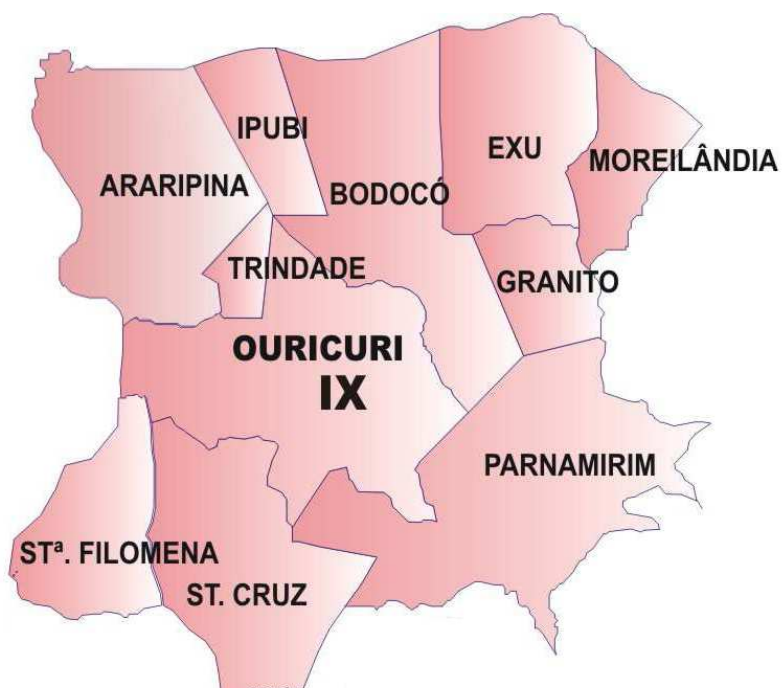


PLANO REGIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DE SAÚDE – IX GERES



Ouricuri

Maio 2010

Governo do Estado de Pernambuco

Eduardo Henrique Accioly Campos

Secretário de Saúde do Estado de Pernambuco

Frederico Amâncio

Diretoria Geral de Educação em Saúde

Maria Emília Higino

Coordenação do Apoio Institucional em Educação Permanente em Saúde

Liu Leal

Apoio Institucional em Educação Permanente em Saúde da IX GERES

Mariana Olívia

Gerente Regional da IX GERES

Valéria Coriolano

Equipe de elaboração:

Danyella Kessea Travassos de Paiva, Ednaldo Coriolano, Viviane Nicéias, Natércia Sousa,

Mariana Olívia e demais componentes da CIES

Componentes da Comissão Integração Ensino Serviço IX GERES:

Ednaldo Coriolano – SMS Ouricuri

Viviane Nicéias – SMS Araripina

Natércia Sousa – IX GERES

Terezinha Barreto – SMS Ipubi

Danielle Amaro – SMS Santa Filomena

Marleide Castro Ribeiro – SMS Santa Filomena

Danyella Kessea Travassos de Paiva – SMS Bodocó

Edinete Gomes da Silva (ACS) – Ouricuri

Cristina Modesto (CRAS) – Araripina

Maria Deusa Batista – Secretária Municipal de Educação – Araripina

Francisco Justino – SMS Granito

Cledjane Tavares Rodrigues – SMS Santa Cruz

Érica Galvão – SMS Moreilândia

Maria Consuelo – SMS Moreilândia

Fernando Parente – SMS Exu

Solange Araújo – SMS Exu

Maria Lucenir N. de Andrade – CEREST Ouricuri

Renata Gomes – NIS/CISAPE

Álvaro Salvador Júnior – NIS/CISAPE

Maria de Fátima Souza Alencar – Hospital Santa Maira – Araripina

Wilza Alves Alencar – GRE Sertão do Araripe – Araripina

Introdução

A formação profissional cotidiana vem sendo discutida ao longo dos anos e a perspectiva da Educação Permanente em Saúde dentro da realidade do trabalho toma força com o conceito de que esta política está embasada na construção de relações e processos das equipes de saúde, da gestão, através de práticas organizacionais e intersetoriais do desenvolvimento institucional, e os usuários e sua rede de relações, conforme premissa do Plano de Educação Permanente em Saúde para o Estado de Pernambuco.

Em 2010, a Escola de Saúde Pública, em consonância com a Diretoria Geral de Educação em Saúde que compõem um dos eixos de Secretaria Executiva de Gestão do trabalho e Educação em Saúde, agilizou o processo de implantação da CIES (Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço) na IX Gerência Regional de Saúde- Ouricuri-PE e através desta, de forma criativa, crítica, reflexiva realizou a Oficina para Elaboração do PAREPS (Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde) ocorrida em 27 e 28 de abril de 2010, em Araripina-PE.

Nesta oficina, que contou com grande diversidade de atores sociais (gestores, trabalhadores, técnicos, movimento social, instituições de ensino, entre outros), discutiu-se e levantaram-se problemas/dificuldades no processo de trabalho e possibilitou uma construção conjunta para ações educativas transformadoras desta realidade regional para o período de 2010-2011.

Para a elaboração do documento em tela foi levado em consideração além dos problemas de saúde regional, as estratégias de Educação Permanente e as políticas desenvolvidas no Estado de Pernambuco e as diretrizes do Pacto pela vida.

Os objetivos e metas deste Plano são desafiadores, mas exequíveis na medida em que todos os envolvidos acreditam na Gestão Educação em Saúde, como um grupo articulado intersetorialmente,

trabalhando com processos significativos a partir da realidade regional, com práticas viáveis e eficazes na sua execução.

Caracterização

A IX regional de saúde, composta por 11 municípios, sendo: Araripina, Bodocó, Exú, Granito, Ouricuri, Parnamirim, Moreilândia, Ipubi, Santa Cruz, Santa Filomena e Trindade, localizados no sertão do Araripe, distam cerca de 690km da capital – Recife, possuem em média de 380.000 mil habitantes, o que representa 3,7 % da população de Pernambuco. Os municípios mais populosos são Araripina com 78.520 habitantes e Ouricuri com 59.436 e os menos populosos são Moreilândia com 10.551 e Santa Cruz com 11.915 habitantes.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH/2003) da Região é 0,692 inferior ao de Pernambuco (0,705). Destacam-se os municípios de Parnamirim e Araripina com os maiores índices 0,665 e 0,650 respectivamente.

Dentre as atividades econômicas da região destacam-se o polo gesseiro, a bacia leiteira, a caprinovinocultura e agropecuária. É uma região que também registra grandes carências nas condições de vida de sua população, notadamente nas áreas de renda, esgotamento sanitário, abastecimento d'água, mortalidade infantil e educação básica, tendo como maior desafio alcançar um desenvolvimento mais equilibrado e distributivo, oferecendo melhores condições de renda e de vida a sua população.

Região carente de Instituição de Ensino Superior, efetivamente, funciona alguns cursos de graduação à distância pela Universidade de Pernambuco - UPE (licenciaturas) com sede em Trindade e Ouricuri, e uma pequena oferta de cursos de especialização oferecidos por instituições privadas. Para ter acesso aos cursos da área de saúde os moradores da região se deslocam para Petrolina (Universidade Federal

do Vale do São Francisco - UNIVASF), Juazeiro (Universidade Federal do Ceará - UFC) e Crato (Universidade Regional do Cariri - URCA), municípios fronteiriços com a IX GERES. Como a UNIVASF é a referência Macrorregional desta Região, é uma instituição de potencial colaboração para a construção dos projetos.

Áreas de Intervenções Específicas

Dentre alguns problemas de relevância na IX Regional de Saúde do Estado de Pernambuco, pode-se destacar a desnutrição em crianças menores de 05 anos como um problema de grande magnitude em saúde pública como também o incremento do sobrepeso/obesidade nesta mesma faixa etária.

Diante da priorização de Pernambuco no Pacto pela Vida para o desenvolvimento de ações contínuas no combate a desnutrição, a IX Regional de Saúde do Estado prioriza o combate a este mal, mesmo constatando redução nas prevalências de anemia em todo o Estado.

Outro aspecto que precisa ser olhado com mais cuidado é a Saúde Mental em nossa Região, em função da presença de usuários com transtornos severos e persistentes e a falta de assistência adequada e/ou abrangente nos municípios desta regional. Associados a estes transtornos encontram-se o álcool e outras drogas que vem atingindo um percentual considerável da população acima de 12 anos (12%).

A I Conferência Regional de Saúde Mental com a preocupação de discutir demandas e estratégias para implantação da política de Saúde mental na Região, reuniu usuários, gestores, trabalhadores de saúde, em abril de 2010, embasou ações para Educação Permanente dos profissionais de saúde, para implantação e implementação da referida política nos diversos municípios.

A epidemiologia na área de saúde bucal ainda não é totalmente conhecida. Sabe-se no entanto, que através de alguns estudos pontuais, os indicadores de saúde e doenças relacionadas a saúde bucal em todo o Estado são precárias e não são diferentes dos encontrados na Regional em tela. Perda de dentes, dores e cáries são problemas constantes e graves em todos os municípios que integram a IX Gerência Regional de Saúde em Pernambuco. As metas estabelecidas pela OMS para serem atingidas em 2000, não foram alcançadas no Estado. Particularmente no Nordeste, mais de 28% dos adultos não possuem nenhum dente funcional. Desses adultos, mais de 15% necessitam de, pelo menos, uma prótese total. Como a água de consumo na região não é fluoretada 49% é a incidência de cárie nos municípios.

A educação em Saúde não é competência exclusiva de uma só categoria profissional, mas é sentida como uma necessidade premente na IX Regional de Saúde do Estado de Pernambuco. Também implica atualmente em processos de aprendizagem crítico, reflexivo, contextualizado, com uso de pedagogias que possibilitem uma construção e reconstrução do saber dentro dos processos de trabalho, cuja pedagogia possibilite a problematização sobre a prática vivenciada, embasada no olhar orgânico das instituições, sujeitos envolvidos, de suas demandas, limitações e potencialidades.

O PAREPS (Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde) traz a tona a Educação Permanente em Saúde como estratégia de gestão comprometida com as mudanças no processo de trabalho, através da formação de seus profissionais e a CIES (Comissão de Integração Ensino Serviço) comprometida com esta nova política, vem acompanhando todas as etapas de construção coletiva deste documento, para assim garantir o atendimento as necessidades, especificidades e potencialidades regionais.

O Plano está aqui construindo a várias mãos e a CIES da IX Gerência Regional de Saúde, se compromete a militar para que todas as

dificuldades e adversidades sejam suplantadas em prol de um novo cenário na saúde, digno do Sertão do Araripe.

A CIES- IX GERES/PE toma também para si a co-responsabilidade de compartilhar as ações propostas neste plano, juntamente com os demais atores do processo de Educação Permanente em Saúde da Região e Estado.

Este plano objetiva efetivar a ligação entre educação e trabalho contexto institucional resultando na resignificação das práticas através da articulação entre o conhecimento científico e técnico na ação.

Para sua execução através dos projetos é necessário articular a **análise do contexto e seus problemas de saúde** (situação epidemiológica, políticas públicas, situação social, cultural e econômica) e cenários de trabalho – estrutura e a força de trabalho; **Identificação de necessidades e estratégias educativas** através da análise das interrelações entre necessidades do contexto, das demandas e dos problemas do serviço concreto; **Desenvolvimento do processo educativo** através da construção coletiva do conhecimento, integrando teoria e prática; e por fim; **Monitoramento e avaliação da aprendizagem**, das mudanças na prática e nos processos de trabalhos, estabelecendo uma linha de base e desenvolvendo indicadores.

Atenção à Saúde

Atenção Primária

A partir dos princípios da universalidade e integralidade das ações de saúde, as redes propostas terão como objetivo, a garantia de assistência aos pacientes nos vários níveis de complexidade, estabelecendo fluxos de referencia e contra-referencia, assim como mecanismo de avaliação, supervisão e controle da assistência prestada.

O Sistema de Saúde de Pernambuco assim como a Região do Araripe assume peculiaridades próprias dos grandes centros urbanos. O fluxo desordenado de pessoas, a demanda não programa, a frágil pactuação de procedimentos e serviços entre os gestores, bem como a incipiente regulação do acesso aos serviços pelo sistema de saúde, vem ocasionando ineficiência e pouca resolutividade, características comuns as grandes metrópoles. A integralidade entre os níveis ou pontos da atenção figura como aspecto critico a ser enfrentado na perspectiva de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde. A estrutura das redes de referencia especializada a partir da atenção primária, tendo por principio a hierarquização do Sistema de Saúde, constitui um aspecto central para a organização do SUS em Pernambuco e na região do Araripe, uma vez que as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e continua, devem se dar através do Programa Saúde da Família(PSF). Contudo, os usuários procuram as grandes emergências, que apesar das filas e corredores superlotados, são mais resolutivas.

O PSF continua sendo a porta de entrada para o Sistema de Saúde em Pernambuco sem, no entanto, focar a sua implantação em populações que vivem em situações de iniquidade em saúde, assim como sem realizar o monitoramento e avaliação da qualidade de suas ações.

A análise situacional da atenção primária na microrregião de Ouricuri mostra que a de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na região é de 87,99% e temos a Capacidade de expansão de 62 Equipes. Dos 11 municípios que compõem esta microrregião 04 tem Núcleos de Apoio a Saúde da Família - NASF. A cobertura de Equipes de Saúde Bucal (ESB) é de 41% com a possibilidade de expansão de 85 Equipes e do programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) cobertura de 99,15%. Sendo necessário investir na ampliação da cobertura dessas estratégias de atenção primária, com vistas ao aumento do acesso da população aos serviços básicos de saúde. (DAB/MS). Neste contexto se insere O Programa Mãe Coruja Pernambucana na perspectiva de reduzir estes indicadores e estatísticas lamentavelmente ainda existentes no Estado de Pernambuco, principalmente aqueles que estão diretamente ligados à mortalidade infantil e materna; mediante políticas públicas estruturantes e sustentáveis que fomentem eficácia e eficiência.

O Programa implantado primeiramente em Ouricuri e nos outros dez municípios que compõem a IX Gerência Regional de Saúde aconteceu porque a região detém os piores índices de mortalidade materno-infantil do Estado.

Atenção Ambulatorial Específica

A organização da rede de atenção especializada, a partir das linhas de cuidado prioritárias estabelecidas, apontou para uma necessidade de grandes investimentos em novos pontos de atenção à saúde, tendo em vista a enorme carência de serviços, tanto públicos como privados, na região. A análise situacional demonstra uma fragilidade significativa e especial para os serviços ambulatoriais de média complexidade, seja nos serviços de apoio diagnóstico, nas consultas especializadas e nas pequenas cirurgias ambulatoriais. Nas áreas estratégicas de saúde mental e saúde bucal, ficaram evidenciadas

as carências de serviços ambulatoriais especializados, resultando num déficit enorme de acesso para a população.

Além disso, a inoperância e desatualização da atual PPI, aliada à inexistência de um eficaz processo de regulação assistencial, apontam para um sistema fragmentado, incapaz de garantir acesso e a integralidade da atenção. As dificuldades relacionadas ao incipiente papel da SES/PE na indução da organização de redes de atenção à saúde baseadas na cooperação solidária entre os municípios, podem ser comprovadas na existência de múltiplas estruturas hospitalares de pequeno porte com baixa resolutividade (várias unidades com taxa de ocupação hospitalar menor que 20%), sem um papel definido no apoio à atenção primária e na interconexão com a rede especializada eletiva.

A magnitude do problema da saúde mental na região exige uma rede de cuidados densa, diversificada e efetiva. A potencialização da rede básica ou atenção primária de saúde para abordagem das situações de saúde mental é imprescindível para oferecer respostas efetivas na melhoria da acessibilidade

A rede ambulatorial de média complexidade da microrregião está distribuída em 01 Hospital Regional, 02 Unidades de Gestação de alto risco, 02 CAPS (Ouricuri/Bodocó), 09 Clínicas Especializadas, 02 Policlínicas, 161 ambulatórios especializados e 57 Serviços Auxiliar de Diagnostico e Terapia – SADT.

Urgência e Emergência

Diante da situa o quanto   problemática da superlota o das emergências, situa o esta que se arrasta há anos, associada   baixa produ o nas unidades de média complexidade e a baixa resolutividade da aten o básica, entende-se ser necessária a abordagem de várias vertentes: estrutura física, equipamentos, profissionais capacitados nos hospitais, infra-estrutura nos municípios, implanta o do processo de trabalho (referencia e contra-referencia), financiamento, gestão de

leitos, abertura de novos serviços, elaboração e instituição de protocolos e desenvolvimento de mecanismos que garantam a cooperação e integração dos diversos setores da rede.

Ainda em 2007, objetivando a reorganização do Sistema de Saúde de Pernambuco, a SES integrou a Política Nacional de Urgência e Emergência e o Programa de Fortalecimento da resolutividade nos município, através de incentivo financeiro, de acordo com as diretrizes da Política para média complexidade, sendo priorizados os municípios que mais demandam para as urgências.

A microrregião não dispõe de Serviços de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) e suas Centrais de Regulação Médica de Urgências são passos estratégicas de grande importância na implementação da atenção integral as urgências, na proposta da Regionalização a microrregião terá 01 SAMU Regional E 02 Unidade de Pronto Atendimento - UPA, para atender a população de 257.821.

Com relação à Unidade de Terapia Intensiva - UTI, a microrregião não dispõe deste serviço. Existe também a necessidade de UTI Móvel para as transferências interhospitalares e para a realização de exames em pacientes fora da unidade de origem.

Propõe-se ainda, a reorganização e implementação da rede de urgência e emergência em psiquiatria, definindo-se referencias e contra-referencia.

Assistência Farmacêutica

Há na região um serviço de Farmácia Popular do Brasil e um de dispensação de medicamentos do componente excepcional.

Não há dados sobre a situação das Centrais de Abastecimento Farmacêutico. Entretanto, espera-se que a situação seja precária uma vez que não há políticas de financiamento específicas.

A microrregião de Ouricuri compõe o Território da Cidadania do Sertão do Araripe. De acordo com as normas do Programa Farmácia Popular do Brasil municípios com mais de 40.000 habitantes dentro da área dos territórios são prioridade para abertura do serviço. Assim, o município de Araripina é o único que pode se habilitar a ter o serviço.

A contrapartida do estado é fornecida em medicamentos do LAFEPE, conforme pactuação na CIB/PE ao valor do IAFAB. O gestor estadual e municipal deve investir mais R\$ 0,30 por habitante/ano para aquisição de insumos para controle do diabetes.

As farmácias hospitalares apresentam deficiências nas condições de armazenamento, dispensação e controles, necessitando de melhor estruturação em todas as etapas de trabalho.

A Assistência Farmacêutica na Média Complexidade é outro entrave para acesso da população. Por não haver definição quanto ao financiamento, as aquisições tem sido realizadas a partir das demandas judiciais e ou iniciativas dos gestores estadual e municipal.

Assistência Laboratorial

Alguns municípios da microrregião dispõem de laboratórios municipais, porém a maioria terceiriza os serviços básicos de laboratório.

Os procedimentos realizados pelo o LACEN dentro do ser nível de complexidade e de acordo com o fluxo estabelecido ainda é um entrave devido a demora na entrega dos resultados, a normatização e ampliação de laboratórios regionais na busca pela a otimização e descentralização dos serviços oferecidos a população.

Grupos Vulneráveis

São considerados grupos vulneráveis do sertão do Araripe: mulheres, crianças, adolescentes, homens, idosos, pessoas portadores de deficiência, trabalhadores, trabalhadores rurais, ciganos, população LGBTT (lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e transexuais) e presidiários.

A mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal não aparece entre as dez primeiras causas de óbito na população feminina. No entanto, a gravidade do problema é evidenciada quando se chama atenção para o fato de que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença, a maioria das mortes maternas é evitável.

Em relação de mortalidade materna, na IX Gerência Regional de Saúde, há um comitê regional instalado, o qual analisa os óbitos que ocorrem na região do Araripe. Há também, o Programa Mãe-Coruja que ajuda a combater a mortalidade materno-infantil na região.

A mortalidade e, especialmente, a morbidade provocada pela violência doméstica e sexual na região é uma realidade, observada no dia-a-dia das unidades de saúde, porém com números reais ainda desconhecidos.

Na região do Araripe os transtornos mentais e comportamentais cresceram comparando 2002 e 2008. Um crescimento muito maior do que as doenças do aparelho circulatório. Aprofundando o olhar sobre esta situação, a análise revela que estes transtornos mentais vêm ocorrendo devido ao uso de bebidas alcoólicas.

Vigilância em Saúde

O perfil epidemiológico da região caracteriza-se principalmente pelas elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, tendo como

primeira causa de óbitos, doenças do aparelho circulatório, seguida de causas externas. No serviço de atenção básica possuem uma cobertura estimada de 70%, solicitando-se o enfrentamento de grandes dificuldades para fixação do profissional médico.

Natalidade

As informações sobre os nascimentos são muito importantes para análise da situação de uma população e para subsidiar gestores, profissionais de saúde e a própria população na implementação de políticas de atenção à saúde voltada a mulheres e crianças (PERNAMBUCO, 2009). As considerações a seguir fazem parte de um documento elaborado pela Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde da SES para a microrregião.

Nascimentos segundo o número de consultas pré-natal

O acompanhamento pré-natal é recomendado a todas as gestantes, independente do grau de risco que apresente. Segundo o Ministério da Saúde, a mulher é considerada assistida no pré-natal quando comparece a seis e mais consultas pré-natal. No entanto como indicador SISPACTO 2009, foi pactuado que no mínimo 90% das gestantes deveriam comparecer a quatro e mais consultas pré-natais.

Na região do Sertão do Araripe, no período analisado, a proporção de gestantes considerada assistida no pré-natal (quatro ou mais consultas) variou de 60,1% (2003) a 52,1% (2008), com um decréscimo de 13,3%. O percentual de gestantes que não compareceu ao pré-natal reduziu de 5,3%, em 2002, para 1,6%, em 2008, correspondendo a um descenso de cerca de 97,0%.

Em contrapartida, notou-se aumento da proporção de mães com sete e mais consultas de pré-natal, entre os anos de 2002 (18,4%) e 2008 (35,4%) - (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos nascidos vivos segundo ano de nascimento e número de consulta pré-natal. Sertão do Araripe, Pernambuco, 2002 a 2008*

Nascimentos segundo local de ocorrência

Consulta de	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pré-Natal														
Nenhuma	355	5,3	284	4,4	243	3,8	177	2,6	107	1,8	108	1,7	102	1,6
1-3 consultas	1226	18,4	1082	16,6	1021	16,1	982	14,5	727	11,9	758	11,7	635	10,0
4-6 consultas	3762	56,4	3906	60,1	3795	59,9	4015	59,4	3530	57,9	3647	56,3	3298	52,1
7e+ consultas	1228	18,4	1132	17,4	1210	19,1	1554	23,0	1701	27,9	1906	29,4	2241	35,4
Ignorado	102	1,5	100	1,5	62	1,0	36	0,5	36	0,6	58	0,9	50	0,8
Total	6673	100,0	6504	100,0	6331	100,0	6764	100,0	6101	100,0	6477	100,0	6326	100,0

Fonte: SINASC/GMVEV/DG-VEA/SEVS/SES-PE *Dados captados pelo Sinasc em 06.10.2009, sujeitos à revisão

A análise dos nascimentos por local de ocorrência, verificou o predomínio de nascimentos vivos ocorridos em estabelecimentos de saúde em todos os anos da série estudada, variando entre 94,5% (2002) e 98,1% (2008), representando a institucionalização do parto podendo ser atribuído a maior oferta desse serviço bem como a modificação cultural com relação ao parto domiciliar (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos nascidos vivos segundo ano de nascimento e local de ocorrência na microrregião de Ouricuri, Pernambuco, 2002 a 2008*

Nascimentos segundo tipo de parto

Local Ocorrência	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Estab. de Saúde	6304	94,5	6178	95,0	6075	96,0	6575	97,2	5965	97,8	6334	97,8	6203	98,1
Domicílio	367	5,5	324	5,0	255	4,0	190	2,8	135	2,2	143	2,2	122	1,9
Outros	0	-	1	0,0	1	0,0	1	0,0	1	0,0	0	-	1	0,0
Ignorado	2	0,0	1	0,0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Total	6673	100,0	6504	100,0	6331	100,0	6766	100,0	6101	100,0	6477	100,0	6326	100,0

Fonte: SINASC/GMVEV/DG-VEA/SEVS/SES-PE *Dados captados pelo Sinasc em 06/10/2009, sujeitos à revisão

A Organização Mundial de Saúde preconiza como uma proporção aceitável de partos cesáreos aquela em torno de 10 a 15%. O excessivo número de partos cesáreos tem-se tornado um importante problema de saúde pública, com complicações deletérias para a saúde materna e fetal, representando um custo elevado e desnecessário para o sistema de saúde.

Na microrregião de Ouricuri predominou o parto vaginal, entre 2002 e 2008, com uma média no período de 76,9%. Por outro lado, a média de parto cesáreo, para o mesmo período foi de 23,0%. Em 2008 houve um aumento de 106,2% em relação a 2002, correspondendo a uma elevação média anual de 3,3%. O percentual médio de cesáreas ficou acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde, que é 10 a 15%. (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos nascidos vivos segundo ano de nascimento e tipo de parto na microrregião de Ouricuri, Pernambuco, 2002 a 2008*

Tipo de Parto	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Vaginal	5585	83,7	5390	82,9	5148	81,3	5386	79,6	4567	74,9	4475	69,1	4220	66,7
Cesário	1077	16,1	1110	17,1	1176	18,6	1375	20,3	1510	24,8	2002	30,9	2100	33,2
Ignorado	11	0,2	4	0,1	7	0,1	5	0,1	24	0,4	0	-	6	0,1
Total	6673	100,0	6504	100,0	6331	100,0	6766	100,0	6101	100,0	6477	100,0	6326	100,0

Fonte: SINASC/GMVEV/DG-VEA/SEVS/SES-PE *Dados captados pelo SINASC em 06/10/2009, sujeitos à revisão

Mortalidade

Tabela 4 - Número de óbitos de residentes da IX regional de saúde por causa capítulo (CID-10) segundo faixa etária no período de 2002 a 2008

Capítulo CID 10	2002	2003	2004	2005	2006	2007 ¹	2008 ¹	Total	Evolução (%)
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	80	92	57	101	71	75	58	534	-28
II. Neoplasias (tumores)	65	83	97	138	157	181	183	904	182
V. Transtornos mentais e comportamentais	6	9	10	16	22	20	25	108	317
VI. Doenças do sistema nervoso	6	13	10	12	27	17	20	105	233
IX. Doenças do aparelho circulatório	226	234	260	341	408	429	459	2.357	103
X. Doenças do aparelho respiratório	59	61	73	93	114	81	113	594	92
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	8	13	9	16	24	17	12	99	50
XV. Gravidez parto e puerpério	8	7	10	3	1	6	4	39	-50
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	81	110	103	127	97	129	87	734	7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	218	225	217	221	229	272	318	1.700	46
Demais causas definidas	760	835	726	579	462	441	496	4.299	-35
Total	1.511	1.669	1.562	1.636	1.585	1.651	1.755	11.369	-

Fonte: DATASUS/TABNET, 2009 (26/08/2009) Nota: ¹ Dados preliminares sujeitos a revisão (11/09/2009)

Para a microrregião de Ouricuri o comportamento dos óbitos segue o comportamento nacional com relação a primeira causa de

óbito: a maior causa de óbitos tem sido as doenças do aparelho circulatório, seguido das causas externas e as neoplasias. O fato das causas externas estarem em segundo lugar é sinal da necessidade de estratégias interssetoriais que promovam a saúde e a cultura de paz. Para a saúde pública, fica o chamamento para a implementação das diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde. Um destaque quanto a isso é dado em função da região estar adscrita e com alguns municípios inseridos na região conhecida por *polígono da maconha*. A Implementação do fortalecimento de ações envolvidas a gestante demonstra que foram efetivas uma vez que houve redução de 50% quando comparamos os anos de 2002 e 2008.

Mortalidade Infantil

Combater a mortalidade infantil é um compromisso de qualquer governo que respeite a vida e o ser humano. Estudo realizado pela SEVS revelou que o coeficiente de mortalidade infantil (< 1 ano) apresentou redução de 17,8% no período analisado, concentrando 50,1% dos óbitos no grupamento da causas relacionadas a afecções no período perinatal.

Tabela 5 - Número e coeficiente de mortalidade específica (por 100.000hab.) por ano de ocorrência segundo faixa etária na microrregião de Ouricuri, Pernambuco 2002 a 2008*

Faixa Etária	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		Diferença
	Nº	CM	Nº	CM	Nº	CM	Nº	CM	Nº	CM	Nº	CM	Nº	CM	
<1 Ano**	195	29,2	259	39,8	205	32,4	208	30,7	172	28,2	195	30,1	152	24,0	-17,8

Fonte: SIM/GMVEV/DGVEA/SEVS/SES-PE *Dados sujeitos à alteração (06/10/2009) ** O Coeficiente de Mortalidade para menores de 1 ano foi calculado com base no número de nascidos vivos.

Situação das Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis

Tabela 6 – Evolução dos casos confirmados de dengue clássica na microrregião de Ouricuri no período de 2002 a 2008

Município	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Araripina	573	484	3	11	3	10	33	1117
Bodocó	175	175	0	12	2	12	51	427
Exu	104	94	0	2	95	54	6	355
Granito	20	25	1	0	0	5	2	53
Ipubi	111	7	0	16	0	10	84	228
Moreilândia	9	65	1	0	1	0	0	76
Ouricuri	852	92	2	85	6	30	110	1177
Santa Cruz	22	18	1	11	0	50	36	138
Santa Filomena	336	127	0	2	2	6	2	475
Trindade	14	4	1	3	0	0	1	23
Total	2216	1091	9	142	109	177	325	4069

Fonte: DATASUS-SINAN-NET, 2009 (26/08/2009)

O comportamento da doença acompanha o do Estado de Pernambuco. Fato que chama a atenção é que o número de casos é pequeno se comparado os casos dos municípios vizinhos no Estado do Ceará. Outros dados são necessários para se afirmar que a região pode experimentar surtos da doença nos próximos anos. De qualquer forma é preciso investir em capacidade instalada para manter as ações de prevenção permanentes.

Não há número significativo de casos de febre hemorrágica por dengue.

Tabela 7 – Casos confirmados de hanseníase ocorridos na microrregião de Ouricuri no período de 2002 a 2008

Munic. Ocorrência	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Araripina	47	41	24	44	46	38	31	271
Bodocó	9	15	5	3	12	5	4	52
Exu	10	9	5	15	10	20	17	86
Granito	1	-	-	2	-	-	1	4
Ipubi	13	11	7	5	9	8	5	59
Ouricuri	27	29	21	23	44	33	25	202
Santa Cruz	1	2	-	2	3	3	1	11
Santa Filomena	-	1	1	1	1	-	3	7
Trindade	19	57	20	25	35	23	22	201
TOTAL	127	165	83	120	160	130	109	893

Fonte: DATASUS-SINAN-NET, 2009

Tabela 8 – Casos confirmados de tuberculose ocorridos na microrregião de Ouricuri no período de 2002 a 2008

Munic. Ocorrência	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Araripina	21	11	22	19	19	26	14	132
Bodocó	15	34	17	25	16	6	11	124
Exu	7	11	3	5	5	5	4	40
Granito		2	5	1	2	2	1	13
Ipubi	8	8	8	8	9	4	4	49
Ouricuri	21	25	23	18	14	19	13	133
Santa Cruz	3	3	5	3	1	2	2	19
Santa Filomena	1	3	1	2	1	1		9
Trindade	9	6	11	11	14	8	9	68
TOTAL	85	103	95	92	81	73	58	587

Fonte: DATASUS-SINAN-NET, 2009

Tabela 9 – Acidentes com animais peçonhentos ocorridos na microrregião de Ouricuri no período de 2002 a 2008.

Munic. Ocorrência	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Araripina	2	11	5	-	-	-	-	18
Bodocó	1	2	6	1	6	7	9	32
Exu	1	2	2	2	3	6	10	26
Granito	-	-	-	1	2	-	-	3
Ipubi	2	4	4	5	7	2	7	31
Ouricuri	3	9	3	6	13	7	2	43
Santa Cruz	3	3	1	3	3	6	5	24
Santa Filomena	3	2	2	3	3	5	4	22
Trindade	3	16	1	5	6	4	-	35
TOTAL	18	49	24	26	43	37	37	234

Fonte: DATASUS-SINAN-NET, 2009 (26/08/2009)

Tabela 10 – Casos confirmados de hepatite ocorridos na microrregião de Ouricuri no período de 2002 a 2008.

Município	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Araripina	8	14	10	11	9	1	8	61
Bodocó	-	1	4	9	11	3	3	31
Exu	45	5	16	12	32	14	7	131
Granito	4	9	3	4	-	-	4	24
Ipubi	1	3	-	1	-	-	1	6
Ouricuri	1	1	2	30	3	13	7	57
Santa Cruz	2	-	1	10	-	-	-	13
Santa Filomena	-	1	-	-	1	-	-	2
Trindade	-	1	1	-	4	-	-	6
TOTAL	61	35	37	77	60	31	30	331

Fonte: DATASUS-SINAN-NET, 2009 (26/08/2009)

Tabela 11 – Casos confirmados de leishmaniose visceral ocorridos na região do Araripe no período de 2002 a 2008.

Município	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Araripina	1	1	-	3	2	-	-	7
Bodocó	3	1	3	1	-	-	-	8
Exu	1	-	1		2	-	1	5
Granito	-	-	-	-	-	-	-	-
Ipubi	-	-	-	1	-	-	-	1
Ouricuri	-	3	1	9	13	7	8	41
Santa Cruz	-	2	2	2	-	1	-	5
Santa Filomena	-	-	1	1	-	-	-	2
Trindade	-	1	-	1	-	-	-	2
TOTAL	5	8	8	18	17	8	9	73

Fonte: DATASUS-SINAN-NET, 2009 (26/08/2009)

Tabela 12 – Casos confirmados de leishmaniose tegumentar ocorridos na microrregião de Ouricuri no período de 2002 a 2008.

Munic. Ocorrência	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Araripina	2	4	2	1	-	-	2	11
Bodocó	8	5	2	1	1	-	-	17
Exu	-	1	2	2	2	-	-	7
Granito	-	1	-	1	-	-	-	2
Ipubi	-	-	-		-	-	-	-
Moreilândia	1	-	1	-	-	-	1	3
Ouricuri	2	10	-	2	3	-	-	17
Santa Cruz	1	-	1	1	-	3	-	6
Santa Filomena	-	-	-	-	-	-	-	-
Trindade	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	14	21	8	8	6	3	3	63

Fonte: DATASUS-SINAN-NET, 2009 (26/08/2009)

Para a leishmaniose tegumentar não há medidas específicas de controle, entretanto o comportamento é de queda nos últimos anos.

A leishmaniose visceral é uma doença que vem avançando em grandes metrópoles e regiões endêmicas. A doença é de difícil controle e comparando a região com o Estado, há uma situação que é irregular. Os municípios da região tem um motivo a mais para se preocupar porque o Cariri no Ceará é uma região endêmica e dessa maneira pode haver uma situação de migração dos casos para o lado de Pernambuco.

Tabela 13 – Casos de meningite ocorridos na microrregião de Ouricuri no período de 2002 a 2008.

Município	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Araripina	1	2	4	2	3	1	2	15
Bodocó	-	2	2	4	2	-	3	13
Exu	1	2	1	-	-	-	2	6
Granito	1	-	-	-	-	-	-	1
Ipubi	-	-	1	3	-	-	-	4
Moreilândia	-	-	-	-	-	-	-	-
Ouricuri	2	2	1	1	1	-	-	7
Santa Cruz	3	5	1	1	-	-	-	10
Santa Filomena	2	1	-	-	-	-	-	3
Trindade	2	1	2	-	-	1	-	6
TOTAL	12	15	12	11	6	2	7	65

Fonte: DATASUS-SINAN-NET, 2009 (26/08/2009)

A meningite é uma doença com maior impacto por causa do seu índice de letalidade. Seu comportamento passou a ser irregular desde 2006 para o Estado de Pernambuco. Apesar disso, a microrregião de Ouricuri não experimenta nenhum surto mais grave no período apresentado.

Tabela 14 – Casos de sífilis em gestante ocorridos na microrregião de Ouricuri no período de 2002 a 2008.

Município	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Araripina	-	-	-	-	-	-	-	-
Bodocó	-	-	-	-	-	-	-	-
Exu	-	-	-	-	-	-	1	1
Granito	-	-	-	-	-	-	-	-
Ipubi	-	-	-	-	1	-	-	1
Moreilândia	-	-	-	-	1	-	-	1
Ouricuri	-	-	-	-	-	6	-	6
Santa Cruz	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Filomena	-	-	-	-	-	-	-	-
Trindade	-	-	-	-	1	1	-	2
TOTAL	-	-	-	-	3	7	1	11

Fonte: DATASUS-SINAN-NET, 2009 (26/08/2009)

Os casos de sífilis em gestante tendem a crescer no Estado. Na microrregião de Ouricuri, o comportamento parece ser semelhante. Para os casos de sífilis congênita, percebe-se que há um movimento de decréscimo nos casos.

Tabela 15 – Casos de sífilis congênita ocorridos na microrregião de Ouricuri no período de 2002 a 2008.

Município	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Araripina	-	-	1	-	-	-	-	1
Bodocó	-	2	2	1	-	1	-	7
Exu	-	1	1	-	1	-	1	4
Granito	-	-	-	-	-	-	-	-
Ipubi	-	-	-	-	3	-	-	3
Moreilândia	-	-	-	-	-	-	-	-
Ouricuri	-	1	-	-	-	-	-	1
Santa Cruz	-	-	-	1	-	-	-	1
Santa Filomena	-	-	1	-	-	-	-	1
Trindade	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	-	4	5	2	4	1	1	18

Fonte: DATASUS-SINAN-NET, 2009 (26/08/2009)

Tabela 16 – Casos de AIDS ocorridos na microrregião de Ouricuri no período de 2002 a 2008

Município	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Araripina	2	3	2	5	1	3	1	17
Bodocó	0	0	0	0	1	1	0	2
Exu	0	1	0	3	1	0	0	5
Ipubi	1	0	0	0	0	0	0	1
Ouricuri	6	3	1	2	3	2	0	17
Santa Cruz	0	0	0	1	1	0	0	2
Trindade	3	5	3	3	0	3	0	17
Total	12	12	6	14	7	9	1	61

Fonte: DATASUS-SINAN-NET, 2009 (25/08/2009)

A região possui registro de outras doenças no período de 2002:

- a) Síndrome da rubéola congênita: um caso em Exu em 2002;
- b) Paralisia flácida: um caso em Araripina em 2002;
- c) Esquitossomose: um caso em Bodocó no ano de 2002, um em Exu e Moreilândia no ano de 2006 e um caso em Granito em 2002;
- d) Coqueluche: casos em 2005 em Araripina (3) e Ouricuri(1); 2006 em Bodocó (1), Moreilândia (1); Santa Cruz (1) em 2004.

Não há casos confirmados no DATASUS de tétano acidental, febre maculosa, febre tifóide, hantavirose, malária, febre amarela e doenças exantemáticas.

As doenças transmissíveis têm apresentado um franco declínio, com reduções drásticas nos seus índices de incidências. Isto pode ser devido ao fato desses agravos disporem de instrumentos eficazes de prevenção e controle e das estratégias utilizadas pelo Ministério da saúde para esse grupo de doenças visarem à manutenção desse controle ou mesmo a erradicação. Dentre as doenças com tendência descendente, pode-se destacar: a difteria, a rubéola, a coqueluche e o tétano acidental que tem em comum o fato de serem imunopreviníveis, a Doença de Chagas e a hanseníase, ainda endêmicas e a febre tifóide (PERNAMBUCO, 2009).

Algumas doenças transmissíveis apresentam um quadro de persistência ou de redução em período ainda recente, configurando nossa agenda inconclusa nessa área. Tuberculose, leishmaniose

visceral, leishmaniose tegumentar e hepatites virais fazem parte deste conjunto de doenças persistentes (PERNAMBUCO, 2009).

Outra classificação para as doenças transmissíveis são aquelas consideradas emergentes e reemergentes. Com o surgimento da Aids no início da década de 1980 – associado à reemergência de tuberculose consolidam-se os conceitos de doença emergente e reemergente. No Brasil, alguns eventos ocorridos também na década de 1980 sinalizaram a necessidade de melhorar e fortalecer o sistema de vigilância em todo País, como forma de detectar e implementar medidas adequadas, de maneira oportuna à emergência e reemergência de doenças, como exemplo, temos a reintrodução do vírus da dengue, em 1982.

Esta análise do comportamento das doenças mostra que há um conjunto de doenças que representam maior ameaça a qualidade de vida do que outras, entretanto, as ações de vigilância em saúde precisam prever planos estratégicos para enfrentamento.

As doenças de maior frequência são dengue, hepatite, tuberculose, hanseníase, leishmaniose visceral e as meningites.

Vigilância Sanitária

Os municípios da região ainda não se habilitaram em outras modalidade de trabalho para a vigilância sanitária. A qualificação para este trabalho garante uma maior proteção da saúde para a população da região e uma redução do quadros de morbidade relacionados com riscos sanitários e de produtos e serviços. Os municípios provavelmente não possuem estruturas e recursos humanos qualificados para assumir as responsabilidades relacionadas as ações de risco sanitário.

Tabela 17 – Situação da habilitação dos municípios da microrregião de Ouricuri

Município	Estruturante	Risco VS	Risco Produtos e Serviços
Araripina	X	-	-
Bodocó	X	-	-
Exu	X	-	-
Granito	X	-	-
Ipubi	X	-	-
Moreilândia	X	-	-
Ouricuri	X	-	-
Santa Cruz	X	-	-
Santa Filomena	X	-	-
Trindade	X	-	-

Fonte: FNS, Jun-2009 (28/08/2009)

LEVANTAMENTO DE PROBLEMAS DE SAÚDE E PROPOSTAS DE FORMAÇÃO:

Eixos	Identificação dos Problemas de Saúde	Caracterização das necessidades de formação	Atores Envolvidos
Atenção Básica	Baixa oferta do profissional médico na Região	Estimular Residências Médicas na Região.	SES, IES, CIES, CGR, GERES, CISAPE, Secretaria de educação, CRAS, MS. Movimentos sociais, Sindicatos, Conselhos de saúde. Centro tecnológico do Araripe, Associações e sindicatos, SESC/SESI, clube de serviços,
	Baixa oferta de profissional técnico na área de saúde bucal (Técnico de Higiene Dental e Auxiliar de Saúde Bucal)	Viabilizar curso de formação técnica (saúde Bucal).	
	Curso Técnico dos ACS não foi ofertado em toda regional. Falta realizar a 2ª e 3ª etapa do curso	Viabilizar o curso da 1ª Etapa, e ofertar a 2ª e 3ª etapas do Curso Técnico dos ACS's.	
	As equipes de PSF's têm dificuldades para lidar com atendimento de saúde mental e pessoas especiais	Curso de qualificação para as equipes de PSF no atendimento.	
	Equipes de PSF têm dificuldade no atendimento de primeiros socorros e emergência e urgência enquanto o usuário não é encaminhado	Curso de qualificação para as equipes de PSF no primeiro atendimento/primeiros socorros.	
	O curso introdutório não foi realizado para todos os profissionais	Realizar curso Introdutório para as equipes de PSF que ainda não tiveram.	
	Fragilidades na Gestão em linha de cuidado	Especialização em linhas de cuidado	
	Rede fragilizada com relação ao atendimento humanizado	Especialização em linhas de cuidado	
	Curso AIDIPI realizado sem certificação. Faltam alguns profissionais não participaram	ofertar formação do curso AIDIPI para os profissionais que não participaram e providenciar o certificado para quem concluiu.	

Eixos	Identificação dos Problemas de Saúde	Caracterização das necessidades de formação	Atores Envolvidos
Atenção Básica (continuação)	Necessidade de formação em sala de vacina	Curso de atualização em Sala de vacina	
	Pouco entendimento por parte de alguns profissionais do seu papel do NASF, pois realizam apenas atendimento ambulatorial	Curso introdutório para o NASF	
	Existência de poucas ações de promoção e prevenção da saúde	Fórum de sensibilização	
	Identificação de Problemas relacionados com a falta de ética no trabalho em saúde	Fórum de sensibilização	
	Falta da complementação do curso técnico para o auxiliar de enfermagem	Realizar curso de complementação e qualificação em linhas de cuidado	
	Inexistência de práticas alternativas de saúde	Implantação de política de terapias alternativas	
Vigilância em Saúde (Sanitária, epidemiológica, ambiental)	A desarticulação do processo de trabalho das vigilâncias	Fórum de intersetorialidade com atores envolvidos na vigilância	
	Subnotificação dos agravos de notificação compulsória	Curso de atualização de notificação compulsória dos agravos para alimentação nos sistemas de informação	
	Deficiência da implantação de ações de promoção da saúde em relação às Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANTS	Realizar fóruns e debates para implantação das DANTS	
	Inexistência de formação de curso de vigilância em saúde e práticas locais (sanitária, epidemiológica, ambiental e educação em saúde), e falta na investigação dos óbitos	Realizar curso de atualização em vigilância em saúde para os profissionais de saúde da regional	

Eixos	Identificação dos Problemas de Saúde	Caracterização das necessidades de formação	Atores Envolvidos
Linhas de Cuidado	Saúde do Adolescente - dificuldades na intersectorialidade entre saúde, educação e assistência social as ações de promoção em saúde da adolescente	Seminário de educação na saúde e ações intersectoriais e interinstitucionais para promoção da saúde do adolescente	SES, IES, CIES, CGR, GERES, CISAPE, Secretaria de educação, CRAS, MS. Movimentos sociais, Sindicatos, Conselhos de saúde. Centro tecnológico do Araripe, Associações e sindicatos, SESC/SESI, clube de serviços,
	Saúde Mental - Poucas ações de atendimento, promoção e prevenção em saúde mental	Implementar ações para o cuidador (cuidando do cuidador)	
	Saúde da Criança - Baixa cobertura de puericultura na Regional.	Oficina para incentivar ações de puericultura	
	Saúde do Trabalhador - falta de atuação regional do CEREST	Pacutar formação em saúde do trabalhador em toda rede (atenção básica, média e alta complexidade) a ser promovida pelo CEREST em parceria com a CIES; realização de um fórum intersectorial regional saúde do trabalhador para discutir e pactuar as ações de ST	
	Saúde da Mulher - Alto índice de mortalidade materno-infantil	Processo de formação em neonatologia para médicos e enfermeiros; Implantação de projeto doulas comunitárias; Incluir humanização do parto nos processos formativos	
	Saúde da Mulher - Poucos obstetras na região	Curso de especialização em obstetrícia para médicos e enfermeiros	

Eixos	Identificação dos Problemas de Saúde	Caracterização das necessidades de formação	Atores Envolvidos
Linhas de Cuidado (continuação)	Saúde da Mulher - falta de qualificação e atualização para as parteiras tradicionais	Curso/oficina de qualificação e atualização de parteiras tradicionais;	SES, IES, CIES, CGR, GERES, CISAPE, Secretaria de educação, CRAS, MS. Movimentos sociais, Sindicatos, Conselhos de saúde. Centro tecnológico do Araripe, Associações e sindicatos, SESC/SESI, clube de serviços,
	Saúde do Idoso - Falta de qualificação para o cuidador do idoso e profissionais de saúde	Qualificação para o cuidador do idoso e profissionais de saúde	
	Saúde do Homem - Falta de política integral	Realização de Fórum regional e interinstitucional para discussão e implementação da política de saúde do homem	
	Incipiência de protocolos padronizados de acesso clínico e de acesso na linha de cuidado	Realizar oficina para discussão e pactuação dos prontuários	
Gestão	grande número de gestores do SUS com dificuldades na execução das políticas de saúde	Qualificação de curso de gestores (EAD)	
	Pouca articulação em rede de saúde - necessidade de definição de referência e contra-referência	Reuniões para pactuação de referência e contra-referência	
	Poucos profissionais qualificados para atuação em gestão do trabalho	Necessidade de formação em gestão do trabalho para SMS e GERES	
	Dificuldade dos gestores na elaboração de projetos de editais de financiamento e aproveitamento dos recursos disponíveis pelo SUS	Oferta de oficinas para planejamento estratégico e captação de recursos e projetos de saúde pública	
	Dificuldade de fixação de profissionais de saúde na rede	Estratégia de implantação de Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos – PCCV	
	Equipamentos tecnológicos de saúde da rede regional com deficiente manutenção, conservação e conserto	Necessidade de formação para técnicos de manutenção preventiva de equipamentos	

Eixos	Identificação dos Problemas de Saúde	Caracterização das necessidades de formação	Atores Envolvidos
Mobilização e Controle Social	Deficiência nos dispositivos comunicativos entre gestão e usuários, divulgação e comunicação deficiente da carta dos direitos dos usuários	Necessidade de processos de formação objetivando a adequação de linguagem e criação de estratégias comunicativas com a população através do controle social	SES, IES, CIES, CGR, GERES, CISAPE, Secretaria de educação, CRAS, MS. Movimentos sociais, Sindicatos, Conselhos de saúde. Centro tecnológico do Araripe, Associações e sindicatos, SESC/SESI, clube de serviços,
	Pouca oferta de formação permanente para os conselheiros de saúde e ouvidoria, sobre o sistema organizacional dos Conselhos Municipais de Saúde e mobilização popular	Ofertar processos de educação permanente para os conselheiros de saúde da regional	
	Problemas no diálogo com o terceiro setor (OSIPs, OSS, ONG, pastoral da criança...)	Realizar jornada anual de atualização das políticas públicas em saúde para o terceiro setor	
Ensino, Pesquisa e Serviço	Incipiente oferta de espaços, no âmbito regional, para discussão dos temas de saúde, troca de experiências e debates científicos entre trabalhadores, gestores, estudantes, usuários e demais atores do SUS	Criação e realização de um congresso regional 'Expo Saúde do Araripe'	
	Necessidade de momentos de trocas de experiências, discussões e debates	Realizar encontro anual 'Semana Regional de Atenção Básica'	
	Baixa oferta de formação em pós graduação para profissionais de saúde da região	Mestrado Profissional em Saúde (Saúde Pública, Gestão...)	
	Dificuldade de fixação de profissionais de saúde	Implantação de estágio vivência/ Projeto VERSUS (vivência de estudantes nos serviços de saúde)	
	Profissionais participantes da Comissão Integração Ensino e Serviço e Câmara Técnica precisam de qualificação em Educação Permanente em Saúde	Ofertar oficinas temáticas para os profissionais da CIES e Câmara Técnica conforme necessidade da atuação do processo de trabalho	

Eixos	Identificação dos Problemas de Saúde	Caracterização das necessidades de formação	Atores Envolvidos
<p>Média e Alta Complexidade</p>	<p>Atendimento ao usuário com baixa qualidade; falta de acolhimento aos trabalhadores do SUS no seu processo de trabalho e despreparo para classificação de risco</p>	<p>Atualização em acolhimento/humanização e classificação de risco para o usuário e trabalhador de saúde</p>	
	<p>Alto índice de infecção hospitalar</p>	<p>Necessidade de formação em Composição de Controle Hospitalar - CCIH e Central de Material de Esterilização - CME</p>	
	<p>Não garantia do atendimento integral do usuário, dificuldades no processo de trabalho dos profissionais</p>	<p>Necessidade de processos de formação dos profissionais de saúde no atendimento e melhoria dos processos de trabalho</p>	

A Educação Permanente em Saúde considera o processo de trabalho como centro valorizado de ensino-aprendizagem e a transformação do mesmo, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e o controle social em saúde. Abaixo, apresentamos resumidamente o arcabouço legal da Política Nacional de Educação Permanente.

Principais Legislações que regem a Educação Permanente em Saúde

- ✚ 8ª Conferência Nacional de Saúde - 1986
- ✚ Constituição Brasileira de 1988
- ✚ Lei 8080, de 19 de setembro de 1990
- ✚ Portaria nº.198, de 13 de fevereiro de 2004
- ✚ Pacto pela Saúde - Portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006
- ✚ Portaria nº.1996, de 22 de agosto de 2007

✚ 8ª Conferência Nacional de Saúde

A 8ª Conferência Nacional de Saúde reconhece a importância da área de Recursos Humanos nas políticas de saúde e aponta para Educação Permanente como estratégia para formação e desenvolvimento dos trabalhadores do setor saúde.

✚ Constituição Brasileira de 1988

A Constituição Nacional de 1988, em seu artigo 200, atribui ao SUS o ordenamento da formação de Recursos Humanos para o setor saúde.

✚ Lei 8080, de 19 de setembro de 1990

Dispõe sobre a criação e as funções das Comissões Permanentes de Integração entre de Ensino e Serviços de Saúde.

Portaria GM/MS nº.198, de 13 de fevereiro de 2004

Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor. (Grande movimentação na formação dos Pólos com oficinas e Liberação de recursos para efetivação da política de EPS).

Pacto pela Saúde

O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS entre as três esferas de gestão: União, Estados e Municípios, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão.

Redefine as responsabilidades de cada gestor, em função das necessidades de saúde da população, na busca da equidade social. São criados, então, os Colegiados de Gestão Regionais – CGR para operacionalizar a regionalização do SUS. A Educação Permanente em Saúde – EPS, é reafirmada como estratégia para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS.

Portaria GM/MS nº.1996, de 20 de agosto de 2007

Dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Principais mudanças :

- Descentralização do recursos financeiros;
- O Colegiado de Gestão Regional – CGR passa a ter o poder de decisão e aprovação dos projetos de EPS – PAREPES;
- Elaboração do Plano de Ação Regional de EPS coerentes com o Plano estadual e municipais de saúde;
- A criação da Comissão de Integração Ensino-Serviço – CIES substituindo os Polos de Educação Permanente em Saúde.