compulsória, algumas demonstram tendências descendentes, outras por sua vez persistem e ainda apresentamos casos de doenças emergentes e reemergentes. A sazonalidade também contribui para a notificação de agravos em determinado período do ano. Das doenças que persistem podemos citar tuberculose e hanseníase, as quais, como citado anteriormente, deve-se intensificar a prática de educação e prevenção em saúde, no intuito de diminuir ou mesmo erradicar tais agravos.

Quanto aos emergentes e reemergentes, identificamos a AIDS (notificação descentralizada) que exige um fortalecimento das ações de prevenção, e a dengue que exige da população a conscientização das práticas que favorecem/facilitam seu surgimento.

TABELA 3 - Número absoluto dos agravos com maiores notificações na II GERES. Ano 2013.

AGRAVO	Nº DE CASOS
Atendimento anti-rábico	1.342
Dengue	1.109
Acidente por animais peçonhentos	470
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências	389
Hepatites virais	101
Sífilis não especifica	68
Síndrome do corrimento uretral em homem	32
Sífilis em gestantes	26

Pirâmide Etária da II Regional de Saúde, 2012



2 – ATENÇÃO EM SAÚDE

A II GERES tem como microrregião de saúde a cidade de Limoeiro e os municípios que constituem a II Gerência Regional de Saúde. Limoeiro, Surubim, Carpina, Nazaré e Paudalho são sede de módulo na lógica da NOAS/MS. Limoeiro possui um fluxo relativamente satisfatório com os demais municípios que pactuaram a sua PPI para a referida microrregião. O município sede da microrregião é referência para toda a média complexidade e para cirurgias. Os municípios sede de módulo assistencial são referencia para média complexidade para a sua população, conforme PDR de 2006. Apontamos como desafio as ações da central de regulação regional e municipal, conforme proposta debatida na Oficina de Regionalização, os municípios encaminham os serviços de média e alta complexidade para a microrregião de Carpina e macrorregião de Recife, conforme PDR.

A Rede de assistência à saúde precisa oferecer serviços às pessoas que fazem parte da região e que estão inseridas nos programas da Rede, seguindo os princípios do SUS. Para tanto, precisamos de profissionais qualificados, equipamentos adequados, espaços físicos e principalmente a humanização dos profissionais que prestam serviços à população, levando em conta a situação econômico-social de cada região. Para isso torna-se eficaz, implantar o controle, a avaliação e o complexo regulador, partindo das propostas do PDR, PPI e PDI.

2.1 – REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

2.1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA

A II GERES em conjunto com a SES está buscando, através dos programas de saúde:

- Ampliar a cobertura de ESF, qualificar o acesso ao serviço de saúde de outros níveis de atenção, para assim, melhorar a qualidade de vida das pessoas. Por outro lado, isso trará à tona a necessidade de contratação de profissionais, o que significará mais empregos diretos para a população, ocasionando em um impacto positivo para a região. Todavia, a contratação de novos profissionais gera um desafio para os gestores.
- Articular as políticas integradas de saúde da população.
- Construir com os gestores municipais o COAP (DECRETO Nº 7.508, DE JULHO DE 2011).

A estratégia de Saúde da Família nesta região atende em média uma população de ? com cobertura de ?% (Quadro 01).

Quadro 01 – Situação atual do PACS, ESF e Saúde Bucal na II GERES, 2013.

Municípios	Nº de ACS	Nº de ESF	Nº de ESB	% de cobertura de ESF
Bom Jardim	89	11	5	100%
Buenos Aires	26	6	3	100%
Carpina	166	14	7	59,24%
Casinhas	34	6	6	100%
Cumaru	50	5	1	99,54%
Feira Nova	40	6	2	99,99%
João Alfredo	69	9	6	100%
Lagoa do Carro	33	3	4	63,85%
Lagoa de Itaenga	54	9	9	100%
Limoeiro	126	19	18	100%
Machados	30	4	3	99,59%
Nazaré da Mata	68	9	2	78,12%
Orobó	55	10	9	100%
Passira	73	9	3	100%
Paudalho	115	18	17	100%
Salgadinho	16	1	2	36,50%
Surubim	119	15	16	87,50%
Tracunhaém	29	5	5	100%
Vertente do Lério	22	4	4	100%
Vicência	58	9	6	100%
TOTAL	**1272**	**172**	**128**	**91,22%**

2.1.2 MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

A média complexidade ambulatorial e a assistência hospitalar compreendem um conjunto de procedimentos ambulatórias distribuídos por níveis de complexidade – I, II e III, segundo a Norma Operacional da Assistência à Saúde 2000/2001/MS. A Assistência

hospitalar deve estar articulada com a atenção básica e ofertada preferencialmente nos módulos assistenciais, micro e macrorregiões de saúde, para atender aos principais problemas ambulatórias e hospitalares da população. Inclui procedimentos especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Há necessidade de consolidar a organização, a integralização e a regulação da rede para assegurar uma assistência ambulatorial e hospitalar de qualidade.

2.1.3 REDE DE SERVIÇOS DA II REGIONAL DE SAÚDE

Atualmente os serviços de saúde público ou conveniada ao SUS nesta Regional dispõe de:

- Unidades Mista de Saúde;
- Hospital Regional;
- Hospital Estadual;
- Hospitais Municipais;
- Unidades Conveniadas;
- Policlínica;
- Terapia renal substitutiva;
- Centros de Saúde;
- Centros de Especialidades Odontológicas (emergência odontológica);
- ESF;
- UTI;
- SAMU;
- CAPS;
- Exames de alta complexidade;
- Apoio Diagnóstico;
- UPAE Limoeiro;
- UPAE Carpina;
- Apoio à Gestão Humanizada.

  Sendo que muitos desses avanços foram conquistados durante a gestão de 2011 a 2014.

2.1.4 LEITOS EXISTENTES NA II REGIONAL DE SAÚDE

A Regional dispõe-se atualmente de 900 leitos distribuídos nas seguintes especialidades: Clínica Médica, Clínica Pediátrica, Clínica Cirúrgica, Clínica Obstétrica.

TABELA 3 – Distribuição dos leitos das clínicas básicas nos municípios da II Regional de Saúde/Limoeiro-PE.

Município	Clínica SUS	Obstétrico SUS	Pediatria SUS	Cirúrgico SUS	Leitos Total/geral
Bom Jardim	19	8	6	-	33
Buenos Aires	8	6	-	3	17
Carpina	61	17	14	23	115
Casinhas	9	9	10	-	28
Cumaru	10	11	5	5	31
Feira Nova	5	5	4	3	17
João Alfredo	11	7	5	-	23
Lagoa do Carro	6	3	2	2	13
Lagoa de Itaenga	9	6	2	2	19
Limoeiro	56	22	44	25	147
Machados	3	2	1	3	9
Nazaré da Mata	10	27	10	-	47
Orobó	7	4	5	4	20
Passira	10	7	3	5	25
Paudalho	42	18	28	24	112
Salgadinho	4	-	1	-	5
Surubim	79	25	18	29	151
Tracunhaém	4	4	3	-	11
Vertente do Lério	-	-	-	-	-
Vicência	38	10	17	12	77
					900

Fonte: DATASUS/TABNET, 2013

2.1.5 PRINCIPAIS MORBIDADES HOSPITALARES NA II REGIONAL DE SAÚDE

O conjunto de doenças que mais internaram no período de 2012 foi as infecciosas e parasitárias, excluindo gravidez e puerpério. Por outro lado, as internações que mais oneram o sistema são aquelas relacionadas com o aparelho circulatório e respiratório. A Política Nacional de promoção da saúde apresenta diretrizes a serem trabalhadas pelos municípios para minimizar as sequelas dos agravos acima citados, bem como, determinar um modelo de cuidado preventivo, capaz de sensibilizar profissionais e população.

O fato das doenças infecciosas serem as responsáveis pelo maior volume físico de internações, propicia aos sistemas locais de saúde da região, uma carga dupla de enfrentamento das morbidades, refletindo entre outras coisas, em uma fragilidade da atenção básica

2.2. GESTÃO DE PESSOAS

Existem na II Regional de Saúde, 1.011 servidores lotados nas diversas Unidades Hospitalares. São eles:

72 médicos;

123 profissionais de nível superior;

282 profissionais de nível médio;

58 profissionais de nível elementar;

104 profissionais terceirizados;

215 profissionais municipalizados (laboratório+hemope);

27 profissionais do MS cedidos.

Na Sede da II Regional encontramos um total de 130 servidores, são eles:

44 profissionais SES;

08 profissionais CTD;

32 profissionais terceirizados;

06 profissionais de cargo comissionado;

40 profissionais cedidos, todos cadastrados no CNES.

Além dos trabalhadores em saúde que compõem a Rede Municipal, Complementar e Privada não conveniada ao SUS que atuam no acompanhamento dos programas do Ministério da Saúde dos 20 municípios.

3. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco, no intuito de estruturar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, cria o Apoio Institucional de Educação Permanente em saúde, no qual se apoia em uma ferramenta metodológica que sugere uma maneira de operar a relação horizontal mediante a construção de várias linhas de transversalidade.

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa e propõe que a transformação das práticas profissionais deva basear-se na reflexão crítica sobre as práticas concretas de profissionais em ação na rede de serviços. Propõe-se, portanto, que o processo de capacitação do pessoal da saúde seja estruturado a partir da problematização do processo de trabalho e que tenha como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

Neste sentido esta ferramenta se organiza também através da construção de momentos relacionais onde se estabelece a troca de saberes entre profissionais de diferentes áreas reformulando o modelo de gestão.

A Política Nacional de Educação Permanente é norteadora para a construção do PAREPS. A formação dos profissionais deve considerar, prioritariamente, os problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho.

Os Princípios da Educação Permanente para o SUS são: Integração Educação; Trabalho em saúde; Mudanças nas práticas de formação e Mudanças nas práticas de saúde, no entanto a Portaria 1.996/2007 predispõe de outras diretrizes que norteiam a implementação desta política.

Como estratégia inicial, foi apresentada a Política no Colegiado de Gestão Regional, depois realizado o Seminário Regional, envolvendo os secretários municipais de saúde, recursos humanos/administrativo, representantes das secretarias municipais de educação e instituições de ensino com cursos na área de

saúde com sede na regional. O objetivo foi apresentar a política, discutir o papel do CGR e CIES, e fazer um levantamento das necessidades de Educação Permanente com vistas à construção do Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde (PAREPS). No mês de novembro de 2010 foi realizada a Oficina Regional, dando inicio â construção do PAREPS, com o intuito de concretizar metas, sendo algo que opere processos significativos a partir da realidade como ela se apresenta no cenário local e capaz de organizar as práticas para que esta produção seja possível.

Um detalhe importante é que os gestores contam com o financiamento federal regular e automático para a Educação na Saúde, por meio do Bloco de Financiamento da Gestão com repasse Fundo a Fundo, lembrando que o repasse para as Regionais são destinados a todos os municípios que compõem a regional e este deve custear o que for elaborado pelo PAREPS.

4. CARACTERIZAÇÃO DAS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO

O levantamento das necessidades de formação dos profissionais em exercício atualmente, nos permite vislumbrar o indivíduo, usuário do SUS, de forma mais humana e holística, garantindo assim, que os cuidados advindos da equipe multiprofissional se dê de forma mais completa. Visando superar o enfoque tradicional da educação profissional, baseado apenas na preparação do trabalhador para execução de um determinado conjunto de tarefas, e buscando conferir ao trabalhador da saúde o merecido lugar de destaque na qualidade da formação e desenvolvimento continuado, tornou-se necessário construir saberes e práticas que possam fortalecer e qualificar o SUS. Para tanto, caracterizam-se como possibilidade o envolvimento gestores, trabalhadores de saúde, usuários e profissionais em formação no espaço do serviço como espaço pedagógico, um cenário de aprendizagem, gerador de sentimentos, atos, fatos e valores. A prática, quando refletida criticamente e completada por uma intencional busca de trocas significativas de informações e experiência, é extraordinariamente formadora.

CARACTERIZAÇÃO DAS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO

EIXOS	CARACTERIZAÇÃO DA NECESSIDADE DE FORMAÇÃO	IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS	ATORES ENVOLVIDOS
QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	Curso/Treinamento em sala de vacina	Falta de atualização para os profissionais que atuam neste seguimento.	a) Enfermeira de ESF (40 profissionais).
QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	Pré-natal de baixo Risco	Capacitar para melhor atender os problemas oriundos da gestação e a assistência prestada no pré-natal.	a) Enfermeiro de ESF; b) Médico de ESF; c) Mãe coruja (46 profissionais).
QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	Atualização em Puericultura	Falta de atualização dos profissionais e dificuldade na realização do procedimento.	a) Enfermeira de ESF; b) Mãe coruja (46 profissionais).
QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	Pré-natal e puericultura: acompanhamento dos ACS	Capacitar trabalhadores da atenção básica.	a) ACS (600 profissionais).
QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	Hiperdia	Capacitar trabalhadores da atenção básica.	a) Enfermeiro de ESF; b) Médico de ESF; c) Coordenador de ESF (210 profissionais)
QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	Coleta cérvico uterina	Falta de atualização dos profissionais para uma abordagem e realização de um exame mais efetivo.	a) Enfermeiro (190 profissionais).

QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	Seminário: intersetorialidade na diminuição da morte materna infantil	Capacitar os profissionais para promoção, prevenção e identificação de casos que necessitem de intervenção com o intuito de evitar o óbito materno-infatil.	a) CRAS; b) CREAS; c) Educação; d) Assis. Social; e) Mãe Coruja; f) Epidemiologia; g) At. Primária; h) Regulação (150 profissionais).
LINHAS DE CUIDADO	Seminário sobre amamentação	Auxiliar os profissionais a melhorar as taxas de amamentação materna nos primeiros meses de vida.	a) CRAS; b) CREAS; c) Educação; d) Assis. Social; e) Mãe Coruja; f) Epidemiologia; g) At. Primária; h) Regulação (150 profissionais).
QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	Seminário saúde do homem	Dificuldade na captação desses usuários para realização dos cuidados em saúde.	a) Profissionais da ESF (100 profissionais).
QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	Câncer de mama: outubro rosa	Dificuldade na identificação e da abordagem do câncer na usuária.	a) Profissionais da ESF (100 profissionais).
LINHAS DE CUIDADO	Alimentação saudável	Percepção de hábitos alimentares pouco saudáveis entre estes profissionais	a) Profissionais da GERES (160 profissionais).
LINHAS DE	Novembro azul	Pouco esclarecimento	a) Profissionais da

CUIDADO		sobre sinais e sintomas do diabetes.	ESF (100 profissionais).
LINHAS DE CUIDADO	Dia mundial de combate da AIDS	Dificuldade na abordagem do usuário para realização do exame e tratamento.	a) Profissionais da ESF (100 profissionais).
QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	Curso para profissionais da sala vermelha e da estabilização	Falta de capacitação para os profissionais que atuam nas emergências hospitalares.	a) Profissionais que atuam nas emergências dos hospitais (48 profissionais)