

**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO
COORDENADORIA DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO EM SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU NA ÁREA DE SAÚDE**

MARIA EMÍLIA SALVIANO

**EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO FERRAMENTA DE
PLANEJAMENTO DA GESTÃO MUNICIPAL DO VALE DO ARINOS-
MT, NO TRIÊNIO DE 2010/2013**

Cuiabá

2011

**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO
COORDENADORIA DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO EM SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU NA ÁREA DE SAÚDE**

MARIA EMÍLIA SALVIANO

**EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO FERRAMENTA DE
PLANEJAMENTO DA GESTÃO MUNICIPAL DO VALE DO ARINOS-
MT, NO TRIÊNIO DE 2010/2013**

Monografia apresentada à Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Ms. Ana Paula Corrêa Girardi.

Cuiabá

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte.

S184e Salviano, Maria Emilia.

Educação permanente como ferramenta de planejamento da gestão municipal do Vale do Arinos-MT, no triênio 2010/2013 / Maria Emilia Salviano. – 2011.

86 f.: il. (alguma coloridas).; 30 cm.

Orientadora: Ana Paula Corrêa Girardi.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Secretaria Estadual de Saúde. Escola de Saúde Pública de Mato Grosso. Programa de Pós-Graduação Lato Sensu na Área da Saúde

Bibliografia: p. 77-79

1. Educação. 2. Planejamento. 3. Gestão. I. Título.

CDU 614.2:37(817.2)

Ficha catalográfica elaborada pela biblioteca da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso

Permitida a reprodução parcial ou total desde que citada a fonte.



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO
COORDENADORIA DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO EM SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU NA ÁREA DE SAÚDE

Maria Emilia Salviano

**Título: Educação Permanente como Ferramenta de Planejamento
da Gestão Municipal do Vale do Arinos - MT**

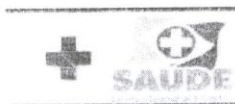
A banca examinadora, abaixo assinada, APROVA o trabalho de Conclusão de Curso, apresentado em sessão pública ao Programa de Pós-graduação Lato Sensu na Área da Saúde, Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso.

Cuiabá – MT 29 de agosto de 2011

Profª. Ms. Ana Paula Correa Girardi

Profª. Ms. Rose Maria Peralta Guilherme Fava

Profª. Ms. Vera Lucia Honório dos Anjos



Av. Adauto Botelho s/n.º - Fone/Fax: 3613-2307
CEP 78085-200 - Cuiabá - MT
e-mail: coepes@saude.mt.gov.br



AUTORIZAÇÃO

Eu, Maria Emília Salviano, autora do trabalho de Conclusão de Curso intitulado: “Educação Permanente como Ferramenta de Planejamento da Gestão do Vale do Arinos-MT no triênio de 2010/2013”, autorizo a Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso a publicá-lo e/ou divulgá-lo, respeitando a garantia dos direitos autorais da autora.

Cuiabá-MT, 20 de setembro de 2011

Maria Emilia Salviano

DEDICATÓRIA

À minha família, à minha orientadora e à Diretora do Escritório Regional de Juara, pessoas essas que não mediram esforços para me ajudar a concretizar mais esta conquista. À Deus Pai, que me deu forças para chegar até o fim desta jornada.

AGRADECIMENTOS

À Minha orientadora, Professora Mestre Ana Paula Corrêa Girardi, a qual admira muito pela sua capacidade, paciência, carinho e dedicação no tempo em que me orientou e ofertou todo suporte quando necessitava inclusive me encorajando com suas palavras de apoio nas dificuldades encontradas.

Aos gestores e técnicos dos municípios do Vale do Arinos que me ajudaram na abertura e disponibilização das informações necessárias para minha análise documental.

À minha família que esteve sempre ao meu lado, ofertando apoio, compreensão e carinho para que pudesse superar cada obstáculo, enfrentado na concretização desta jornada.

À Diretora do Escritório Regional de Saúde de Juara, senhora Silene Regina Marmol, que sempre esteve ao meu lado, ofertando apoio psicológico e administrativo no que necessitava para concretizar esta etapa de minha vida.

RESUMO

Introdução: O estudo foi feito para conhecer a realidade da Região do Vale do Arinos, em relação à Educação Permanente em Saúde, em que as políticas sobre a mesma estão constituídas para identificar a execução no planejamento, onde os municípios são plenos com assinatura dos termos de compromisso de gestão em saúde. **Objetivo:** Analisar a implantação e implementação da educação permanente nos municípios que compõem a Regional do Vale do Arinos, enfatizando o planejamento. **Método:** É uma pesquisa exploratória com descritiva análise documental, como: termo de compromisso de gestão, plano municipal de saúde no triênio de 2010 a 2013, leis de diretrizes orçamentárias. Com abordagem precisa sobre os fatos e fatores relevantes que apontam a importância da Educação Permanente em Saúde. **Resultado:** A Educação Permanente em Saúde ainda está sendo abordada de forma irrelevante em relação aos gestores, mesmo assim o termo de compromisso de gestão assinados, para contribuir na melhoria da qualidade dos profissionais nos serviços de saúde que vêm a oferecer para a população. Mas nas Leis de Diretrizes Orçamentária não ficou explícito os recursos próprios para a educação permanente em saúde em seus municípios. **Conclusão:** Analisar os documentos sobre educação permanente em saúde nos planos municipais de saúde, mostrando que a região do Vale do Arinos está em execução de acordo com a assinatura do Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão de acordo com a realidade da região. Como a criação da Comissão de Integração e Ensino Serviços na região veio contribuir para o desenvolvimento da educação em serviços para a mudança dos profissionais através de cursos oferecidos por meio da parceria com a Escola de Saúde Pública e outras instituições de ensino, com a finalidade de mesclar a teoria com a prática no cotidiano.

Palavras-chaves: Educação. Planejamento. Gestão.

ABSTRACT

Introduction: The study was done to know the reality of the Arinos Valley Region, in relation to the Continuing Education in Health, in which policies are made on it to identify the execution planning, where the cities are filled with signature of terms of commitment to health management. Objective: To analyze the establishment and implementation of continuing education in the municipalities that make up the Valley Regional Arinos, emphasizing planning. Method: An exploratory research is a descriptive analysis of documents, such as term management commitment, the municipal health plan in the three years 2010 to 2013, the budget directives law. With precise approach on the facts and relevant factors that indicate the importance of Continuing Education in Health Outcome: The Continuing Education in Health is still being discussed so irrelevant with respect to managers, yet the term sheet signed management to contribute improving the quality of professionals in the health services that come to offer to the public. But in the Budget Guidelines Law was not explicit its own resources for continuing education for health in their communities. Conclusion: Analyze the documents on permanent health education in municipal health plans, showing that the region of Vale do Arinos is running according to the signing of the Pact for Life, Covenant of the NHS and in Defense Pact in accordance with the Management reality of the region. Since the creation of the Integration and Educations and Education Services in the region has contributed to the development of education services for the change of professionals through courses offered through the partnership with the School of Public Health and educational institutions, in order to merge theory with practice in daily life.

Keywords: Education. Planning. Management.

LISTA DE SIGLAS

CAPS - Centro Atendimento Psicossocial

CF - Constituição Federal

CIB - Conselho Intermunicipal Bipartite

CIES – Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço

CISVA - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale Arinos

CIT - Conselho Intergestores Tripartite

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

EC - Emenda Constitucional

ERS - Escritório Regional de Saúde

ESF - Equipe Saúde da Família

FSESP - Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública

LDO - Leis de Diretrizes Orçamentárias

MS - Ministério da Saúde

NOAS - Normas Operacionais de Assistência à Saúde

PAB - Piso de Atenção Básica

PAM - Posto de Assistência Médica

PACS - Programa Agente Comunitário de Saúde

PDI - Plano Diretor de Investimento

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PPA – Plano Plurianual

PPI - Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde

RET-SUS - Rede de Escolas Técnicas de Saúde do SUS

SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SIH - Sistema de Informações Hospitalares

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCGM - Termo de Compromisso de Gestão Municipal

TGA - Teoria Geral de Administração

LISTA DE FIGURAS

Figura.01- Pacto pela Saúde: Termo de Compromisso dos respectivos municípios de 2010 a 2011, no que diz respeito à educação permanente, abaixo relacionados	59
Figura.02- Qualificação dos profissionais na atenção básica, que se encontra no plano municipal de saúde.	61
Figura.03- Gestão do trabalho do plano municipal de saúde de Porto dos Gaúchos, que é relacionado com a educação permanente em saúde.	65
Figura.04- Qualificação dos profissionais na atenção básica.	66
Figura.05- Gestão do trabalho para qualificação no atendimento dos trabalhadores da região do Vale do Arinos.	66
Figura.06- Humanização SUS para os profissionais da saúde através da educação permanente.	67
Figura.07- Gestão do Trabalho para o princípio do SUS.	68
Figura.08- Promoção das ações de educação permanentes em saúde.	69
Figura. 09- Sensibilização da prática para o aleitamento materno e higienização dos alimentos.	70
Figura. 10- Gestão do Trabalho para fortalecer o SUS.	72
Figura.11- Formação para os trabalhadores do SUS, para melhora do atendimento.	73

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
 CAPÍTULO I - PLANEJAMENTO EM SAÚDE NO BRASIL	18
1.1 História do Planejamento em Saúde	18
1.1.1 Método CENDES-OPS (Centro de Estudos de Desenvolvimento/ CENDES; Organização Pan-Americana da Saúde/OPS)	19
1.2 Definição do Planejamento em Saúde	20
1.3 Especificidades do Planejamento da Saúde nas Três Esferas Governamentais	22
1.3.1 Ministério da Saúde	22
1.3.2 Secretaria Estadual de Saúde	24
1.3.3 Secretaria Municipal de Saúde	24
1.4 Características e Especificidades dos Planejamentos em Saúde	25
1.4.1 O planejamento na Ação Programática em Saúde	26
1.4.2 A vigilância à Saúde e o Planejamento	27
1.4.3 O Planejamento Estratégico Comunicativo	28
1.4.4 A Gestão Estratégica e o Planejamento em Saúde	29
1.5 O Processo de Descentralização do SUS	30
1.5.1 A Descentralização de 2000 a 2002: ênfase na regionalização	31
1.5.2 A NOAS-SUS 01/02: Publicação e implantação inicial	32
1.5.3 Pacto pela Saúde – 2006	35
1.5.4 Processo de Descentralização e de Regionalização do SUS em Mato Grosso	36
 CAPÍTULO II - EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	41
2.1 A História da Educação Permanente em Saúde	41
2.2 Pólo de Educação Permanente	43
2.3 A Educação Permanente em Saúde Opera o Quadrilátero da Formação	46
2.4 Pólo de Educação Permanente – CIES da Região do Vale do Arinos	47
2.5 Comissão de Integração de Ensino e Serviços da região do Vale do Arinos	49

CAPÍTULO III - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	52
3.1 Tipo de Estudo	52
3.2 Local de Estudo	53
3.3 Fontes de Informações	53
3.4 Procedimentos de Análise Documental	53
3.5 Aspectos Éticos	54
 CAPÍTULO IV - DESCRIÇÃO DA REGIÃO DO VALE DO ARINOS	 55
4.1 Descrições da Microrregião do Vale do Arinos	55
4.2 Plano Diretor de Regionalização do Vale do Arinos	56
4.3 Município de Juara	60
4.4 Município de Porto dos Gaúchos	63
4.5 Município de Novo Horizonte do Norte	68
4.6 Município de Tabaporã	71
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	 75
REFERÊNCIAS	77
ANEXOS	80

INTRODUÇÃO

O presente trabalho científico surgiu a partir do momento em que a temática: “Educação Permanente em Saúde” foi vista e sua pertinência analisada, conhecendo a realidade da Região do Vale do Arinos, que atualmente é composta por quatro cidades de pequeno porte, observa-se a necessidade de verificar se esta região contempla a Educação Permanente nas políticas municipais de saúde. A partir desta indagação inicial, foi desenvolvida uma pesquisa teórica por meio dos documentos municipais pactuados, como por exemplo, os Termos de Compromissos de Gestão em Saúde, Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Plano Municipal de Saúde, entre outros.

Dessa forma, através de muitos estudos, surgiu o tema da presente pesquisa, intitulada: “Educação Permanente como Ferramenta de Planejamento da Gestão Municipal do Vale do Arinos-MT, no triênio de 2011/2013”.

Compreender a real situação das comunas que englobam a região do Vale do Arinos propiciou uma análise e reflexão dos pontos que deveriam ser estudados pelos próprios municípios, no que tange à qualidade dos serviços de saúde prestados e assim, desencadear mecanismos que sanem suas lacunas. Pois, um dos princípios básicos do SUS é promover a ampliação e qualidade dos serviços prestados, desenvolvendo ações eficientes com vistas à melhoria de vida da população.

O município sede da região do Vale do Arinos é a cidade de Juara, que está localizada aproximadamente a 690 km da capital, Cuiabá. Esta região vem se desenvolvendo sem organização territorial, tanto na área urbana quanto na rural. Está sendo construída a rede de saneamento básico em alguns bairros, porém ainda há muitos que usam a antiga fossa séptica. Na zona rural, o descontrole do desmatamento da região e a grande migração ocasionaram sérios problemas de saúde, pois muitas vezes, nessas regiões, faltam médicos. Até pouco tempo, não havia profissionais da área de enfermagem nas unidades de saúde. Esta deficiência está sendo superada com a realização de concursos públicos municipais, instituídos por exigências do Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso (TCE/MT).

Buscando corrigir essas incongruências nos municípios brasileiros e oferecer uma Saúde Pública melhor e mais abrangente, o Ministério da Saúde lançou o Pacto pela Saúde. Às diretrizes deste Pacto em 2006 vêm consolidando o Sistema Único de Saúde. A Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que regulamenta o Pacto pela Saúde, firma entre os

gestores do SUS, nas distintas esferas de governo, em suas três dimensões: Pela Vida, pela Defesa do SUS e pela Gestão.

Portanto, de acordo com o Ministério da Saúde (2006), o Pacto por esta é um compromisso firmado entre os gestores do SUS, ressaltando as prioridades estabelecidas por meio das metas nacionais, estaduais e regionais, em consonância com a pactuação local.

Com isso o setor “saúde”, no Vale do Arinos, está se adequando ao Pacto já mencionado, seguindo as diretrizes do Termo de Compromisso de Gestão Municipal assinado pelos responsáveis dos municípios, onde estes assumem o compromisso de oferecer à população várias ações previstas no Termo, como por exemplo, a ampliação do acesso a medicamentos, qualificação da atenção à saúde básica, saúde bucal, saúde mental, saúde da mulher, entre outros. O cumprimento ou não das ações que compõe o Termo de Compromisso serve como indicador para verificar como está a qualidade dos serviços de saúde oferecidos na região.

Dentre os itens elencados como prioridades pactuadas, a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica encontram meio de visibilidade e efetivação também por meio das ações de educação permanente, bem como é mencionado na Portaria nº. 198/2004, que institui a Política de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e desenvolvimento dos trabalhadores do setor da mesma. Essa portaria serve para orientar os princípios de Educação Permanente em Saúde, buscando tornar-se uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir na transformação do processo formativo das práticas pedagógicas de saúde, para a organização dos serviços. Esse mesmo documento institui a criação dos Polos Permanentes de Saúde em todo o território nacional. (BRASIL, 2004).

Posteriormente a 2007 o MS edita nova regulamentação para implementar a política Nacional de Educação Permanente em Saúde, valorizando as especificidades regionais com a superação das suas desigualdades e a necessidade de formação e desenvolvimento para o trabalho nessa área. Essa nova Portaria GM nº. 1996, de 20 de agosto de 2007, no seu artigo 2º, determina que a condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se dará por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

As CIES são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde prevista no Artigo 14 da lei 8.080 e na NOB/RH – SUS (MS, 2007).

Com a implantação do CIES regionais, buscando estruturar esse tipo de formação, faz-se necessário realizar o planejamento conforme estabelecido no art. 6º e no item V da Portaria nº 1.996/2007, no qual é ressaltada a importância deste órgão no apoio e cooperação aos gestores, no que tange as discussões voltadas para Educação Permanente. Visando assim desenvolver suas ações em consonância com as responsabilidades pactuadas em seus respectivos Termos de Compromisso de Gestão (BRASIL, 2007).

O processo de regionalização ganhou impulso com a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS SUS 01/01) em janeiro de 2001, com o objetivo de promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de vida saudável em todos os níveis de atenção. A NOAS adotou os princípios de elaboração do plano diretor e diretrizes para a organização regionalizada da assistência, principalmente dos sistemas de atenção funcional. É importante estimular os gestores do SUS a montar um conjunto de estratégias visando consolidar o caráter público da gestão do sistema, por meio da instrumentalização dos gestores estaduais e municipais para o desenvolvimento de funções como: planejamento, programação, regulação, controle e avaliação e os instrumentos dos termos de compromissos entre os prefeitos. Para haver a atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios para as condições de gestão do SUS, faz-se forçoso tornar as propostas coerentes com a realidade local e as propostas instituídas pelas políticas de saúde pública. Portanto, a elaboração do Plano Diretor da Regionalização deve ser coordenada por gestor estadual, com a participação em conjunto dos municípios (SOUZA, 2002).

Em Mato Grosso, a criação do Pólo Permanente de Educação em Saúde ocorreu com a Resolução CES nº 27 de 15/12/2003. A mesma relata que este pólo tem por objetivo identificar as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, formular uma política de educação permanente, para o sistema público nessa área, com articulações e estratégias para operacionalização desta política, buscando fortalecer a capacidade de gestão da SES-MT.

Acredita-se que uma gestão de saúde eficiente e eficaz ocorrerá na medida em que as metas pactuadas de acordo com o Pacto pela Saúde, assim como outras portarias publicadas pelo Ministério da Saúde sejam atingidas através do monitoramento e avaliação. No caso daquelas que por algum motivo não foram contempladas, que possam ser incluídas nas ações de planejamento nos períodos subsequentes.

Este trabalho vem enfatizar a importância em realizar um elo entre a Política de Educação Permanente em Saúde e as ferramentas do planejamento e avaliação. A partir da sua execução poderão ocorrer ações de melhorias nos serviços de saúde local, justificando-se assim a escolha deste tema.

Esta pesquisa tem por objetivo geral analisar a implantação e implementação da Educação Permanente nos municípios que compõe a Regional do Vale do Arinos, enfatizando o planejamento. Os objetivos específicos são os de identificar o uso do planejamento nos documentos de gestão municipal, como também no Termo de Compromisso da Gestão Municipal; verificar nos Planos Municipais de Saúde as ações planejadas no âmbito da Educação Permanente, além disso, a integração dessas nos documentos trabalhados e na LDO;

Portanto, para recolher algumas informações acerca do tema, fez-se indispensável a construção de uma abordagem reflexiva, a qual está ancorada nos pressupostos teóricos de MERHY (1994), ANJOS (2009), MOTTA (2010) e pelas regulamentações do Ministério da Saúde de Mato Grosso, dentre outros.

Vale ressaltar que o presente trabalho constitui-se de cinco (05) capítulos. No primeiro, faremos um levantamento histórico do planejamento em saúde no Brasil, no segundo, abordamos os aspectos e características da Educação Permanente em Saúde, no terceiro, ressaltaremos a metodologia e materiais utilizados para concretizar este trabalho, no quarto capítulo, analisaremos a região do Vale do Arinos, elencando as contribuições do Planejamento e da Educação Permanente em Saúde para a Gestão Pública Municipal desta região e por último, realizaremos a análise documental dos dados coletados e apontaremos então algumas considerações.

A tabulação das informações foi realizada com as perspectivas de expô-las de forma clara e objetiva. A estrutura organizacional de presente trabalho consiste em duas etapas, uma abordagem histórica da regionalização da saúde em Mato Grosso até os dias atuais e análise dos dados dos municípios em relação aos documentos para identificar se contemplam os recursos financeiros para a educação permanente em saúde nas LDO – Leis de Diretrizes Orçamentárias Municipal com os respectivos Planos Municipais de Saúde e com os termos de compromissos das gestões municipais.

CAPÍTULO I

PLANEJAMENTO EM SAÚDE NO BRASIL

Não tem que se confundir projeto com plano. O plano corresponde ao momento técnico de uma atividade, quando condições, objetivos e meios podem ser, e são, determinados precisamente, e quando o ordenamento recíproco dos meios e fins se apóiam em um conhecimento suficiente do campo afetado. (CORNELIUS CASTORIADIS apud MERHY, 1994, p. 117).

1.1. História do Planejamento em Saúde

Na América Latina na década de 60, uma metodologia de planejamento própria para o setor da saúde que respeitasse as particularidades do campo da mesma e que pudesse servir de tecnologia para governar as políticas do setor foi elaborada para efetivar as ações em torno dos problemas de saúde. Assim, nasceu o método CENDES-OPS (Centro de estudos de Desenvolvimento - CENDES; Organização Pan-Americana da Saúde/OPS) com os esforços conjuntos dos organismos internacionais do setor com da OPS. O CENDES já desenvolvia pesquisa e cursos de formação na área de economia e saúde na Venezuela. Nele se propõe uma metodologia de gerenciamento da escassez de recursos, de modo a desenvolver ações com maior efetividade. Em suma, frente à impossibilidade nos países subdesenvolvidos de atender simultaneamente ao conjunto de necessidade da saúde, o CENDES-OPS estabeleceu uma série de critérios para orientar a intervenção sobre um problema e não sobre outro, no sentido de aperfeiçoar os recursos existentes (MERHY, 1994 citado por TANCREDI, 1998).

Os critérios e objetivos em que o planejamento em saúde eram baseados neste período, orientava e legitimava a eleição de prioridades, com apoio em padrões econômicos e técnicos. Privilegiava-se a intervenção sobre os problemas que respondiam melhor à tecnologia existente, àqueles mais expressivos numericamente e cuja solução teria uma suposta ação em outros setores da sociedade.

1.1.1 Método CENDES-OPS (Centro de Estudos de Desenvolvimento/CENDES; Organização Pan-Americana da Saúde/OPS)

O método CENDES-OPS teve o mérito de, pela primeira vez, trazer para as mesas de discussões do setor da saúde a preocupação com o uso eficiente dos recursos públicos, através de uma cuidadosa análise de prioridades e do cálculo prévio dos resultados esperados com o uso de cada instrumento de ação (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

As primeiras críticas ao método surgem no início dos anos 70 e referem-se à sua desvinculação com a produção de políticas na sociedade e com a historicidade dos atores envolvidos e ao seu caráter prescritivo e normatizador. A partir dos questionamentos que o método sofreu ao longo desses anos, relatam que alternativas de planejamento do setor da saúde têm sido apresentadas, dentre elas destacam-se o *Pensamento Estratégico em Saúde*, de Mário Testa, e o *Planejamento Estratégico Situacional (PES)*, de Carlos Matus. (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

O Pensamento Estratégico em Saúde pode ser entendido como formulações que rompem com a normatividade de um "deve ser" que se impõe sobre a realidade. Propondo assim, processos de planejamento que objetivam alcançar o máximo de liberdade de ação a cada atividade realizada. Para tanto, considera-se o problema do poder, admitindo-se o conflito entre forças sociais com diferentes interesses e com uma visão particular sobre a situação-problema na qual se planeja, fazendo parte do processo de planejamento a análise e a construção da viabilidade política (TESTA, 1990)

Portanto, o propósito do processo de planejamento em saúde é o de mudança social. Pensar na transformação social significa pensar na construção de uma nova sociedade. Intervir na construção da história (TESTA, 1990)

Pensamento Estratégico Situacional (PES) são antes de tudo um potente enfoque metodológico, com alguns princípios e visões filosóficas sobre a produção social, a liberdade humana e o papel dos governos, governantes e governados. A análise de problemas, a identificação de cenários, a visualização de outros atores sociais, a ênfase na análise estratégica são elementos fundamentais e diferenciadores do PES (MATUS, 1994).

Esse processo de planejamento, portanto, diz respeito a um conjunto de princípios teóricos, procedimentos metodológicos e técnicas de grupo que podem ser aplicados a qualquer tipo de organização social que demanda um objetivo, e que persegue uma mudança situacional futura. O planejamento não trata apenas das decisões sobre o futuro, mas questiona

principalmente qual é o futuro de nossas decisões (MERHY, 1994). Portanto, mais adiante explicitaremos as definições de planejamento em saúde.

1.2 Definição do Planejamento em Saúde

O planejamento é um processo de realização das ações, mas se deve sempre acompanhar esse processo contínuo por meio de avaliações, procurando assim melhorar e sanar as deficiências, buscar soluções concretas, e fazer valer o método de planejamento.

Planejamento é o processo de analisar e entender um sistema, avaliar suas capacidades, formular suas metas e objetivos, formular cursos alternativos de ação para atingir essas metas e objetivos, avaliar a efetividade dessas ações ou planos, escolher o(s) plano(s) prioritário(s), iniciar as ações necessárias para a sua implantação e estabelecer um monitoramento contínuo do sistema, a fim de atingir um nível ótimo de relacionamento entre o plano e o sistema. (LEVEY e LOOMBA, 1973, p.13).

Planejar é como uma arte de elaborar o plano de um processo de mudança, o conhecimento do cotidiano prático e teórico ordenado de modo a possibilitar interagir com a realidade, pois o ser humano começa programar as estratégias e ações necessárias, e tudo o mais que seja dela decorrente, no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e metas desejados e nele preestabelecido (CARVALHO, 2006.).

Nessa busca da diferenciação do planejamento que adquire como tecnologia a ação, os saberes e práticas se interagem e propõem operar na dimensão da realidade social, indo ao encontro de um único objetivo, a intervenção. Segundo Merhy (1994, p. 118) “Nessa busca, parte-se de uma postura crítica em relação a todos os que têm a pretensão de que o planejamento seja uma prática de intervenção social, para além do processo histórico-social concreto.” Processo este, que se torna dominante na ação do sujeito – social e político – e que se torna fundamental na intervenção do homem no mundo.

Em consonância com os ideais de Mário Testa (1992, apud Merhy, 1994), o planejamento é necessário na vida do homem contemporâneo, principalmente como instrumento de atividades do processo de gestão das organizações do trabalho e também como prática social transformadora e método de ação governamental na produção de políticas.

Portanto, experiências histórico-sociais deixam claramente expostas que o planejamento deve ser atuado como meio tecnológico sobre a realidade do homem na busca de provocar resultados prévios de dados. Para compreender essa relação entre a constituição tecnológica e o planejamento, a intervenção e as possibilidades de operam instrumentalmente sobre a realidade das práticas sociais na produção de resultados, requerem a análise da capacidade do instrumento de benefícios coletivos de uma maneira que deve-se respeitar a lógica – ético – prática e o controle público.

Foi na história do planejamento que houve a possibilidade da ação instrumental de formas diferentes, onde se preconiza a atuação do planejamento na determinação das relações sociais, e não mais como um instrumento/atividade, tecnologia de ação, sobre o processo produtivo.

De acordo com Merhy (1994, p. 136-137) “o planejamento poderia atuar para a mudança do sistema com mais pertinência, dada a habilidade organizacional de suas sociedades e sua determinação pelos propósitos (intencionalidades) governamentais”. Portanto, planejamento é um meio pelo qual todo ser humano se utiliza para traçar objetivos e caminhos a ser percorridos pelos quais irá alcançá-los. Vale ressaltar que todo planejamento tem função social (propósitos), e desta forma, necessita de muita organização e flexibilidade (se adaptar conforme cada realidade existente).

Merhy (1994) enfatiza sobre os propósitos do planejamento na Saúde da seguinte maneira:

Engajar-se em um projeto de planejamento em saúde significa fazer opções explícitas de enfrentamento de alguns interesses e se aliar com outros, significa construir estratégias e modos de realizar esses enfrentamentos, significa pensar estrategicamente em uma direção, contra outros pensares estratégicos que apontam em outra. (MERHY, 1994, P. 136-137)

Em concordância com a citação anterior, pode-se observar que Merhy (1994), deixa claro que na saúde não existe um único método de planejar e de compreender a própria concepção do que é saúde, precisão e prática, mas o conhecimento que cada indivíduo possui para então intervir na realidade vivenciada. Não existem métodos únicos de como planejar, pois é importante que se leve em consideração espaço, lugar e o tempo histórico e esses

fatores interferem nos resultados objetivados, resultados esse que darão soluções pessoais a cada assunto planejado.

1.3 Especificidades do Planejamento na Saúde nas Três Esferas Governamentais

1.3.1 Ministério da Saúde

A melhor definição das responsabilidades de cada nível de governo, no contexto da implementação do processo de regionalização desencadeado pela publicação da Norma Operacional Assistência a Saúde do Sistema Único de Saúde - NOAS/SUS 01/01, está voltado para a consolidação do SUS. Portanto, para que haja êxito na estratégia da regionalização, cada nível de governo deverá desempenhar suas responsabilidades operacionais e de gestão de forma harmônica e cooperativa. Só assim é possível avançar na superação dos desafios enfrentados na construção do SUS e garantir à população brasileira uma atenção à saúde de qualidade (SOUZA, 2002).

Quadro 1- Planejamento nas três esferas de governo

Federal	Estadual	Municipal
✓ identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito nacional ✓ papel estratégico e normativo ✓ manter unicidade, respeitando a diversidade ✓ busca da equidade ✓ apoio e incentivo para o fortalecimento institucional e práticas inovadoras de gestão estadual e municipal	✓ identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito estadual ✓ promoção da regionalização ✓ estímulo à programação integrada ✓ apoio e incentivo ao fortalecimento institucional das SMS	✓ identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito municipal ✓ planejamento de ações e serviços necessários ✓ organização da oferta de serviços públicos e contratação de privados (caso necessário)

Fonte: Souza, 2002.

Na Constituição Federal, nos seus artigos 196 a 200, estabelece os princípios e diretrizes e suas competências do SUS, mas traz um maior detalhamento da competência e das atribuições da direção do sistema em cada esfera-nacional, estadual e municipal que é

realizado pela Lei Orgânica da Saúde - LOS (Lei 8080, de 19 de setembro de 1990). A própria LOS também estabelece no seu artigo 15 as atribuições comuns das três esferas de governos, em que abrange vários campos de atuação, mas em seus artigos 16 a 19 procura definir as competências de cada gestor do SUS (SOUZA, 2002).

De acordo com o quadro acima, as funções dos gestores dos entes federados diante da NOB SUS 01/96, explicita a noção das obrigatoriedades dos mesmos, e induz divisões de responsabilidades que facilitem a organização do SUS e possibilite melhor atuação.

O Ministério da Saúde tem suas atividades estratégicas no âmbito nacional, no campo de planejamento, controle de avaliação e auditoria e também na promoção da descentralização. As redes assistenciais tem um papel dentro do MS em relação à coordenação de três sistemas: de alta complexidade, de laboratórios de saúde pública, e de sangue e hemoderivados. Além disso, são apontadas as competências na direção nacional do SUS, a identificação de serviços estaduais e municipais no contexto nacional para os estabelecimentos de padrões técnicos de assistência à saúde.

Com uma forma mais específica, cabe ao Ministério da Saúde: elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e o próprio Distrito Federal. Mas, além disso, tem-se a regionalização da assistência que o MS é responsável em definir normas e instrumentos técnicos de implementação da NOAS, que regulamenta as relações entre o SUS com os serviços privados e contratados de assistência à saúde. Há cooperação técnica financeira nos estados para a elaboração dos instrumentos de planejamento como PDR, PPI, PDI e também a prática do monitoramento e controle do sistema estadual, ou seja, regulação. Igualmente, gerenciar o sistema de referência interestadual e acompanhar, controlar e avaliar ações e os serviços de saúde respeitando as competências estaduais e municipais.

É importante definir, normatizar, coordenar e oferecer cooperação técnica nos seguintes sistemas: Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados; Sistema de Laboratórios de Saúde Pública; Redes integradas de assistência de alta complexidade. Procurar realizar investimentos voltados para a redução das desigualdades da iniquidade no território nacional. Exercer o papel de gerente executor de serviços de forma temporário, no caso de unidades complexas de referência nacional ainda que não tivesse sido transferida a estados e municípios (SOUZA, 2002).

1.3.2 Secretaria Estadual de Saúde

No nível estadual, o planejamento tem uma referência indireta e o papel de planejar, programar e organizar as redes regionalizadas e hierarquizadas do SUS. Com isso cabe aos municípios participar desse processo de forma articulada com o processo estadual. De uma certa forma o Estado cumpre as diretrizes do MS, conforme acima. Onde este será responsável pelas mesmas características do sistema de regionalização:

- 1º. articulação e consolidação do Plano Diretor de Regionalização, Programação Pactuada Integrada e Plano Diretor de Investimentos;
- 2º. implantação e gestão do sistema de regulação no âmbito estadual e pela gestão das centrais de regulação;
- 3º. gestão e acompanhamento do sistema de referências intermunicipais
- 4º. coordenação da rede estadual de alta complexidade;
- 5º. coordenação das redes estaduais de hemocentros e de laboratórios de saúde pública;
- 6º. relações com o MS para viabilizar a assistência de alta complexidade não disponível no estado. (SOUZA, 2002).

Conforme a explicação acima, na coordenação e regulamentação do sistema estadual, o gestor deve sempre realizar ações de cooperação técnicas e financeiras aos municípios, e estabelecer normas para o controle e avaliação das obras e serviços de saúde. Além disso, o gestor estadual participa das formulações das políticas nacionais através dos representantes na Comissão Intergestores Tripartite. (SOUZA, 2002).

1.3.3 Secretarias Municipais de Saúde:

O papel da direção municipal do SUS é o de planejar, organizar, controlar, avaliar as ações e serviços de saúde no modelo do SUS, para assim gerir os serviços de saúde. O papel de gestor municipal no momento é de contratação e convênio, conforme art. 26º, que trata do estabelecimento de critérios, valores e parâmetros assistenciais requeridos pelo gestor nacional. O gestor municipal cumpre, de acordo com o gestor estadual, suas diretrizes e normas, sendo somente aquelas que o Estado não contempla como: Analisar as necessidades de serviços; realizar o planejamento e a programação operacional dos serviços de saúde em seu território (próprios, públicos e/ou contratados); executar ações de controle e avaliação dos

serviços públicos e acordados; combinar os serviços privados, em base ao disposto pelo Governo Federal, quando o setor público for insuficiente para satisfazer as necessidades de misteres; sendo o nível mais próximo ao cidadão, o nível municipal é também responsável pelas ações de orientação aos usuários sobre o acesso e o uso dos serviços. Recebe informações sobre os serviços realizados para a população do próprio município e outros serviços localizados fora do território municipal, conforme o desenho regionalizado da rede. E estar participando das formulações das políticas de estaduais com representante na Comissão Intergestores Bipartite (SOUZA, 2002)

1.4 Características e Especificidades dos Planejamentos em Saúde

O planejamento se dá em três níveis, segundo o grau de complexidade do processo de tomada de decisões, o nível hierárquico no sistema em que esse processo ocorre e a amplitude das decisões decorrentes:

- Planejamento normativo ou de políticas;
- Planejamento estratégico;
- Planejamento tático/operacional;

O planejamento de políticas é responsabilidade do nível central do sistema de saúde, das competências dos entes federados, onde promove as mudanças sociais deliberadas ou pretendidas e projetadas para o futuro, esse nível de planejamento está lidando com diferentes interesses, atores sociais em sua relação ao plano de oposição, indiferença ou adesão.

O planejamento estratégico indica meios – táticas – pelos quais julga ser possível atingir as metas desejadas de médio e longo prazo, onde define a estrutura sistêmica para a ação organizacional com as medidas de indicadores para analisar os resultados.

O planejamento operacional se refere às ações (planos) que permitam a organização e execução das estratégias planejadas, estará colocando em prática as ações previstas. (TANCREDI, BARRIOS E FERREIRA, 1998).

No Seminário de 1975, Mario Testa não endossou plenamente a versão final do documento que fez, com um olhar profundamente crítico sobre a estrutura epistemológica do planejamento normativo. Critica a possibilidade de realizar um diagnóstico de uma realidade, sem estar fincado o interesse de alguém, abordar qualquer tema da saúde sem estar assumindo que este é um campo do social, com isso significa procurar um conteúdo neutro e tecnificante deste campo, não passa de uma perspectiva ideológica comprometida com o modo dominante

e hegemônico com o setor saúde se constitui na sociedade capitalista, onde visa o interesse do capital geral e seus governos, e dos grupos de interesse do próprio setor, como os médicos, os empresários da saúde, indústrias de insumos e equipamento do setor e entre outros (MERHY, 1994).

Com a discussão do tema planejamento em saúde, precisamos de uma compreensão da questão do poder sob suas várias formas – políticas, técnico, administrativo, a importância de entender a conformação do campo e das disputas sociais dos diferentes sujeitos sociais que estão envolvidos nesse setor de práticas. Mas para enfrentar um projeto com tal assunto, significa enfrentar confrontos de alguns interesses de fazer aliança com outros, significa construir estratégias e modos de realizar esses enfrentamentos, pensar em uma direção (MERHY, 1994).

Para obter uma melhor compreensão sobre o planejamento, Mario Testa, “passa a ideia de que este, como método, tem uma grande ambição – a de se somar à práxis transformadora”, que são colocadas pelos propósitos de governo que se torna parte das tecnologias de gestão do processo histórico (MERHY, 1994).

Nesse processo da metodologia do CENDES-OPS, que sofreu várias mudanças e obteve poucos resultados na política do setor da saúde, vão tomando caminhos diferentes para uma compreensão em relação ao planejamento em saúde. Aqui no Brasil consolidam-se com os quatro caminhos básicos – a ação programática em saúde, a vigilância à saúde, o planejamento comunicativo e gestão estratégica em saúde (MERHY, 1994).

1.4.1 O Planejamento na Ação Programática em Saúde

Baseia-se na teoria do trabalho que, de acordo com Merhy (1994), nada mais é que o confronto das necessidades de saúde por um conjunto de determinações estruturais, que as ordenam em conformidade com a constituição das práticas de saúde como práticas sociais solidárias à organização histórico-social das sociedades capitalistas e que expressam na sua concretude esta implicação.

Desta forma, planejar:

É construir um novo campo de necessidades, coletivamente expressas pela dinâmica de determinação estruturada do processo saúde-doença, objeto de modelos tecnologicamente ordenados em serviços de saúde, que subordinem as ações individuais e coletivas a um projeto programático. (MERHY, 1995, p.141)

Portanto, é necessário estudar a realidade para planejar ações que sanem as dificuldades encontradas, a fim de propiciar um serviço efetivo e de qualidade às populações, acoplando assim a capacidade crítica da teoria do trabalho, ou seja, transforma e qualifica a mão-de-obra, para obter resultados satisfatórios na qualidade da saúde pública ofertada

1.4.2 A Vigilância à Saúde e o Planejamento

Nessa corrente, procura-se desenhar projetos que modificam o modelo assistencial da política de saúde, realizando a epidemiologia com um avanço para o sucesso no campo da necessidade de saúde, por meio do mapa de risco do território e da microlocalização que indica o processo de intervenção nos locais de serviços de saúde, onde há os riscos, ou seja, as necessidades afins. Admitir uma importância significativa aos processos de microlocalização de risco de para controlar e prevenir propõe:

Um método de planejamento que consiga captar territorialmente esta singularidade como problema de saúde, ao mesmo tempo que possibilita a constituição de ações de gestão dos serviços, coerente com estes processos particulares na busca daquela intervenção sobre o risco, o que formaria a ação da vigilância à saúde. (MERHY, 1994, p. 142)

Dessa forma, lança-se o esforço na construção de um sistema de informação, epidemiologicamente centrado sobre regiões e territórios definidos - com a construção de gestão das práticas e serviços, o distrito sanitário pode acabar com o modelo médico centrado na epidemiologia (MERHY, 1994).

A idéia de Carlos Matus apud Merhy, 1994, p.125 se refere na interpretação específica sobre a produção social e sobre os sujeitos sociais que em ação advogam um método de Planejamento Estratégico Situacional – PES – que possibilita dar, de modo impreciso, na

capacidade de governar à esquerda, enquanto isso um ator social pode governar com G, ou seja, a situação de governo na esfera do sistema político apesar de que todo ator social governa com G. Ele critica epistemologicamente ao planejamento normativo, baseado em sua Teoria da Ação Social, que os atores-governos sempre estão em situação de realização de recortes interessados da realidade, num processo de disputa entre atores sociais que agem intencional e reflexivamente, mandar por racionalidades de distintos tipos como a instrumental, a estratégica e a comunicativa (MERHY, 1994).

A sua Teoria da Produção Social advoga uma relação da causalidade comparável com a ideia de jogo social, ou seja, acumulação de poder para realizar as jogadas é o termo principal, inferir a capacidade de atores em governo governarem suas disputas. Diante disso:

[...] o mundo social não seria plenamente prescritível, e os atores estariam em permanente processo de interação e interprodução, disputando e acumulando poderes para marcar o processo de desenhar o futuro, conforme a capacidade de jogar politicamente, i.é, de acordo com sua capacidade de governo. (MERHY, 1994)

O Planejamento Estratégico Situacional é proposto como método de planejar a intervenção de um determinado ato de governo, a partir de sua situação. Nesse processo está baseados a capacidade do ator declarar, identificar sobre os problemas diante da realidade do seu caminhar para o futuro, assim criando estratégias de intervenção para eliminá-los (MERHY, 1994).

1.4.3 O Planejamento Estratégico Comunicativo

Diante dessa corrente que tenta explorar ao máximo o potencial do Planejamento Estratégico Situacional – PES, que se torna uma poderosa ferramenta para as transformações políticas de saúde no Brasil, em que aponta a possibilidade de ele permitir a construção da viabilidade de Planos de Ação aderentes aos princípios da Reforma Sanitária, que possibilita a maior acumulação de poder no interior dos distintos atores sociais vinculados ao movimento da Reforma, que permite o desenvolvimento da capacidade de governar desses atores, assim tornando mais efetivos na disputa contra o modelo médico-hegemônico, gerindo a política de saúde no Brasil, nos referenciais privatistas e neoliberais (MERHY, 1994).

Mesmo sofrendo as críticas ao PES matusiano, a perspectiva de intervenção está centrada no cálculo estratégico, onde um ator tem um olhar, e outro como inimigo, disputa quem pode ganhar ou perder. Mas o PES se potencializa se for contaminado pela lógica da Ação Comunicativa, que permitiria tratar a relação dos sujeitos em ação do ponto de vista do desenvolvimento de estratégias onde todos ganham (MERHY, 1994).

1.4.4 A Gestão Estratégica e o Planejamento em Saúde

Com a constatação de que o campo da saúde está imerso numa múltipla dinâmica institucional, tanto no plano da relação estado e sociedade, ou seja, no interior das políticas sociais, portanto na configuração de organizações prestadoras de serviços de saúde; ainda no campo do processo de trabalho em saúde se está diante da intencionalidade que vai desde determinantes econômicos e políticos e políticos-ideológicos, dos marcados pelas organizações corporativos e pelos distintos usuários. Além disso, o processo de planejamento, a dinâmica institucional do setor deve ficar bem clara, pois vai depender da disputa do poder e interesse do desenho do gerenciamento de projeto para o campo da saúde (MERHY, 1994).

O planejamento em saúde deve ser colocado no centro dessa disputa e com isso consegue-se um processo de gestão do trabalho e da política no mundo contemporâneo e a própria constituição da subjetividade. As políticas de saúde têm que desenvolver uma compreensão sobre a necessidade da mesma, que se disputa com a natureza pública.

A Gestão Estratégica, assim, considera que os usos das metodologias constituídas no campo da tecnologia de gestão servem como opções tecnológicas para os sujeitos institucionais lançarem mão como ajuda para as suas ações em busca da construção de determinado poder instituído, que seja permanentemente instituinte segundo uma dinâmica de gestão, baseada na publicização das organizações e da própria formatação da construção de políticas no interior da relação entre o Estado e a sociedade. (MERHY, 1994, p. 147).

Considerando as ideologias, pode-se observar que a vida torna-se um fator primordial da execução de qualquer transformação das ações da saúde pública e levando-se em consideração os determinantes econômicos e político-ideológicos, a gestão estratégica e o planejamento adquirem um caráter instrumental que possibilita a publicização da gestão de

políticas, além de gerenciar as reais necessidades de cada realidade estrutural da saúde e seus usuários, com vistas às resoluções dos problemas evidenciados.

1.5 O Processo de Descentralização do SUS

Entre 1998 a 2002 se compreendeu a importância dos avanços no processo de descentralização do sistema de saúde, com as dificuldades nesse processo, que estava influenciando as políticas nacionais com colocação de novas exigências e aperfeiçoamento do SUS nos próximos anos. Diante da regulação nacional no processo de descentralização da assistência, este período se caracterizou pela vigência de duas normas operacionais, a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB-SUS 01/96, que foi implementada nos anos de 1998 e 2000, embora as habilitações na referida norma do ano de 2001, e com o próprio esgotamento dessa norma, levava então a negociação e formulação de outra, sua versão publicada em janeiro de 2001 (NOAS-SUS 01/01) e a segunda Norma foi em fevereiro de 2002 (NOAS-SUS 02/02) (BRASIL, 2002).

Com a adoção de estratégia e elaboração dos instrumentos voltados ao fortalecimento da gestão pública do SUS, de forma complementar às normas operacionais, algumas áreas críticas para a gestão como a programação, regulação, controle e avaliação receberam atenção especial da Secretaria de Assistência a Saúde, principalmente na elaboração dos instrumentos de apoio técnico aos estados e municípios de forma integrada ou complementar às estratégias que estavam no NOAS (BRASIL, 2002).

Em relação aos recursos federais, mediante incentivos financeiros para área específica, foram implantadas no período diversas tabelas voltadas para a implantação de ações e organização de redes assistenciais específica nos estados e municípios regulamentados pelas portarias federais (BRASIL, 2002).

Nesse período houve avanços no processo de descentralização do Sistema Único de Saúde, no momento de implantação da NOB 01/96, no âmbito do financiamento com a implementação do Piso de Atenção Básica (PAB), destinado para esta área, e a transferência de incentivos específicos para campos estratégicos dos ente federados. Além disso, houve o modelo assistencial e da organização dos serviços: fortalecimento da Atenção Básica da Família, e dos Agentes Comunitários de Saúde, a implementação de experiências inovadoras com os avanços na organização da atenção básica e na organização das redes em vários municípios e estados. Na gestão representada por milhares de gestores dos municípios

habilitados de acordo com as condições de gestão da NOB – SUS 01/96, constitui os efetivos gestores do SUS; mas há uma intensa transferência de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para os municípios e estados (BRASIL, 2002).

No final da vigência da NOB – SUS 01/96, mais de 99% dos municípios brasileiros estavam em condição de gestão, sendo que 89% da Gestão Plena da Atenção Básica e poucos com a Gestão Plena do Sistema Municipal, pois as maiores habilitações ocorreram em 1998, no início da implantação da NOB – SUS 01/96. Nos anos de 1999 e 2000 sofreram um ritmo decrescente em números de municípios habilitados em gestão, no ano de 2001, com a publicação da nova norma operacional, os números de habilitações na NOB-SUS 01/96 foi residual. O percentual de municípios habilitados em cada uma das condições de gestão da NOB-SUS 01/96, houve grande variável entre os estados com os diferentes modelos de descentralização nesse período (BRASIL, 2002).

Com os avanços da descentralização, levantou-se novas críticas para a implementação do SUS, no final da década de 1990, existiu debates sobre alguns problemas e desafios até não equacionados como: a divisão de responsabilidade entre estados e municípios, processo de habilitação, financiamento do sistema, planejamento e organização funcional no sistema, resolutividade e acesso aos serviços, monitoramento e avaliação contínua de desempenho e processo de habilitação das secretarias municipais de saúde e transferências fundo a fundo, onde cada um teve sua explicação para ser executado dentro da Gestão Plena da Atenção Básica, com isso o município precisou elaborar o Plano Municipal de Saúde (BRASIL, 2002).

1.5.1- O Sistema de Planejamento do SUS

Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa – Michaelis, planejar é o “ato de projetar um trabalho, serviço e a determinação dos objetivos ou metas de um empreendimento, como também da coordenação de meios e recursos para atingi-los”. Dessa forma, Chorny (1998, apud BRASIL, 2009, p. 17) pensa que, “planejar consiste, basicamente em decidir com antecedência o que será feito para mudar condições insatisfatórias no presente ou evitar que condições adequadas venham a deteriorar-se no futuro”.

O planejamento no setor de saúde configura-se com um relevante mecanismo de gestão, tendo em vista que confere uma direcionalidade ao processo de consolidação do SUS, isso é evidenciado na Lei nº 8.080/1990 em seu art. 16, inciso XVIII. Essa mesma Lei atribui ao sistema municipal de saúde a tarefa de “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e

serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde” está pontuado no Plano Municipal de Saúde com a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS.

No âmbito do Sistema de Planejamento do SUS, o PlanejaSUS – define-se que o Plano de Saúde é definido no Art. 2º da Portaria nº 3.332/2006, que comporta a incorporação com as adaptações que se faz necessário em cada esfera de gestão em consonância com a política nacional de Saúde, que expressa nos atos normativos como “instrumento que a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p.18).

O Plano de Saúde implica no compromisso com os princípios e diretrizes do SUS, com isso rompendo os limites setoriais, promovendo a participação da sociedade organizada.

A Gestão Municipal do SUS assumiu o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde, o qual é anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais, com a ênfase nas necessidades de saúde da população, esse pacto teve que definir as prioridades articuladas e integradas aos seguintes componentes: Pacto em defesa do SUS, Pacto de Gestão e Pacto pela Vida.

1.5.2- A Descentralização de 2000 a 2002: Ênfase na Regionalização

Ao longo do ano 2000 o Ministério da Saúde, por meio da SAS – Secretarias de Assistência a Saúde, com articulações com outras secretarias de políticas de saúde e secretaria executiva, coordenou um intenso debate sobre a negociação com os representantes nacionais dos secretários estaduais e municipais de saúde, junto com a Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde para aperfeiçoar e consolidar a descentralização do SUS. Com a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/01) em janeiro de 2001, surge o fruto desse longo processo negociação. O objetivo geral dessa norma foi o de “promover maior equidade na alocação de recurso e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção” (BRASIL, 2002).

Para atingir esse objetivo, a NOAS-SUS 01/01, reconheceu a importância da regionalização como algo fundamental para aprimorar o processo de descentralização, onde propôs três grupos de estratégias articuladas como forma de descentralização com equidade no acesso de elaboração do plano diretor de regionalização, fortalecimento das capacitações

gestoras do SUS e atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e os municípios (BRASIL, 2002).

Diante dessa norma, foi necessário implantar o processo de elaboração do plano diretor de regionalização, coordenado pelo gestor estadual com a participação dos municípios, como ter no mínimo a divisão do território nacional em regiões ou microrregiões de saúde, seguindo os critérios sanitários, epidemiológico, geográficos, sociais e ofertas de serviços, diagnóstico dos principais problemas de saúde e das prioridades de intervenção, além disso, constituindo módulos assistenciais resolutivos por alguns municípios. Com isso formou-se o primeiro nível de média complexidade, visando garantir as ações de atenção básica. Os fluxos de referências para todos os níveis complexidade têm um relacionamento intermunicipal e a organização das redes de assistências específicas; além disso, o plano diretor de investimento deve suprir as lacunas assistenciais identificadas, de acordo com prioridades de intervenção (BRASIL, 2002).

Portanto, em decorrência dessa estratégia, houve movimento nos estados e negociação entre as Secretarias de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde para a elaboração do planejamento regional da atenção, mas somente 22 estados brasileiros haviam elaborado um esboço do Plano Diretor de Regionalização da Assistência, e encaminhado para análise do Ministério de Saúde. Com a elaboração conjunta desse plano no âmbito do estado, ficou evidenciado problemas relacionados às interpretação da NOAS-SUS 01/01, com a mesmas dificuldade de adaptação local com vários dispositivos da norma. Mas só no segundo semestre o ano de 2001, houve um consenso gerado em torno da regionalização e da importância de uma norma orientadora e dos esforços de planejamento regionalizado no âmbito dos estados, onde reabriram as negociações para revisão da NOAS, com vista à elaboração da segunda versão da norma (BRASIL, 2002)

1.5.3 A NOAS-SUS 01/02: Publicação e Implantação Inicial

Com o movimento de revisão das bases normativas da NOAS, surgiu uma nova edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002, por meio da Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, que introduziu novas alterações no processo de descentralização com as negociações realizadas com representantes dos estados e municípios. Tais mudanças do conteúdo da NOAS-SUS 01/02 em relação à NOAS-SUS 01/01, são comando único sobre prestadores: com a ideia de comando único, passou-se admitir a existência de módulos

assistenciais no município sede, caso estivesse habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada - GPAB-A, se não houvesse condições de se habilitar, o único sistema desse município passaria para o gestor estadual. Uma vez que a microrregião fosse qualificada, o estado passaria a receber diretamente do fundo estadual os recursos correspondentes ao M1 dos módulos do município-sede. A gestão das referências intermunicipais foram alteradas em alguns dispositivos no sentido de fortalecer o papel do estado na gestão das referências intermunicipais, incluindo mudança na apresentação dos tetos financeiros municipais (BRASIL, 2002, p.27).

A publicação da NOAS SUS 01/02 resultou em um intenso movimento dos estados, pois já havia um grande avanço no processo de negociação local e planejamento regionalizado da assistência – na conclusão dos seus Planos de Regionalização, Planos Diretores de Investimento e da Programação Pactuada e Integrada. Ao longo ano de 2002 diversos estados apresentaram na Comissão Intergestores Tripartite, os processos de pleito de habilitação segundo a NOAS-SUS 01/02, em agosto de 2002 a situação de habilitação do estado se torna Plena no Sistema Estadual (BRASIL, 2002).

Com a implementação da regionalização, de acordo com NOAS-SUS, a habilitação municipal passa a depender de vários passos prévios a serem assumidos pelos estados, mesmo adotando medidas de garantir o direito de habilitação dos municípios. A escolha da modalidade de gestão deixou de ser uma decisão solidária do município em pauta, passando a depender da rede de serviços e o papel representado em relação aos gestores dos municípios onde dependem. Além disso, a Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101, de 2000) obrigou os municípios a terem maior cautela na gestão do gasto público (BRASIL, 2002).

Essa NOAS-SUS traz em suas diretrizes e normas o funcionamento do SUS, mas ainda contempla alguns itens que continua regulamentado, como as estratégias de fortalecimento da gestão descentralizada no SUS, formulação e implementação da Programação Pactuada Integrada e o uso de indicadores de patologia clínica, como instrumento de gestão, na atual situação de alocação de recursos, temas relevantes aos gastos financeiros dos SUS, porém esse processo influenciou os municípios a seguirem as NOAS-SUS (BRASIL, 2002).

1.5.3 Pacto pela Saúde – 2006

O Pacto pela Saúde apresenta as diretrizes e consolidação do SUS. Foi publicado pela portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, contemplada e firmada entre os três níveis de gestores do SUS, em suas dimensões: pela vida, em defesa do SUS e de gestão (BRASIL, 2006).

Apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, nas quais ressaltamos a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromissos, a Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante no processo de Descentralização, e as várias formas de repasses de recursos financeiros federais e também a unificação dos vários pactos existentes. Para este documento ser publicado passou por várias discussões envolvendo os técnicos e direção das diversas áreas do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e foi aprovado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite de 26 de janeiro de 2006 e passando na reunião do Conselho Nacional de Saúde em 09 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006).

Começando no Pacto pela Vida, os compromissos entrem os gestores do SUS, com prioridades sobre a situação de saúde da população brasileira, a definição seria estabelecida por meios de metas nacionais, estaduais, regionais e municipais, que são pactuadas de acordo com a realidade local. O Pacto em Defesa do SUS estabelece as diretrizes e responsabilidades para o trabalho dos gestores das três esferas de governo:

Expressar os compromissos entres os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecida na Constituição Federal; Desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública; (BRASIL, 2006, p.15).

O Pacto de Gestão estabelece os aspectos da descentralização; regionalização; financiamento; planejamento; programação pactuada integrada – PPI; regulação; participação e controle social; gestão do trabalho e educação na saúde (BRASIL, 2006).

Para o processo de implantação e monitoramento dos pactos pela vida e de gestão, os gestores das três esferas de governo realizam a revisão normativa em várias áreas,

regulamentadas em portaria específicas, pactuadas na Comissão de Intergestores Tripartite através do Termo de Compromisso de Gestão Municipal, Distrito Federal, Estadual e Federal, com documento formalizado nos pactos pela vida e de gestão. Além disso, espera-se que seja regulamentado em normatização específica, contendo metas e objetivos do pacto pela vida e de gestão com as responsabilidades e atribuições de cada gestor; pois os termos de compromisso de gestão devem ser aprovados nos respectivos conselhos de saúde (BRASIL, 2006).

A implantação e implementação da NOAS-SUS 01/96, 01/01 e 01/02, facilitou que os municípios e estados que estivessem habilitados em Gestão Plena do Sistema, já que contemplavam nas Normas Operacionais da Assistência à Saúde estes itens e continuarão gozando das mesmas prerrogativas e responsabilidades até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Municipal (BRASIL, 2006).

Em relação à direção e articulação do SUS, esta é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, de acordo com os termos das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/1990. Mas o processo de articulação entre os gestores nos diferentes níveis do sistema ocorrem em dois colegiados de negociação: a CIT e a CIB, que pactuaram sobre a organização, direção e gestão da saúde. A CIT é composta pelos representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), que se reúnem para a elaboração de propostas de implantação e operacionalização do SUS (BRASIL, 2006).

A CIB é composta de forma paritária e integrada por representante da Secretaria do Estado de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), ou órgão equivalente. É a instância privilegiada de negociação e decisão nos aspectos operacionais do SUS. Deve ter representantes dos municípios e também o Secretário de Saúde da Capital, como parte do processo de constituição das regiões de saúde, com isso constituindo Colegiados de Gestão Regionais (BRASIL, 2006).

1.5.4 - Processo de Descentralização e de Regionalização do SUS em Mato Grosso

O processo de descentralização e regionalização das ações e serviços de Saúde de Mato Grosso, a partir de 1995, focou o desenvolvimento da Política Estadual de Saúde, uma vez que implica entre outros aspectos, caracterizar o papel desempenhado pela estrutura

desconcentrada da Secretaria de Estado da Saúde (SES), hoje consolidadas nos Escritórios Regionais de Saúde (ERS) (GONZAGA, In: MATO GROSSO, 2002).

Enquanto unidades desconcentradas da SES, tinha responsabilidade de atender as demandas diretas dos municípios com todas as dificuldades e interesses, pois correspondia a demanda das áreas mais centralizadas desta, no desenvolvimento da Política Estadual. Pensar num prisma que significa contextualizar as estruturas regionais no que diz respeito ao seu papel para o processo de descentralização e orientação para a política proposta e ao mesmo tempo explicar as dificuldades enfrentadas e conflitos decorrentes da dupla entrada de demandas (GONZAGA, In: MATO GROSSO, 2002).

A abordagem que se pretende apresentar neste documento é a evolução da Política Estadual de Saúde, sob a ótica das estruturas administrativas regionalizadas da SES, foi a partir dos processos ocorridos no período de 1995 até 2001, escritos nos documentos das ERS e pelo nível central da SES que ocorreram oficinas de trabalho de programação e relatórios anuais de avaliação, com o objetivo de transparecer a ótica desse agente na política estadual de saúde (GONZAGA, In: MATO GROSSO, 2002).

Diante da análise dos documentos produzidos a partir de 1995, houve um processo de evolução da descentralização e regionalização do SUS em Mato Grosso em três períodos, ou seja, o primeiro período foi de 1995 a 1997, onde se caracterizou a fase de reorganização e estruturação do ERS; já no segundo período de 1997 e 1999, houve a intensificação do processo de cooperação técnica aos municípios para a organização da atenção básica e processo de gestão; e o terceiro período, a partir de 2000 até o momento atual caracterizou o processo de integração da política microrregional. Destacou-se aqui as principais características do processo da política de saúde implementado nesses períodos, na evolução dos ERS e sua importância do processo de organização do SUS em Mato Grosso (GONZAGA, In: MATO GROSSO, 2002, p. 68).

A estrutura organizacional básica e setorial da SES/MT se dá através de vários níveis e podemos destacar dentre eles o nível da administração regionalizada e desconcentrada (MATO GROSSO, 2010).

Atualmente as estruturas administrativas regionalizadas e regulamentadas pelo Decreto Estadual nº 2.916 de 19 de outubro de 2010, que aprovou o Regimento Interno da SES, retratou que as mesmas foram órgãos auxiliares no nível hierárquico da Administração Pública Estadual de natureza instrumental na obediência aos princípios, normas e diretrizes do SUS (MATO GROSSO, 2010).

Foi enfatizado que os Escritórios Regionais de Saúde (ERS) estão subordinados a uma Gerência de Apoio aos Escritórios Regionais, que são conduzidos em pleno funcionamento e acompanhamento da administração, pois o Escritório Regional de Saúde tem como missão, viabilizar o processo de descentralização da saúde em conjunto com as diretrizes do SUS e compete-lhe:

- I - efetivar a gestão regionalizada da Política Estadual de Saúde, assessorando e monitorando os municípios no planejamento e execução das ações na área de saúde;
 - II - promover as pactuações regionalizadas na área de Saúde;
 - III - coordenar os Colegiados de Gestão Regional.
- A diretoria do ERS tem sua missão e competindo-lhe:
- I - coordenar, acompanhar e controlar, no âmbito regional, a execução das ações relativas a atenção à saúde, vigilância em saúde e ao complexo regulador;
 - II - realizar pactuações regionalizadas na área de Saúde;
 - III - dirigir os colegiados de Gestão Regional. (D.O, 2010, p.27).

O ERS de Juara possui suas subdivisões: a Diretoria do Escritório Regional de Saúde, Gerência de Atenção à Saúde e Gerência de Vigilância em Saúde. Pode-se verificar as competências direcionadas para área administrativa organizacional regionalizada.

Para uma melhor compreensão do processo de regionalização ocorrido no Vale do Arinos, é necessário um breve resgate histórico. Antes do processo de regionalização neste município, as cidades de Novo Horizonte do Norte, Porto dos Gaúchos e Tabaporã, que contemplam essa região, estavam ligados ao Escritório Regional de Saúde de Diamantino, com uma logística muito difícil, principalmente em relação à retirada de insumos como imunobiológicos, medicamentos da Atenção Básica e dos programas especiais com Tuberculose, Hanseníase, Hipertensão e Diabetes. No caso da vacina era enviada de Diamantino para Cuiabá e despachada para Juara, via aérea (JUARA, s.d.).

A criação do ERS – Juara foi concretizada em julho de 1999, junto com a concepção dos escritórios de Alta Floresta, Peixoto de Azevedo e Água Boa. O funcionamento desse ERS se iniciou em março de 2000, tendo como primeiro diretor, o farmacêutico Denis Cristian Cardoso, sendo que nos dois primeiros anos o Escritório funcionou dentro do Posto de Atendimento Médico – (PAM) no município da cidade de Juara. Vale ressaltar que a atual sede desse ERS foi cedida documentalmente pelo município de Juara para a Secretaria de

Estado de Saúde – SES e passou a funcionar em fevereiro de 2002, sendo que a inauguração oficial ocorreu em 14/12/2002 (JUARA, s.d).

O quadro de funcionários na época era composto pelo diretor, auxiliares de enfermagem, auxiliares administrativos, tendo três técnicos da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, que atuavam na área de Endemias, sendo disponibilizados pelo Estado.

No primeiro ano de funcionamento, já exerciam suas funções integralmente no ERS-Juara, a Coordenadoria da Atenção Integral, e parte da coordenadoria da saúde coletiva, exceto a Vigilância Sanitária, não estava estruturada devido a falta de técnico na área. Atualmente, a Vigilância Sanitária se encontra estruturada com as demais Vigilâncias: Epidemiológica e Ambiental, como também com a Coordenadoria da Atenção Integral (JUARA, s.d).

A Gestão do primeiro diretor foi de 2002 a 2003, com isso até a presente data, o ERS-Juara foi administrado por quatro diretores, sendo que atualmente está na administração a senhora Silene Regina da Silva Marmol, com um quadro de vinte e um funcionários. Hoje o ERS-Juara encontra-se organizado estruturalmente e administrativamente com seus profissionais qualificados e preparados para atuar conforme a necessidade exposta pelos seus municípios de abrangência. Lembrando que por meio dos veículos de comunicação, os intercâmbios de informações entre a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso (SES-MT) e o ERS-Juara, possibilita a melhoria dos trabalhos e atividades desenvolvidas corretamente, ofertando assim, em tempo, as respostas solicitadas pelos entes federativos (JUARA, s.d).

Os municípios que compõe o Escritório Regional de Saúde são: o próprio pólo de Juara, Novo Horizonte do Norte, Porto dos Gaúchos e Tabaporã. O Escritório Regional de Saúde possui os seguintes setores como: Coordenadoria da Atenção Primária, Coordenadoria da Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental, Central de Regulação, Comissão Permanente de Integração de Ensino e Serviços – CIES e Colegiado de Gestão Regional (JUARA, s.d).

A Região Vale do Arinos tem representante no COSEMS, que é o Secretário Municipal de Saúde de Novo Horizonte do Norte, representante nas reuniões da CIB e no Colegiado de Gestão Regional. O Escritório Regional de Saúde de Juara é responsável pela coordenação, articulação e organização dos sistemas de saúde in loco regional, além de programas e dos projetos dos municípios em função das políticas e diretrizes da SES/MT,

com isso se torna um elo entre os municípios de abrangência com a Administração Central (SES), dando suportes em ações desenvolvidas (JUARA, s.d).

CAPÍTULO II

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

2.1 A História de Educação Permanente em Saúde

Bem antes de regulamentar o SUS, o setor de saúde na década de 1980, estava passando um processo de redemocratização no país, o que possibilitou as discussões sobre as formas e conteúdos que deveriam caracterizar a saúde pública no Brasil, sendo o SUS o mais emblemático resultado desse contexto. Em relação à formação dos profissionais do setor de saúde, aqueles trabalhadores que exerciam suas funções de baixa complexidade, eram instituídos pela própria organização empregadora, um grande número de trabalhadores, a quem denominamos de atendente de enfermagem, passam a ser contratados para exercer atividades de assistência à saúde, sem qualquer formação escolar. As próprias instituições ficavam responsáveis para preparar os atendentes de enfermagem, através de curso rápido, os quais se limitavam ao ensino de técnicas de enfermagem (CÊA, 2007).

Nessa trajetória de surgimento de escola para preparação na área de enfermagem, destacou-se uma enfermeira com novas ideias, o que motivou a concretização de um método de ensino-aprendizagem com uma formação profissional, que tivesse como principal característica a inclusão. Somente os treinamentos não surtiram o efeito esperado, portanto foi necessário pensar em uma escola na qual o processo educacional passasse por mudanças.

A enfermeira idealizadora de novas ideias foi Izabel dos Santos, que pensou em novas atitudes devido sua experiência profissional no imenso Brasil, com a arte, a paixão e a competência de aprender fazendo, embasada sempre em bons autores.

Passei a perceber que essa escola deveria ter regimentos diferentes, currículos diferentes, ofertar cursos descentralizados, pensar na qualidade da assistência à saúde prestada e formar instrutores e supervisores de ensino em processo técnicos e pedagógicos diferentes. (CASTRO, 2002, p.58).

Izabel Santos não se apercebeu que já estava ensinando o fazer no cotidiano com a prática do serviço da saúde. Utilizou o conhecimento que tinha, com a abordagem

provocadora de mudança de hábito na prática do trabalhador da saúde. Esses foram os primeiros passos que marcaram o nascimento da política de Educação Permanente nessa tão importante área, saúde.

Para entender como ocorreu a educação permanente em saúde, é imprescindível conhecer também o contexto histórico em que o Brasil estava inserido na ocasião da reforma Sanitária de 1988, quando surgiu o SUS, um modelo de seguridade social com estrutura de proteção social abrangente, como a universalidade da cobertura e do atendimento, uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações rurais e urbanas, equidade na forma de participação do custeio, com caráter democrático e ênfase na descentralização da gestão administrativa. Na Constituição Federal de 1988, o Estado assumiu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, conforme os art. 194 e 196 (BAPTISTA, 2003).

Com definição do SUS na constituição federal de 1988, houve negociações em torno da regulamentação do SUS, com a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 (LOS), com definição para detalhamento de seus objetivos e atribuições, buscando aprofundar a questão do financiamento, da regulação do setor privado, da descentralização, regionalização e hierarquização do sistema, da participação popular entre outras. Ainda houve negociações da parte da sociedade, para contemplar a lei original, sendo aprovada a Lei 8.142, que vem definir algumas propostas vetadas da regra original, falando a respeito do financiamento e a participação popular (BAPTISTA, 2003).

Com o progresso avançando no país e surgindo medidas efetivadas voltadas para a formação dos profissionais da saúde, foram implementadas na década de 1980 e 1990 os projetos de formação: Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Saúde, conhecido Projeto Larga Escala; construção e constituição da instituição da Rede de Escolas Técnicas de Saúde do SUS (RETS-SUS); e instituição dos Centros de Formação de Recursos Humanos em Saúde (CÊA, 2007).

Como a lei 7.498/86 não conseguiu oportunizar a profissionalização do imenso contingente de trabalhadores exercendo a função de atendentes de enfermagem, que continuavam sendo inseridos no mercado de trabalho sem a formação requisitada, ocorreu a promulgação da lei federal nº 8967 de 28 de dezembro de 1994, que alterou o art. 23 da lei nº 7498/86, assegurando aos atendentes que foram admitidos antes da vigência da mesma, ou seja, antes de 1986, que exerciam atividades elementares de enfermagem, obrigando-os a buscar uma formação específica na mesma área (CÊA, 2007).

Com isso surgiram várias escolas com formação no campo da enfermagem. O Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) foi instituído em 15 de outubro de 1999, pela Portaria nº 1.262 do Ministério da Saúde, com parceria do Ministério da Educação e Ministério do Trabalho e Emprego. A finalidade do PROFAE foi a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, por meio da qualificação de profissionais do setor. O objetivo principal deste projeto foi ofertar oportunidades de profissionalização em grande escala no Brasil, sendo implementado, sob a responsabilidade do MS, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Constituiu-se uma política como o principal instrumento de qualificação da força de trabalho da área de enfermagem no Brasil (CÊA, 2007).

2.2- Pólo de Educação Permanente em Saúde

De acordo com a Portaria GM/MS 198 de 13 de Fevereiro de 2004 no anexo II, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma proposta de ação estratégica que visa contribuir para transformar e qualificar os serviços e ações de saúde, além das práticas pedagógicas. Portanto, com vista a exercer uma Educação Permanente em Saúde de qualidade, foi criada a proposta de implantação e mobilização de Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, as instâncias interinstitucionais e locais/regionais/rodas de gestão (BRASIL, 2004).

Este Pólo, por sua vez, surgiu para ter a condução e coordenação colegiada, banindo a hegemonia da verticalidade do comando e da hierarquia nos fluxos. Suprindo assim, a construção pragmática fragmentada e valorizando o potencial de mobilização e de descentralização das estruturas tradicionais (BRASIL, 2004).

Essa mesma portaria estabelece o processo de constituição dos Pólos de Educação Permanente, uma vez que a Política Nacional desse tipo de educação supõe a integração entre ensino e serviços, entre formação e gestão setorial. E também entre o desenvolvimento institucional e controle social, onde estão baseados todos os princípios e validações dos projetos e o acompanhamentos da execução do mesmo (BRASIL, 2004).

A função dos Pólos de Educação Permanente em Saúde é promover a formulação e a integração de ações de formação de diversos atores sociais, induzirem o processo de transformação das práticas de saúde, formular políticas de ampliação e de desenvolvimento em bases geopolíticas territorializadas e estabelecer relações cooperativas com os demais

Pólos, compartilhando assim, iniciativas e o acesso a saberes e práticas de outros locais (Brasil, 2004).

Considerando o processo de implementação de tal política, portaria nº GM/MS nº 1.996, que define novas diretrizes e estabelece que a sua condução se dê por meio dos Colegiados de Gestão Regional, que requer a constituição das Comissões Permanentes de Integração Ensino – Serviço (CIES). Também situa a necessidade de construção dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde. Define ainda que as CIES são instâncias intersetoriais e interinstitucionais que participam da formulação no desenvolvimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, previsto no art. 14 da lei 8.080/90 e na NOB/RH – SUS.

Com o passar do tempo no cenário nacional percebia-se o reflexo do perfil inadequado dos trabalhadores de saúde, formados pelas instituições de ensino do país. Coube a SEGETS discutir e elaborar proposta inicial de Política de Educação Permanente em Saúde para os trabalhadores do SUS (ANJOS, 2009).

Em 2003, após amplo debate entre vários técnicos, com representação de diversas instituições como: Conselho Nacional de Saúde (CNS), Secretários de Saúde (CONASS), Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS); profissionais de instituições de ensino que ofereciam especializações e residências para os indivíduos das equipes de saúde da família, além dos participantes dos referidos cursos, foi então criado o embrião da Política de Educação Permanente (ANJOS, 2009).

Em 13 de fevereiro de 2004, a Portaria nº 198/GM/MS, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como estratégia do SUS, com objetivo para formação de recursos humanos para a área de saúde e incrementar participação da sociedade nas decisões políticas do SUS (BRASIL, 2004).

No Brasil, a saúde é um setor que se transforma nos segmentos sociais e políticos, cuja ação é fundamental para continuidade e ao avanço do movimento da Reforma Sanitária, numa ação de participação dos autores e atores na concretização do SUS. Com esse objetivo buscou-se mudanças no campo da prática de saúde e no campo da formação de profissionais (BRASIL, 2004,).

A Educação Permanente em Saúde surgiu com uma proposta de ações de estratégias capazes de realizar a transformação dos processos formativos e a práticas pedagógicas junto às instituições de ensino, ou seja, formadores de profissionais da saúde (BRASIL, 2004)

Diante do pressuposto de aprendizagem que sugere a transformação das técnicas dos sujeitos, e críticas sobre essas práticas, com os profissionais reais numa ação de rede de

serviços, observa-se que a educação permanente realiza o encontro entre o mundo de formação e o mundo do trabalhador, no qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2004).

A partir daí, os processos de qualificação dos trabalhadores de saúde deveriam ser orientados com a necessidade da população, da gestão setorial, e do controle social, ou seja, seriam estruturados a partir de problematização, respondendo às indagações: Como mudar essa situação? E qual a qualidade? Por quê? Em algumas capacitações os trabalhadores já trazem o conhecimento empírico, e não é o seu foco principal o aprendizado diferenciado, mas a contextualização da sua realidade ao processo de trabalho valoriza esse momento, que torna a aprendizagem mais envolvente e promissora, além de sanar os reais questionamentos, que afligem o seu dia-a-dia. Por outro lado os novos conhecimentos ou atualizações, com isso há um envolvimento nos aspectos pessoais e valores e as ideias que cada profissional tem sobre o SUS (BRASIL, 2005).

Na proposta da educação permanente, sobre a capacitação da equipe, juntamente com os conteúdos e as tecnologias que devem ser utilizadas, precisa partir da observação dos problemas no dia-a-dia do trabalho, espera-se que os usuários fiquem satisfeitos com a atenção prestada (BRASIL, 2005).

A transformação das práticas surge com a participação do aprendizado através dos questionamentos, e a construção de novos saberes baseados na vivência e experiência pessoal-profissional de cada ator independente do seguimento em que esteja inserido (MARANDOLA, 2009).

A Educação Permanente em Saúde possui semelhanças à Pedagogia de Paulo Freire, ou seja, a pedagogia libertadora, pela qual se fundamenta uma aprendizagem com os temas escolhidos pelo próprio grupo cultural, esse tipo de aprendizagem é chamada de “roda”, e torna-se um espaço de troca de ricas experiências entre os sujeitos. A educação constante requer algumas ações das instituições formadoras como técnica, graduação e pós-graduação da organização do trabalho, com interação com as redes de gestão e de serviços de saúde com o controle social neste setor. Mas a educação contínua em saúde será feita através dos pólos que devem articular interinstitucionalmente, como algo importante para o funcionamento das rodas para a gestão dessa forma de atividade, que são:

Espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras; locus para identificação de necessidades e para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no SUS (BRASIL, 2004, p.11)

O que é importante no funcionamento das rodas é que os pólos devem funcionar como dispositivos do Sistema Único de Saúde para uma promoção de mudanças tanto nas práticas de saúde quanto nas de educação na saúde, para o funcionamento como rodas de debate.

2.3 A Educação Permanente em Saúde Opera o Quadrilátero da Formação

A Educação Permanente em Saúde traz para a interação dos segmentos de formação, a atenção, a gestão e o controle social em saúde, respeitando as características locais, valorizando a capacidade instalada, desenvolvendo as potencialidades existentes em cada realidade, estabelecendo a aprendizagem efetiva e criativa, com capacidade crítica produzindo uma auto-análise e autogestão. Diante do pensar/providenciar com seus subsídios que se pense/providencie, da educação constante em saúde surgiram as características dos componentes do Quadrilátero da Formação: análise da educação dos profissionais de saúde: na concepção hegemônica tradicional (biologista, mecanicista, centrada no professor e na transmissão de conhecimento, já na concepção construtivista/interacionista, de problematização das práticas e dos saberes); pois mudar essa concepção lógica-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento por uma segunda produção de tecnicista (CECCIM, 2004).

A análise da construção de novas práticas de saúde, com os desafios da integralidade da humanização e da inclusão da participação dos usuários vem sendo discutidas, como também a análise da gestão setorial, que configura um modo criativo e original na rede de serviços, de maneira que o usuário possa realizar uma avaliação à satisfação do ofício; está sendo feito a análise também da organização social: na qual os movimentos sociais interagem numa visão ampliada das lutas por saúde e na construção do atendimento das necessidades sociais (CECCIM, 2004).

Os métodos educativos devem ser críticos, pelo qual se pode almejar a possibilidade de pertencer aos serviços/profissionais/estudantes, pois esse conhecimento pode se cruzar entre os saberes formais previstos pelos estudiosos ou especialistas e os saberes operadores da realidade com os profissionais em atuação, possibilitando a realização de uma auto-análise e autogestão (CECCIM, 2004).

Práticas educativas podem nos levar a uma reflexão de que a educação permanente em saúde pode ocupar um lugar ativo, onde precisamos:

Abandonar (desaprender) o sujeito que somos, por isso que sermos sujeitos (assujeitados pelos modelos hegemônicos e/ou pelos papéis instituídos) precisamos ser produção de subjetividade: todo o tempo abrindo fronteiras, desterritorializando grades de comportamento ou de gestão de trabalho (CECCIM, 2004).

Portanto, também no trabalho, deslocar da subjetividade hegemônica, deixar de ser o sujeito que se tem sido dentro dos antigos modelos pré estabelecidos de ser profissional, ser estudante, de ser paciente (acomodado nas cenas clássicas e duras da clínica tradicional, mecanicista, biologicista, procedimentos centrados e medicalizadores), o sistema tem necessidade de atores ativos na cena de formação e trabalho, produzindo a diferença, que afeta e modifica, com isso produzindo um abalo em no ser sujeito, colocando em permanente produção do “aqui-e-agora”, diante dos problemas verdadeiros, de pessoas reais e equipes autênticas (CECCIM, 2004).

2.4 - Comissão Permanente de Integração e Ensino Serviços do Estado de Mato Grosso

No Estado de Mato Grosso foi constituído a Comissão de Integração e Ensino e Serviços de maneira ascendente, com a criação das Comissões de Integrações de Ensino Serviços IES Regionais. Hoje há 16 CIES Regionais e uma Estadual.

Com a evolução do desenvolvimento histórico da Política de Educação Permanente em Saúde vem se destacando vários processos políticos em Mato Grosso, impulsionados pelo Ministério da Saúde com a CIES, que foi antecedendo e ganhando novos contornos à medida que a SES realizou a adequação à política do Ministério da Saúde, com relação à qualificação dos trabalhadores para a saúde da família (PLANO DE AÇÃO, 2011).

Foi a partir de 2003 que Mato Grosso vivenciou um novo contexto, orientado pela conjuntura nacional de recondução da política da educação permanente e implantou o Pólo de Educação Permanente em Saúde de Mato Grosso (PEPSUS-MT), formalmente criado pela Resolução CES/MT nº 27/2003 (SES, 2003).

A PEPSUS-MT tem o objetivo de identificar as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, formular políticas de educação permanente para o sistema público, estabelecer articulações e estratégias para a operacionalização dessa política, visando o fortalecimento da capacidade de gestão de Estado de Saúde (SES, 2003)

Com o cenário da instituição do Pólo de Saúde no Mato Grosso, ficou fortalecido as necessidades de instituir a educação permanente sendo o pilar para promover as mudanças na consolidação do SUS. O PEPSUS-MT se manteve em atividade como núcleo de articulação entre as esferas de gestão do SUS e das instituições de ensino, pactuando os projetos no período de 2004 a 2007 (PLANO DE AÇÃO, 2011).

Diante da criação dos pólos de PEPSUS-MT, o Ministério da Saúde e pesquisadores foram analisar os pólos existentes no país em 2005/2006, inclusive de Mato Grosso. Com os resultados desse processo de avaliação e as novas diretrizes do Pacto de Saúde, levou-se a reformulação da Política Nacional de Educação Permanente, com a Portaria GM nº 1996 de 20 de agosto de 2007, com isso materializando a CIES com espaço para discussão e articulação da Política de Educação Permanente no âmbito do Estado de Mato Grosso e estando vinculada aos Colegiados de Gestão Regionais (CGR) e Comissão Intergestora Bipartite (CIB/MT) (PLANO DE AÇÃO, 2011)

Com a CIES instituída precisava formar o Grupo de Trabalho que posteriormente foi apresentada na CIB/MT a criação e a composição da CIES/MT, assim nasceu e constitui a CIES Estadual, deliberada e pactuada pelas Resoluções CIB nº 71 e 72 de 23 de julho de 2009 (PLANO DE AÇÃO, 2011).

A partir daí, houve um grande avanço na implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no Estado, as várias reuniões desencadearam a discussão de questões pertinentes ao conceito e significado da EPS, organização do processo de trabalho, plano de trabalho, e um Guia de Diretrizes para elaboração e encaminhamento dos Planos de Ação Regionais e Estadual de Educação Permanente em Saúde (PAREPS).

As Regionais instituíram as CIES, que deveriam estar elaborar o PAREPS, o Regimento Interno, passando pela aprovação do CGR.

Nesse contexto as CIES vêm avançando em suas ações gradativamente e se consolidando como parte da Política de Educação Permanente em Saúde, com ênfase na Regionalização, contando com a participação de órgãos governamentais, entidades representativas dos trabalhadores do SUS, movimentos populares e colegiados que defendem o sistema mais solidário.

A ESP/MT tem sido a grande parceria com a gestão municipal para a execução da educação profissional em saúde do estado e da Educação Permanente, aliadas com vários parceiros potenciais, como o COSEMS/MT e outros.

Hoje Mato Grosso consta implantado em sua microrregião a Comissão de Integração de Ensino e Serviços e com a data de resoluções em suas Regionais, conforme o anexo IV.

2.5 – Comissão de Integração de Ensino e Serviços da Região do Vale do Arinos.

A Educação Permanente como conceito pedagógico, no setor de saúde, segundo a Portaria GM/MS nº 1996 de 2007, efetua relações orgânicas entre ensino, ações e serviços entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social. Essa mesma educação permanente, dentre vários objetivos, destaca-se a estratégia eficaz para mudança de prática de atenção à saúde, valorizando as necessidades locais da população e humanização do tratamento ¹.

Com esse pensar, os gestores de saúde do Vale do Arinos, em 2008, através das reuniões mensais até então denominadas de CIB Regional (atualmente Colegiado de Gestão Regional) e em consonância com a já citada consideraram a relevância das especificidades locais, a superação das desigualdades regionais, bem como, a condução da Política de Educação Permanente em Saúde na região. Criou em fevereiro do mesmo ano, a Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço – CIES do Vale do Arinos, sendo pactuada pela Proposição Operacional/001 de 25 de fevereiro de 2008/CIB Regional Vale do Arinos e também pactuada na CIB Estadual/MT ¹.

Tiveram como primeiros encaminhamentos assegurar recursos financeiros para Educação Permanente em 2009 na comarca, elegendo pontos relevantes e elaborando projetos que fossem comuns à especificidade do lugar. Foi uma oportunidade para realizar no mesmo ano, o I Encontro de Educação em Saúde no Vale do Arinos ¹.

Vale ressaltar que a criação da CIES Vale do Arinos foi a primeira a ser elaborada no Estado de Mato Grosso, ressaltando que ainda não havia sido cunhado e constituído a CIES Estadual. Assim, em abril de 2008, a criação foi homologada através da Resolução CIB Nº. 011, onde além da CIES Vale do Arinos, também foram homologadas as criações das CIES de Alta Floresta e Água Boa. Vale ressaltar que somente em 2009, com a Resolução CIB nº 71 de 23 de junho de 2009 criou-se a Comissão de Integração Ensino-Serviço do Estado de Mato Grosso – CIES/MT (MATO GROSSO, 2009).

Seu funcionamento foi organizado com reuniões mensais, seguindo o calendário das reuniões do Colegiado de Gestão Regional (CGR), otimizando veículo, tempo e recurso.

Os primeiros projetos elaborados pela comissão do Vale do Arinos foram: Introdutório da Saúde da Família, Assistência Farmacêutica, Repolitizando o SUS: Em Defesa da Vida, Doenças Emergentes e Reemergentes, Fortalecimento do Processo de Regionalização do SUS e Descentralização da Política de Educação Permanente para o SUS em Mato Grosso - Regional de Juara. Dos referidos projetos, conseguiu-se assegurar recurso financeiro no ano subsequente (2009) aos projetos: Introdutório à Saúde da Família, Fortalecimento do Processo de Regionalização do SUS, Descentralização da Política de Educação Permanente para o SUS em Mato Grosso - Regional de Juara e Repolitizando o SUS (MATO GROSSO, 2009).

Os objetivos dos referidos Planos eram o de estabelecer diretrizes para a construção da Política de Educação Permanente em Mato Grosso, fomentar a implantação das Comissões de Integração Ensino Serviço Estadual e Regional, Assessorar e monitorar as CIES implantadas e a serem implantadas, fortalecer a Atenção Básica e o Processo de Regionalização, realizar cursos, capacitações, aperfeiçoamento embasados em indicadores prioritários, dentre outros (MATO GROSSO, 2009).

No Vale do Arinos, pela Resolução Nº 17 de 16 de novembro de 2010, aprovou-se o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde – PAREPS para o ano de 2011. Ainda no mesmo ano, o CGR do Vale, aprovou o remanejamento do recurso financeiro do Repolitizando o SUS para o projeto de Assistência Farmacêutica com a Resolução nº 009 de 18 de junho de 2010/Colegiado de Gestão Regional Vale do Arinos (MATO GROSSO, 2009).

Diante das CIES em funcionamento necessitava-se da criação de um Regimento Interno que melhorasse o funcionamento dessas comissões nas regiões de saúde bem como da CIES/MT. Assim, a comissão central criou o Regimento Interno que foi aprovado pela

Resolução CIB Nº 283 de 11 de novembro de 2010 e encaminhado as CIES Regionais para nortear a elaboração dos Regimentos Internos das referidas comissões (MATO GROSSO, 2009).

Considerando a Portaria GM/MS nº 1.996/2007, que fomenta a criação das CIES como estratégia eficaz para mudança de prática de atenção à saúde, valorizando as necessidades locais, tem-se pouco a ser abordado. É uma diretriz recente de trabalho, somente com o tempo a história se concretizará e nos dará subsídio para avaliação da real necessidade das CIES, como estratégia de mudança de concepção e prática em saúde, fortalecendo assim, a continuidade de um SUS cada vez mais democrático, universal, integral e equitativo (MATO GROSSO, 2009).

CAPÍTULO III

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de Estudo

Se trata de uma pesquisa exploratória, com descritiva análise documental. Segundo Triviños (2008, p.03) este tipo de estudo “fornece ao investigador a possibilidade de reunir uma grande quantidade de informações sobre leis”; instrumento de gestão e documentos institucionais públicos.

[...] nenhum pesquisador tem condições para produzir um conhecimento completo da realidade, diferentes abordagens de pesquisa podem projetar luz sobre diferentes questões. É o conjunto de diferentes pontos de vista, e diferentes maneiras de coletar e analisar os dados (qualitativa e quantitativa), que permite uma idéia mais ampla e inteligível da complexidade de um problema. (MAX WEBER apud GOLDENBERG, 2005, p. 61).

Percebe-se a relevância em trabalhar com diversas maneiras de abordagem e análises dos dados coletados dentro de um trabalho científico:

[...] integrar a pesquisa qualitativa com a quantitativa, permite que o pesquisador faça um *cruzamento* de suas conclusões de modo a ter maior confiança que seus dados não são produto de um procedimento específico ou de alguma situação particular. [...] Os métodos qualitativos e quantitativos, nesta perspectiva, deixam de ser percebidos como opostos para serem vistos como complementares. (MAX WEBER apud GOLDENBERG, 2005, p. 62-63).

3.2 Local do Estudo

A pesquisa se desenvolveu na Região Vale do Arinos, nos meses de abril a junho do ano de 2011. Compreende uma região de floresta amazônica, rica em diversidade e com uma temperatura média anual de 24° C. As águas marcam sua característica, pois existe uma pluviosidade considerada, por estarmos numa região de floresta, o ar é relativamente úmido em muitas áreas e ainda contamos com a presença de muitos córregos, rios e cachoeiras, pois o município sede da região Vale do Arinos é Juara (JUARA, 2011).

3.3 Fontes de Informações

Objetivando construir uma abordagem precisa sobre os fatos e fatores relevantes à Educação Permanente nos municípios da Região do Vale do Arinos, fez-se necessário a realização do levantamento informações em documentos publicados que versassem sobre o assunto e que apontem a importância da Educação Permanente em Saúde.

Também foram realizadas análises dos seguintes instrumentos de planejamento municipais: O Plano Diretor do Vale do Arinos, o Plano Municipal de Saúde dos municípios, a LDO dos municípios, o Termo de Compromisso Gestão Municipal, referente ao sistema do SISPACTO do ano de 2010 e 2011.

3.4 Procedimentos de Análise Documental

Analisaram-se as informações selecionadas por meio dos sistemas informatizados de saúde dos municípios de abrangência da regional do Vale do Arinos, no que diz respeito à Política de Educação Permanente em Saúde.

O estudo dos documentos passou por momentos, conforme explicita Minayo (2008), de “decomposição do material a ser analisado em parte e distribuição (segundo os critérios do próprio instrumento de gestão do trabalho, gestão do SUS, educação permanente ou capacitação/qualificação de recursos humanos); descrição dos resultados da categorização; inferência e interpretação dos resultados obtidos com a análise da fundamentação teórica adotada.

Após todo o material em mãos, começou toda uma pesquisa realizando tabelas de informações, que mostram os trabalhos realizados pelos municípios em relação ao Plano Municipal de Saúde, Termo de Compromisso e Leis e Diretrizes Orçamentárias.

3.5 Aspectos Éticos

Não foi necessário submeter o projeto de pesquisa ao comitê de ética, pois o mesmo envolve apenas documentos públicos e dados disponíveis em banco de dados institucionais.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Descrições da Microrregião do Vale do Arinos

A microrregião do Vale do Arinos é uma das que compõe o estado de Mato Grosso, pertencente à mesorregião do Norte Mato-grossense, sua população estimada em 2010 pelo IBGE em 51.880 habitantes, população essa dividida em quatro municípios que são, Juara com 32.769 pessoas, Novo Horizonte do Norte com 3.749, Porto dos Gaúchos 5.448 e Tabaporã com 9.917 moradores.

A base econômica da Região do Vale do Arinos está baseada na agricultura, pecuária, extrativismo da madeira e vegetal, culturas perenes e a seringueira. A região também possui locais agradáveis de turismo, mas um tanto quanto distantes do centro da cidade, que são os Rio Arinos, Rio do Sangue, Rio dos Peixes, onde há grande procura por pescadores de outras regiões.

O acesso à região analisada está melhorando a cada ano, porém ainda apresenta algumas dificuldades na questão do asfalto, alguns caminhos não os têm e por onde há, este se mostra de má qualidade, atrapalhando o acesso de outros municípios.

Todos as comunas da região são plenas responsáveis pela saúde para com a sua população. Onde há cobertura de Equipes de Saúde da Família dos municípios, conforme o Departamento da Atenção Básica, a proporção de cobertura populacional estimada da região de Juara é de 51,89%, de Novo Horizonte do Norte é 100%, de Porto dos Gaúchos é 100% e de Tabaporã é de 100%.

A cidade de Juara é referência para os demais municípios em consultas especializadas em ortopedia, pediatria, ginecologia, obstetrícia, cirurgia geral, neurologia, hanseníase e otorrinolaringologia.

Os atendimentos eletivos que não são resolvidos nos municípios de origem são encaminhados ao Posto de Assistência Médica (PAM) de Juara, também regulados eletivamente pela Central Regional do Escritório Regional de Saúde da mesma urbe. Alguns atendimentos são de demanda espontânea e/ou agendamento direto na recepção do mesmo.

A Central Regional além de regular todas as consultas especializadas fora do domicílio, em consonância com a pactuação da Assistência, através da Programação Pactuada Integrada (PPI), também regula as consultas do Consórcio Intermunicipal de Saúde, com exceção do município sede que ocupa a maioria das vagas dia, uma vez que os municípios consorciados não as utilizam. As urgências e emergências hospitalares são reguladas pelos dois médicos reguladores que se alternam em plantões semanais. Posteriormente é feito o acompanhamento desses pacientes regulados pela equipe da Central Regional.

A província conta com 6 (seis) hospitais, sendo 4 (quatro) públicos, 2 (dois) privados com prestação de serviços para o SUS. Por esse órgão são oferecidos 146 (cento e quarenta e seis) leitos hospitalares. As urgências e emergências são atendidas nas unidades de saúde de cada município e/ou encaminhadas para Juara, que é o município de referência. As especialidades não atendidas na região são referenciadas para Cuiabá, Sorriso, Colíder e Juína.

Quadro 02- Demonstrativo dos municípios de área de abrangência da Regional de Saúde Vale do Arinos em distância demográfica da capital (Cuiabá-MT) e da cidade pólo da Regional (Juara – MT)

MUNICÍPIOS	DISTÂNCIA DE JUARA	DISTÂNCIA DE CUIABÁ	DISTÂNCIA DE JUARA	ESTIMATIVA DE TEMPO DE PERCURSO	
				ÉPOCA CHUVAS	ÉPOCA ESTIAGEM
JUARA	00	720 KM	-	-	-
NOVO HORIZONTE DO NORTE	20 KM	740 KM	25 KM	20 min.	20 min.
PORTO DOS GAUCHOS	50 KM	650 KM	50 KM	40 min.	40 min.
TABAPORÃ	110 KM	680 KM	110 Km	6 horas	3 1/2 horas

Fonte: Agência Rodoviária de Juara

4.2- Plano Diretor de Regionalização do Vale do Arinos

Juara é referência ambulatorial para as comarcas da microrregião, sendo caracterizado como sede de módulo assistencial, garantindo o 1º, e 2º nível de complexidade (Anexo I). O município conta com os seguintes serviços especializados próprios: cardiologia, fisioterapia, patologia clínica, hemoterapia, urgência, atenção à tuberculose/hanseníase, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), controle e acompanhamento à gestação, emergência, equipe da saúde da família, planejamento familiar/esterilização, Programa de Agente Comunitário de Saúde

(PACS), radiologia, regulação dos serviços de saúde, ultra-sonografia, vigilância epidemiológica e sanitária, Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) (PDR, 2005).

Na assistência hospitalar o município conta com 04 (quatro) especialidades: cirurgia, clínica médica, obstetrícia e pediatria, sendo referência para: Novo Horizonte do Norte, Porto dos Gaúchos e Tabaporã. Juara tem como referência de alta complexidade e psiquiatria a cidade de Cuiabá (PDR, 2005).

Foi constituído em 2004 o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Vale do Arinos (CISVA), caracterizando o 2º modelo, que tem como unidade de referência um Hospital Público Municipal. A unidade de referência do CISVA Vale do Arinos é o Hospital Municipal de Juara, garantindo as seguintes especialidades: pediatria, traumatologia, ortopedia, neurologia, e serviços de apoio diagnóstico. Com o CISVA e os municípios interligados têm maior facilidade e acesso direto à essas especialidades.

De acordo com a portaria GM/MS nº 373 de 27/02/2002, ficou instituído que as Secretarias de Saúde dos Estados que se responsabilizava para a elaboração do Plano Diretor de Regionalização com a finalidade de reorganizar a Assistência à saúde do Estado. Para essa elaboração constituiu-se uma Comissão Técnica através da Portaria Conjunta nº 011/SES/SMS, de 23 de agosto de 2004, sob aparelhamento da Coordenadoria de Organização da Rede, com objetivos de avaliar os serviços com grau de complexidade e resolutividade que se encontrava a Capital, pois para compor a Rede de Serviços Organizados na Assistência da Alta Complexidade precisava de investimentos para capacitação e contratação de recursos humanos, aquisição de equipamentos e etc...

Foi adotada uma metodologia de serviços de alta complicação dentro das regiões, e os serviços de média complicação dentro das microrregiões, em função das dificuldades encontradas.

O serviço de assistência cardiovascular demonstrou claramente a estrutura de serviços no Estado de Mato Grosso, pois a região composta por cinco microrregiões: Baixada Cuiabana, Centro Norte, Médio Norte, Noroeste e Vale do Arinos, com uma abrangência de 41 municípios, com isso as municipalidades contaram com duas Unidades Hospitalares, sendo uma Cirurgia Cardiovascular e a outra Cirurgia Cardiovascular Pediátrica, que seria Amecor e Femina.

O município de Juara tem profissional cardiologista, necessitando a implantação de serviços de média complexidade, em virtude da dificuldade de acesso e de recursos humanos, mas essa projeção deve acontecer em longo prazo. A microrregião realiza diagnoses em

arritmias cardíacas e avaliação HAS e realizam cirurgia vascular ambulatorial dentro da dificuldade já citada. Somente Juara realiza procedimentos de campanhas para cirurgia vascular desse nível(ANEXO III).

Os Planos Municipais de Saúde constituem elementos fundamentais para esse Pacto, a partir do diagnóstico situacional dos mesmos, com o termo de compromisso gestão municipal, onde se define as ações prioritárias da Educação Permanente em Saúde na Região do Vale do Arinos.

Em relação à Lei de Diretrizes Orçamentárias, os municípios de Juara e Porto dos Gaúchos forneceram por completo, os seus anexos orçamentários, mas o município de Tabaporã só forneceu a Lei, faltando a parte orçamentária do município. A cidade de Novo Horizonte do Norte não forneceu a LDO para análise, apenas o Termo de Compromisso Gestão Municipal e o Plano Municipal de Saúde.

Todos os planos municipais de saúde têm a vigência de 2010 a 2013 e são os primeiros planos que cada município construiu. Anteriormente a isso, os responsáveis na elaboração os planos participaram de uma Oficina do PlanejaSUS, da Superintendência de Políticas da SES-MT.

Com os documentos públicos fornecidos pelos municípios, através do plano municipal de saúde, tendo acesso por meios eletrônicos, foi obtido os dados e informações que serão apresentadas a seguir.

Figura 01- Pacto pela Saúde: Termo de Compromisso dos respectivos municípios de 2010 a 2011, no que diz respeito à Educação Permanente, abaixo relacionados:

MUNICIPIOS	ITEM	ANO/2010	ANO/2011
Juara	5.6- Implementar e pactuar diretrizes para políticas de Educação e Gestão do Trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para atenção básica	Não	Sim
Novo Horizonte do Norte		Não	Sim
Porto dos Gaúchos		Não	Sim
Tabaporã		Não	Sim
Juara	6.1- Todo o município deve formular e promover gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento participativo no seu financiamento	Não	Sim
Novo Horizonte do Norte		Não	Sim
Porto dos Gaúchos		Não	Sim
Tabaporã		Não	Sim
Juara	6.2- Todo o município deve promover diretamente ou em cooperação com o estado, com os municípios da sua região e com a união, processos conjuntos de educação permanente em saúde.	Sim	Sim
Novo Horizonte do Norte		Sim	Sim
Porto dos Gaúchos		Sim	Sim
Tabaporã		Sim	Sim
Juara	6.3- Todo o município deve apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais de saúde.	Sim	Sim
Novo Horizonte do Norte		Sim	Sim
Porto dos Gaúchos		Sim	Sim
Tabaporã		Sim	Sim

Fonte: Sispacto – Pacto pela Saúde, 2011

4.3 - Município de Juara

A Secretaria Municipal de Saúde, parte integrante do SUS, é signatária do Pacto pela Saúde desde 2007. Com adesão ao Pacto, o município se responsabiliza pelo atendimento em seu território para sua população, ofertando procedimentos assistenciais da atenção básica e outros níveis de complexidade de média e alta. O plano municipal de saúde foi pensado dentro do conceito básico que se encontra na Portaria nº 3.332, de 28 de dezembro do 2006.

O Plano de Saúde foi aprovado pelo Colegiado de Gestão Regional e também pela Comissão Intergestores Bipartite, com a implantação do pacto nas dimensões do Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto pela Gestão, possibilitando a efetivação dos acordos entres as três esferas de gestão do SUS, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão com uma política de descentralização baseadas na realidade local, pois a cidade já vinha assumindo suas responsabilidades sanitárias descritas no termo de compromisso de gestão municipal (JUARA, 2010).

A rede de serviços da saúde do município é composta por 05 equipe de saúde da família com todas com saúde bucal na modalidade 1, 01 Hospital Municipal, 02 Hospitais Privados, 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 01 Centro de Controle Zoonoses de Juara, 01 Posto de Assistência Médica (PAM), 01 (SAE/CTA) Centro de Testagem e Aconselhamento de Juara, 01 Unidade de Coleta e Transfusão de Sangue, 01 Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) (JUARA, 2010).

Em relação às despesas da Secretaria Municipal de Saúde de Juara, foi orçado para o ano de 2011 um valor de R\$ 13.613.773,67 (treze milhões, seiscentos e treze mil, setecentos e setenta e três reais e sessenta e sete centavos), referentes à aquisição de bens, equipamentos e materiais permanentes; manutenção, construção e ampliação de unidades de saúde, implantação do Centro de Odontologia Especializada; aquisição de área para construção do Hospital Regional de Saúde de Juara; implantação da farmácia popular e de manipulação; Concurso Intermunicipal de Saúde Vale do Arinos e manutenção de diversas atividades de vigilância em saúde.

De acordo com a figura 02, as qualificações planejadas no plano municipal de Juara, referentes à Educação Permanente em Saúde, serão realizadas dentro deste período, observando-se que a LDO do município não obteve orçamento para esta política, mas em relação às informações obtidas através do plano municipal de saúde, observa-se que de 2010 a 2013, o município tem realizado a Educação Continuada em Saúde.

Figura 02- Qualificação dos profissionais da Atenção Básica que se encontram no plano municipal de saúde.

ITEM	AÇÃO
Promoção da Saúde	Desenvolvimento de habilidades individuais e reorientações de serviços de saúde.
Saúde do Idoso	É notória a precariedade de recursos humanos e de conhecimento sobre as repercussões do envelhecimento sobre a saúde da pessoa idosa por parte dos profissionais da saúde. Portanto, buscar maior resolutividade nesse nível de atenção exige o investimento na capacitação desses profissionais, instrumentalizando-os para uma prática mais adequada e possibilitando a estruturação do serviço para implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e Avaliação Funcional do Idoso.
Atenção Básica	Desenvolvimento de ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente.
Redução da mortalidade materna e infantil	Qualificação das equipes para aumento da cobertura e qualidade do pré-natal.
	Elaborar projetos a serem aprovados pelo ERS-Juara, visando a educação constante para qualificação da atenção à gestante e à criança.
Fortalecimento da capacidade de reposta às doenças emergentes e endemias	Qualificação da equipe para descentralização do diagnóstico e acompanhamento de comunicante e dos casos de tuberculose e hanseníase para a atenção básica.
Atenção integral as pessoas em situação ou risco de violências	Capacitação de Recursos humanos para reconhecer, acolher e tratar adequadamente as pessoas em risco ou vítimas de violências, com o objetivo de interromper a prática de comportamentos violentos e de proteger indivíduos em situação de vulnerabilidade e exposição à violência.
	Realização do processo de qualificação da assistência de saúde mental para os profissionais da atenção básica.
ITEM	META
Gestão do SUS	Promover a participação dos servidores nas ações que visem a educação permanente nos anos de 2010 a 2013

Fonte: Plano Municipal de Saúde, 2010.

No Termo de Compromisso do Pacto pela Saúde no item 5.6 do eixo Gestão do Trabalho, no ano de 2011 o município pactua e informa que realiza as diretrizes da política de Educação e Gestão do Trabalho. Esse eixo também é contemplado no Plano Municipal de

Saúde de Juara, no item redução da mortalidade materna e infantil, onde está prevista a elaboração de projetos a serem aprovados pelo ERS-Juara visando a educação durável para qualificação da atenção à gestante e à criança. Tal necessidade se deve a ocorrência no passado, de vários casos de morte neonatal no município.

No item 6.1 do termo de compromisso/2011, Juara afirma que formula e promove a gestão de educação permanente em saúde. No plano municipal de saúde há, no item de promoção da saúde, uma ação que estabelece o desenvolvimento de habilidades individuais e reorientação de serviços de saúde, melhorando as ações dos profissionais em seu local de trabalho, buscando maior resolutividade nesse nível de atenção, exigindo investimento para a capacitação desses profissionais.

Além disso, no item Atenção Integral às pessoas em situação ou risco de violências, há uma ação de capacitação de Recursos Humanos para adquirir conhecimento que vêm a combater a violência, com objetivo de interromper a prática de comportamento violento e de proteger indivíduos em situação de vulnerabilidade e exposição de violência. No entanto, na LDO 2011 não há contemplação de recursos financeiros dentro da pasta da Secretaria Municipal para capacitação de recursos humanos nessa área, o que pode-se pensar que os recursos são originados de outras fontes, como parcerias e convênios não detectados nos instrumentos analisados.

O item 6.2 do termo de compromisso/2011 estabelece que para os entes federados, deve haver processos conjuntos de educação permanente em saúde. Observando o plano municipal, este não deixa claro que estas ações ocorram. Na LDO não está contemplada a parte orçamentária do município para a educação permanente em saúde, acredita-se que as ações ocorram através de recursos do Ministério da Saúde e da SES-MT.

No item 6.3, o município deve promover educação popular em saúde com a aproximação dos movimentos sociais, mas esta ação também não está contemplada no seu plano municipal de saúde e nem na LDO, apesar de existirem alguns movimentos sociais dentro da comarca, porém a educação popular é algo novo a ser implantado e implementado na região.

No Plano municipal de Saúde, no item da Gestão do SUS, está informado que a SMS pretende promover a participação dos servidores a ações que visem a educação continuada nos anos de 2010 a 2013. No entanto, a LDO contempla apenas orçamento com essa finalidade dentro da Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão, onde foi orçada a

capacitação de Servidores em R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), porém não se sabe se essa verba poderá ser utilizada para a Educação Permanente em Saúde.

4.4 - Município de Porto dos Gaúchos

As informações disponibilizadas a seguir constam no Plano Municipal de Saúde de Porto dos Gaúchos. Nos últimos dois anos a Secretaria Municipal de Saúde vem concentrando esforços no sentido de implementar o modelo de Gestão Plena, que foi pactuado com o Ministério da Saúde, no qual o município é pleno nas buscas de resoluções para o alcance de seus objetivos e metas, para esse cumprimento a cidade conta com estrutura própria da secretaria municipal de saúde, e serviços em parcerias com outros municípios e prestadores privados que compõem todos os níveis de atenção (PORTO DOS GAÚCHOS, 2010).

A equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde tem em seu quadro profissional os seguintes membros: 01 Secretário Municipal de Saúde, 01 Coordenadora de Vigilância em Saúde, 01 Digitadora, 01 Chefe de Departamento da Atenção Integral à Saúde e 01 Chefe de Departamento da Vigilância Sanitária (PORTO DOS GAÚCHOS, 2010).

O planejamento da Secretaria Municipal enfrentou dificuldade durante a execução, principalmente na ordem política, que atribui grande parte das constantes mudanças de gestor da pasta e de recursos humanos, dificultando assim a execução, acompanhamento e avaliação da saúde do município. Com os avanços, destaca-se a mobilização, engajamento e participação nas tomadas de decisão entre o gestor, controle social e os profissionais, contribuindo então para a consolidação de uma saúde mais participativa e humanizada (PORTO DOS GAÚCHOS, 2010).

A rede de serviços de saúde do município é composta com 03 equipes: saúde da família, saúde bucal na modalidade 01 e 01 UBS com a saúde bucal que atende à comunidade rural do Novo Paraná e São João, considerando ainda que há uma cobertura de 78,2% da população (PORTO DOS GAÚCHOS, 2010).

Existe ainda a atenção especializada com 01 Unidade Descentralizada de Reabilitação Dom Aquino Correia, 01 Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF 2), 01 Agência Transfusional, 01 laboratório de Análises Clínicas e 01 Fundação de Saúde que trabalha no sistema de Pronto Atendimento, onde são atendidos a parte nutricional e exame de imagem (Raio – X e Ultrassonografia). Ainda se encontra em fase de habilitação o Serviço de

Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a sala de estabilização que visa a melhoria dos serviços de urgência e emergência (PORTO DOS GAÚCHOS, 2010).

Outros serviços são ofertados através do Consórcio Intermunicipal de Saúde Vale do Arinos para a população através da rede contratualizada/conveniada, onde o município de Juara é referenciado com consultas especializadas nas especificidades já argumentadas no projeto (PORTO DOS GAÚCHOS, 2010).

Os atendimentos eletivos que não são resolvidos no próprio município, mas são encaminhados para a cidade vizinha, que é sede do Vale, ao Posto de Assistência Médica, através da Central de Regulação de Vagas, também são encaminhados para o atendimento especializado em Saúde Mental no CAPS e Unidade de Coleta de Transfusão Sanguínea. As urgências e emergências são referenciadas para Cuiabá, Sorriso, Colíder e esporadicamente Juína, mas nos casos eletivos hospitalares e ambulatoriais são referenciados para Cuiabá, segundo o Plano Diretor de Regionalização (PORTO DOS GAÚCHOS, 2010).

A Portaria nº 699/GM de 30 de março de 2006 regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão, que é uma declaração pública de compromisso assumido pelos gestores perante a população sob sua responsabilidade. No Termo de Compromisso pactuado pelo município de Porto dos Gaúchos, as informações obtidas foram as seguintes:

No item 5.6 do Termo, o município informa que programa a Política de Educação e Gestão do Trabalho. No entanto, verifica-se que no Plano Municipal de Saúde no item de recursos humanos, há evidências de insatisfação dos trabalhadores quanto a valorização do profissional, devido a ausência do Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS), bem como quanto a capacitação permanente para os trabalhadores da saúde daquele município. Essa cidade ainda não concretizou o PCCS. Isso fica evidente no item saúde mental, onde colocam que seria necessário capacitar os profissionais para elaborar uma proposta de atendimento que envolva o paciente e a família, conforme quadro abaixo:

Figura 03- Gestão do Trabalho do plano municipal de saúde de Porto dos Gaúchos que relaciona com A educação Permanente em Saúde.

ITEM	CONSEQUÊNCIA
RECURSOS HUMANOS	Há uma grande insatisfação dos trabalhadores da Saúde, tanto dos estatutários como dos prestadores, em consequência da ausência de uma política de valorização de pessoas, que contemple um Plano de Cargos, Carreiras e Salários – PCCS com isonomia salarial, capacitação permanente, avaliação de desempenho, saúde do trabalhador, realização de concurso público, condição de trabalho, entre outras ações. Nesse sentido, foi constituída uma mesa permanente de negociação para elaboração do PCCS.
SAÚDE MENTAL	É necessário capacitar os profissionais, elaborando proposta de atendimento, procurando parcerias para iniciar atendimento neste setor, que envolva o paciente e sua família, inserindo-o novamente na sociedade.

Fonte: Porto dos Gaúchos, 2010

Ainda analisando o plano municipal de saúde que contempla de 2010 a 2013, em comparação ao Termo de Compromisso, no item Gestão do SUS sugere-se fortalecer a Política de Educação Permanente Municipal para todos os servidores de saúde, facilitando a participação de todos, uma vez que se sente a insatisfação como PCCS. Na saúde mental há uma necessidade de capacitar os trabalhadores e as famílias para facilitar nos atendimentos e cuidados. Foram citadas necessidade de Educação Permanente nos itens: saúde do idoso, prevenção/controle de HIV/AIDS e outras DST's, alimentação e nutrição, gestão do SUS, conforme pode ser verificado no quadro que segue:

Figura 04- Qualificação dos Profissionais da Atenção Básica

Item	Meta	Ação
Gestão do SUS	Formular e executar a Política Municipal de Educação Permanente para o SUS. Realizar diagnóstico periódico das necessidades de qualificação de pessoal.	70% dos conselheiros do Conselho Municipal de Saúde são capacitados; 100% das Comissões permanentes do Conselho Municipal de Saúde são atuantes.
Saúde do Idoso	Redução dos casos de abandono familiar e de pessoas idosas (acima de 60 anos)	Oferecer cursos para cuidadores de idosos.
Prevenção/controle do HIV/Aids e outras DST,s	Notificar e registrar em 80% no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) os novos casos de DST	Capacitar a equipe de atenção básica quanto a importância e correto preenchimento da ficha de o SINAN
Alimentação e nutrição	Aumentar o número de crianças em aleitamento materno exclusivo até os 06 meses de idade	Capacitar os ACS quanto a orientação do aleitamento materno exclusivo nas visitas domiciliares.

Fonte: Porto dos Gaúchos, 2010

Com relação ao item 6.1 o Pacto do município informa que formula e promove gestão de educação durável, já no plano municipal de saúde há a informação de que no que diz respeito à saúde do trabalhador, a elaboração de projetos aprovados e executados pelos PAREPS Regional, visando a diminuição dos acidentes de trabalhadores nas empresas privadas do município. Não há outras informações similares no Plano.

Figura 05- Gestão do Trabalho na qualificação para o atendimento dos trabalhadores da Região Vale do Arinos

Item	Metas	Ação
Saúde do Trabalhador	Acompanhar 80% dos trabalhadores acidentados ou com doenças ocupacionais na atenção básica	Elaboração de projetos a serem aprovados e executados pelos PAREPS, para a qualificação dos serviços de saúde no atendimento do trabalhador

Fonte: Porto dos Gaúchos, 2010

No item 6.2 do termo de compromisso, o município informa que promove diretamente a cooperação dos entes federados com a união, estado e município. No plano

municipal de saúde essa ação não fica clara, mas acredita-se que o mesmo se realize de acordo com a necessidade do lugar, conforme a LDO local, em seu art. 39, que estabelece que “durante a execução orçamentária de 2011, se o Poder Executivo Municipal for autorizado por lei, poderá incluir novos projetos, atividades ou operações especiais no orçamento das Unidades Gestoras na forma de crédito especial, desde que se enquadre nas prioridades para o exercício de 2011” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, ART. 167).

O item 6.3, onde o município informa no Termo de Compromisso apoiar e promover a aproximação dos movimentos sociais na educação popular e principalmente na formação dos profissionais da saúde verifica-se que o plano municipal de saúde contempla este item através da política de humanização do SUS e uma educação permanente para os servidores, conforme o quadro que segue:

Figura 06- HumanizaSUS para os profissionais da saúde através da Educação Permanente

Item	Metas	Ação
Humanização do SUS	Melhorar a humanização do SUS (Equipe de saúde x usuário x equipe de saúde)	Qualificar os recursos humanos segundo os princípios da educação permanente HumanizaSUS
Educação Permanente	Fortalecimento da Educação Permanente	Criar política de Educação Permanente Municipal a todos os servidores de saúde. Facilitar e promover a participação dos servidores que visem a educação permanente nos anos de 2010 a 2013 Realizar capacitações na lógica de Educação Permanente.

Fonte: Porto dos Gaúchos, 2010

Diante da análise do termo de compromisso e o plano municipal de saúde, percebe-se que o município contemplou o curso de humanizaSUS para fortalecer os profissionais da saúde através da Educação Constante em Saúde, mas na LDO isso não fica evidente. Já o documento disponibilizado pela SMS não apresentou um demonstrativo detalhado com os recursos financeiros orçados pelo setor da saúde.

4.5 - Municípios de Novo Horizonte do Norte

A Secretaria Municipal de Saúde de Novo Horizonte do Norte é responsável pela Gestão do SUS, que responde pelo controle e aplicação dos recursos. A rede pública de saúde consta com as seguintes estruturas: 02 unidades de Saúde da Família, 01 Hospital Municipal de Saúde, algumas ações no campo da Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental (CNES, 2011).

No Plano Municipal de Saúde estão os eixos prioritários para intervenção, pois já foram pactuados no PPA – Plano Plurianual, nas deliberações das quatro Conferências Municipal de Saúde, no Termo de Compromisso signatário do Pacto pela Vida em Defesa do SUS, Pacto da Gestão, Plano Municipal da Vigilância Sanitária e nas metas pactuadas nos indicadores da Atenção Básica (N.H.N, 2010).

No item 5.6 sobre as diretrizes da Política de Educação e Gestão do Trabalho, percebe-se que houve contemplação de educação permanente em saúde no plano municipal, com a qualificação da gestão dos recursos humanos e na saúde do trabalhador, para melhorar o serviço nas unidades de saúde que pode ser observado no quadro abaixo:

Figura 07- Gestão do Trabalho para o princípio do SUS

Item	Meta	Ação
Recursos Humanos	Qualificação da gestão de recursos humanos	Intensificar ações de educação permanente em saúde para os trabalhadores da saúde, coordenadores e gerentes dos serviços de saúde enfocando os cuidados com base nos ciclos de vida.
Saúde do Trabalhador		Capacitar profissionais de saúde para notificar os agravos constantes da Portaria nº 777/2004
Melhoria dos preenchimentos nas fichas		Capacitar os profissionais quanto à importância dos preenchimentos das notificações.

Fonte: Novo Horizonte do Norte, 2010

O item 6.1 informa que o município promove gestão de educação permanente em saúde, e em seu plano foram relacionadas algumas ações que a contemplam, tais como:

promover o controle de eliminação da hanseníase, ampliar a prevenção de doenças imunopreviníveis, fortalecimento de promoção da saúde mental, melhorar o atendimento às urgências e emergências e valorização do idoso com a contribuição para sua inclusão social, tais ações podem ser verificadas no quadro abaixo:

Figura 08- Promoção das ações de educação permanente em saúde

Item	Metas	Ação
Detectar novos casos de hanseníase	Promover o controle e eliminação da hanseníase	Promover ações de educação permanente para os profissionais de saúde para detectar casos suspeitos da doença junto à comunidade
	Ampliar a prevenção de doenças imunopreviníveis	Capacitar em imunização para os profissionais da saúde
Oferecer conhecimento técnico – científico para os profissionais do serviço de saúde	Fortalecimento e promoção da saúde mental	Capacitar profissionais no acompanhamento aos pacientes
Qualificar os recursos humanos nas urgências segundo princípios da educação permanente e do humanizaSUS	Melhorar o atendimento as urgências e emergências	Treinamento da equipe do hospital municipal em técnicas de abordagem em pacientes politraumatizados e manejos dos casos de PCR

Fonte: Novo Horizonte do Norte, 2010

Em relação ao item 6.2 do termo de compromisso, sobre a cooperação entre a união federal estado e município, há uma política voltada para o aleitamento materno, a comuna quer aumentar esse índice na sua população através da sensibilização as mães para a prática da alimentação saudável para a criança recém nascida até 06 meses de idade. Já no item 6.3 sobre a aproximação dos movimentos de Educação popular para os profissionais de saúde, de acordo com as necessidades de executar ações fiscais de vigilância sanitária conforme consta no Plano de Ação de Vigilância, para a população ter uma saúde de qualidade, tais ações constam no quadro abaixo:

Figura 09- Sensibilização da prática para o aleitamento materno e higienização dos alimentos

Item	Metas	Ação
Aumentar os índices de aleitamento materno	Fortalecer as ações voltadas ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade da criança, durante o pré-natal e puerpério	Realizar educação em saúde com os profissionais, para que possam orientar as gestantes e puérperas sobre a importância do aleitamento materno.
Executar ações fiscais de vigilância sanitária de bens, produtos, serviços e locais de interesse da saúde em conformidade com o plano de ação em vigilância sanitária.	Fiscalização dos serviços de alimentação e estabelecimentos que produzem o comercializam alimentos	Realizar treinamentos em higiene e manipulação de alimento para o setor regulado.

Fonte: Plano Municipal de Saúde, 2010

Foi observado que o município de Novo Horizonte do Norte, tem uma preocupação por haver uma rotatividade dos profissionais de saúde, com isso a necessidade de sempre levar conhecimento dentro da Educação Permanente em Saúde, referente à LDO não se observou para percebê-lo se houve o orçamento para o desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde neste município, por não ser disponibilizada para a pesquisadora.

4.6 - Município de Tabaporã

O município de Tabaporã foi emancipado quando o SUS já havia sido criado, assim como as Leis 8.080 e 8.142/1990 e a Norma Operacional Básico do SUS – NOB/93.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) foi criada pela Lei Municipal nº 264 de 17 de julho de 2001 e era denominada "Secretaria de Saúde e Assistência Social". Em 13 de novembro de 2003, a Lei Municipal nº 413/2003, alterou essa estrutura dividindo a Secretaria em duas: "Secretaria da Ação Social" e a "Secretaria Municipal de Saúde", quando a estrutura da SMS passou a contemplar os setores: Ambulatorial, Hospitalar, Epidemiológico e Vigilância Sanitária (TABAPORÃ 2010).

Em 31 de dezembro do mesmo ano, criou-se uma nova Lei Municipal nº 423/2003, que passou a apresentar uma nova estrutura administrativa para a Prefeitura, onde a SMS aparece como secretaria de natureza fim. Essa nova estrutura passa a ter três departamentos: Departamento Ambulatorial e Departamento Ambiental e Ambiental e cinco divisões: Divisão

Ambulatorial e de Agentes Comunitários, Divisão Hospitalar, Divisão de Endemias, Divisão de Vigilância Sanitária e Divisão de Vigilância Ambiental (TABAPORÃ, 2010).

Também em outubro de 2008, criaram-se a Lei Complementar nº 008, que institui o código de saúde do município, onde as questões relacionadas com a promoção, proteção e recuperação da saúde, vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica, ficam regidas por esta lei e pelas normas técnicas especiais definidas nesta, mas respeitando as legislações federais e estaduais pertinentes (TABAPORÃ, 2010).

A Secretaria Municipal de Saúde conta com quatro equipes de saúde da família, sendo três unidades PSF I, PSF II e PSF IV, estruturadas na zona urbana e 01 (uma) PSF III na zona rural, no distrito de Nova Fronteira. Conta também com dois Postos de Atendimento, sendo um (01) na Comunidade São Cristóvão e outro no distrito de Americana do Norte. Além disso, possui uma equipe de Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF 1), um Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Correa (CRIDAC), um Hospital Municipal Dr. Carlos Vidotto e um Laboratório Municipal e uma Farmácia (TABAPORÃ, 2010).

Em 2007 o município assinou o Pacto de Gestão, com isso tornando um município pleno, com o TCGM de saúde foram definidas algumas ações que dizem respeito à Educação Permanente no município.

Com a realização do plano municipal de saúde, alguns itens foram também contemplados como no termo de compromisso, tal como o item 5.6, implementar e pactuar as Políticas de Educação e Gestão do Trabalho, com a gestão em saúde para melhorar a qualidade do trabalho dos profissionais de tal área, percebe que a cidade está melhorando a qualificação dos seus profissionais através do curso de gestão em saúde, feito em parcerias com outras instituições, conforme pode ser verificado no quadro abaixo:

Figura 10- Gestão do Trabalhador para fortalecer o SUS

Item	Metas	Ação
Gestão em Saúde	Aperfeiçoamento e fortalecimento da gestão do SUS	Promover melhoria e qualificação da administração das unidades de saúde, oferecendo um curso de capacitação em gerenciamento e desenvolvimento do SUS para 80% dos gerentes, coordenadores e profissionais que desempenham função de liderança da unidade de saúde de Tabaporã até o final de 2011. Estabelecer uma mesa redonda de diálogo de negociação que permita avançar na discussão da política salarial, das condições de trabalho e de sua qualificação permanente, até o 1º semestre de 2012. Melhoria da qualidade da informação através da capacitação dos profissionais responsáveis por coleta de informação e alimentação dos sistemas.

Fonte: Tabaporã, 2010

Em relação ao item 6.1 no termo de compromisso, o município promove gestão de educação permanente. No Plano Municipal de Saúde isso foi contemplado. No item 6.2, existe uma aproximação em cooperação entre a união federal, estado e município, o plano municipal coloca a gestão de saúde, utilizando estratégia de educação permanente através da implantação da teles-saúde nas unidades em questão. Já no item 6.3, quando afirma aproximação dos movimentos de educação popular com os profissionais de saúde de acordo a necessidade local, observa-se que no plano municipal foi contemplado nos determinantes e condicionantes de saúde, conforme o quadro abaixo:

Figura 11- Formação para os trabalhadores do SUS, para o atendimento

Item	Metas	Ação
Pacto pela vida	Atenção à saúde do idoso	Promover a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa
Gestão em saúde	Aperfeiçoamento e fortalecimento da gestão do SUS	Viabilizar ações de educação permanente implantando o teles-saúde em 50% das unidades de saúde da família no município de Tabaporã até 2012.
Determinantes e condicionantes de saúde	Desenvolvimento e fortalecimento da promoção da saúde	Consolidar a uma equipe de educação permanente em saúde e de mobilização social até 2012

Fonte: Tabaporã, 2010

Observamos que no plano municipal de saúde dos municípios têm ações que poderão a serem contempladas ainda em tempo em sua LDO, ou em parcerias outras instituições da saúde, através de parcerias com o próprio Ministério da Saúde e Secretaria de Estado de Saúde.

Diante do exposto, verifica-se que a realidade encontrada nos municípios do Vale do Arinos ainda está caminhando para uma abordagem pelas políticas públicas federais, estaduais e municipais em relação à educação permanente em saúde. Portanto, percebe-se que existe uma grande lacuna entre o que se propõe e o que se pratica. Atitudes como esta, mostra que a Educação Permanente em Saúde é vista por estes municípios de maneira contrária a seus princípios, não ofertando a mesma a sua real importância, no contexto da saúde pública municipal.

O desafio a ser superado pelos gestores municipais vem afirmar o quanto faz-se necessário estudos voltados à Educação Permanente em Saúde nestes municípios e em outros, para melhor compreender suas contribuições na qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população, garantindo recursos financeiros em sua LDO para desenvolver ações neste setor, isso é, executar o que está escrito em seus Planos Municipais de Saúde.

Considerando as informações coletadas por meio das Leis de Diretrizes Orçamentárias dos municípios do Vale do Arinos, observa-se que a maioria não se dispusera de um

orçamento próprio para a Educação Permanente em Saúde, bem como está exposto em seu Plano Municipal de Saúde e nos Termos de Compromissos de Gestão Municipal assinados.

Em relação aos cursos ofertados na Região do Vale do Arinos, voltados à Educação Permanente em Saúde, estes são promovidos por meio de um trabalho conjunto entre os membros da Comissão de Integração de Ensino e Serviços (CIES), e do Escritório Regional de Saúde de Juara, no qual realiza reuniões para discutirem as problemáticas da região, com vistas a propiciar a realização do Plano de Ação Regional de Educação e Saúde (PAREPS) em consonância com a realidade vivenciada nesta região.

Uma vez que os municípios são plenos, os mesmos devem programar orçamentos em todas suas LDO, em consonância com a Portaria nº 1.996/2007, com o intuito de garantir o desenvolvimento de ações de educação continuada aos seus profissionais, pois como estes municípios sofrem constantemente uma grande rotatividade de profissionais em todas as unidades de saúde, é necessário garantir a capacitação e qualificação dos novos trabalhadores municipais e assim melhorar os serviços de saúde prestados à população.

Essa pesquisa tem o intuito de auxiliar os gestores na implantação de recursos financeiros na (LDO) para a Educação Permanente em Saúde, em seu município, em consonância com a Política, de acordo com as pactuações existentes nos Termos de Compromissos de Gestão Municipal, nos Planos Municipais de Saúde para a realização das oficinas, com a participação efetiva dos trabalhadores da saúde, da comunidade, dos conselheiros, aproximando ainda mais da CIES Regional e da realidade local.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema surgiu a partir do momento em que esta temática: “Educação Permanente em Saúde” foi observada e, portanto, levando-se em consideração as condições de que a Região do Vale do Arinos é composta por quatro cidades de pequeno porte, observa-se a necessidade de verificar se contempla a Educação Permanente em Saúde nos Planos Municipais de Saúde, e nos Termos de Compromissos Gestão Municipal. Dessa forma, através de estudos, surgiu o tema desta pesquisa científica intitulada: “Educação Permanente como Ferramenta de Planejamento da Gestão Municipal do Vale do Arinos-MT no Triênio 2010 a 2013”.

No decorrer dos estudos foi aprendido diversos conteúdos que ampliaram a visão sobre a realidade da Saúde Pública e os quesitos necessários para a efetuação de um serviço de gestão eficaz. Pois, um dos princípios básicos do SUS é promover a ampliação e qualidade dos serviços prestados, desenvolvendo ações eficientes com vistas à melhoria de vida da população.

O aprofundamento deste estudo sobre Educação Permanente em Saúde e o Planejamento em Saúde, propicia o aperfeiçoamento das políticas e ações desenvolvidas no âmbito da Saúde Pública no que tange a qualificação profissional. Mostra que a região está em execução de acordo com a assinatura dos Pactos em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão, em que ressaltam a responsabilidade dos municípios pela saúde de sua população.

Com a criação do CIES na Região do Vale do Arinos, através da Resolução nº 71/2008, começou a implantação da Educação Permanente em Saúde, conforme a Portaria GM/MS nº 1.996/2007, que constitui o funcionamento da Comissão de Integração e serviços para o SUS, contribuindo para o desenvolvimento da educação em serviço, para que possa haver uma mudança dos trabalhadores da saúde através da sua formação com as instituições de ensino, com a finalidade de realizar a teoria com a prática.

Após a implantação do CIES Regional, começou a regularização do mesmo através do regimento interno e o desenvolvimento do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, para a realização de cursos, capacitações e aperfeiçoamentos embasados nos indicadores prioritários da saúde.

Em relação à elaboração do Plano Municipal de Saúde dos municípios pertencentes ao ERS, foram identificando a necessidade e prioridade para a saúde. Durante a execução do

mesmo, houve a participação dos profissionais da saúde dos respectivos setores, com isso estabeleceu-se uma ligação da liderança do setor em análise.

O resultado da pesquisa demonstrou que os municípios não estão investindo na Educação Permanente, uma vez que os recursos financeiros não são orçados na LDO, para desenvolver qualificação dos profissionais da saúde de acordo com a sua realidade local, através de parcerias com as instituições de ensino como a Escola de Saúde Pública de Mato Grosso.

Conclui-se então que essa pesquisa foi de grande relevância para os gestores municipais, almejando assim a sensibilização de que é fundamental a implementação da Educação Permanente em Saúde, para que a aprendizagem dos profissionais, com isso possa melhorar os serviços de saúde prestados para a população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANJOS, Vera Lúcia Honório dos. **As ações desenvolvidas pelo Pólo de educação Permanente em Saúde de Mato Grosso no período de 2003 a 2007**. UFMT, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil: síntese / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Constituição Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3737**, de 27 de Fevereiro de 2002.

BRASIL. **Portaria Conjunta SES/SMS nº 11**, de 23 de Agosto de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/ MS nº 198/2004**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/ MS nº 399/2006**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.332**, de 28 de Dezembro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/ MS nº 1.996**, de 20 de agosto de 2007.

CARVALHO, Brígida Gimenez. **Planejamento em Saúde. Londrina: Uel, 2006.**

CASTRO, Janete Lima de; SANTANA, José Paranaguá; NOGUEIRA, Roberto Passos. **Izabel dos santos: a arte e a paixão em aprender fazendo. /UFRN, 2002.**

CÊA, Georgia Sobreira dos Santos; REIS, Luiz Fernando; CONTERNO, Solange. **PROFAE e Lógica Neoliberal: Estreitas relações. 2007.**

CECCIM, Ricardo Burg. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. Rio de Janeiro, 2004.**

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar. 9 ed. Rio de Janeiro: Record, 2005.**

IBGE. 2011.

JUARA. Agência Rodoviária, 2010.

LEEVEY, S. e Loomba, N. P. **Health Care Administration: A Managerial Perspective, Philadelphia, Leppincott, 1973.**

MARANDOLA, Thalita da Rocha. **Educação Permanente em Saúde: Conhecer para Compreender. Londrina, 2009.**

MATO GROSSO. **Plano Diretor de Regionalização da Assistência à Saúde – PDR, 2005.**

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. **Regionalização da Saúde em Mato Grosso: Em busca da integralidade da atenção. Júlio Strubing Müller Neto (org). Cuiabá: SES, 2002.**

MATO GROSSO. **Resolução CES nº 27, de 15 de dezembro de 2003.**

MATO GROSSO. **Resolução CIB nº 11, 04/2008.**

MATO GROSSO. **Resolução CIB nº 71, de 23 de Junho de 2009.**

MATO GROSSO. **Resolução CIB nº 17, de 16 de Novembro de 2010.**

MATO GROSSO. **Resolução CIB nº 09, de 18 de Junho de 2010.**

MATO GROSSO. **Resolução CIB nº 283, 11 de Novembro de 2010.**

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. **Regionalização da Saúde em Mato Grosso: Em busca da integralidade da atenção. Júlio Strubing Müller Neto (org). Cuiabá: SES, 2002.**

MATUS, C. **O Método PES – Roteiro de Análise Teórica, São Paulo, Ed. FUNDAP, 1994.**

MERHY, Emerson Elias. **Planejamento como Tecnologia de Gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. Campinas, 1994.**

MEHRY, E. E. **Razão e Planejamento**, 1ª ed., São Paulo, Ed. HUCITEC, 1994, p. 118.

MINAYO. Maria Cecília. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: vozes, 2008.

SILVA, M. J. P. et al. **Educação continuada: estratégias para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem**. Rio de Janeiro: Marques – Saraiva, 1989.

Site acessado no dia 12/05/2011, às 20:00 horas, no endereço eletrônico:
<http://www.juara.mt.gov.br>,

Site acessado no dia 30/05/2011, às 08:40 horas, no endereço eletrônico:
<http://www.revista.epsiv.fiocruz.br/upload/revistas/r162.pdf>

Site acessado no dia 20/02/2011, às 08:40 horas, no endereço eletrônico:
<http://www.juara.mt.gov.br>.

Site acessado no dia 27/07/2011, às 14:00 horas no endereço eletrônico:

<http://www.saude.mt.gov.br/portal/cib/resolucoes.php>

SOUZA. Renilson Rehem de. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Ministério da Saúde: Brasil, 2002.

TANCREDI, Francisco Bernadini. **Planejamento em Saúde**, volume 2 /, Susana Rosa Lopez Barrios, José Henrique Germann Ferreira. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

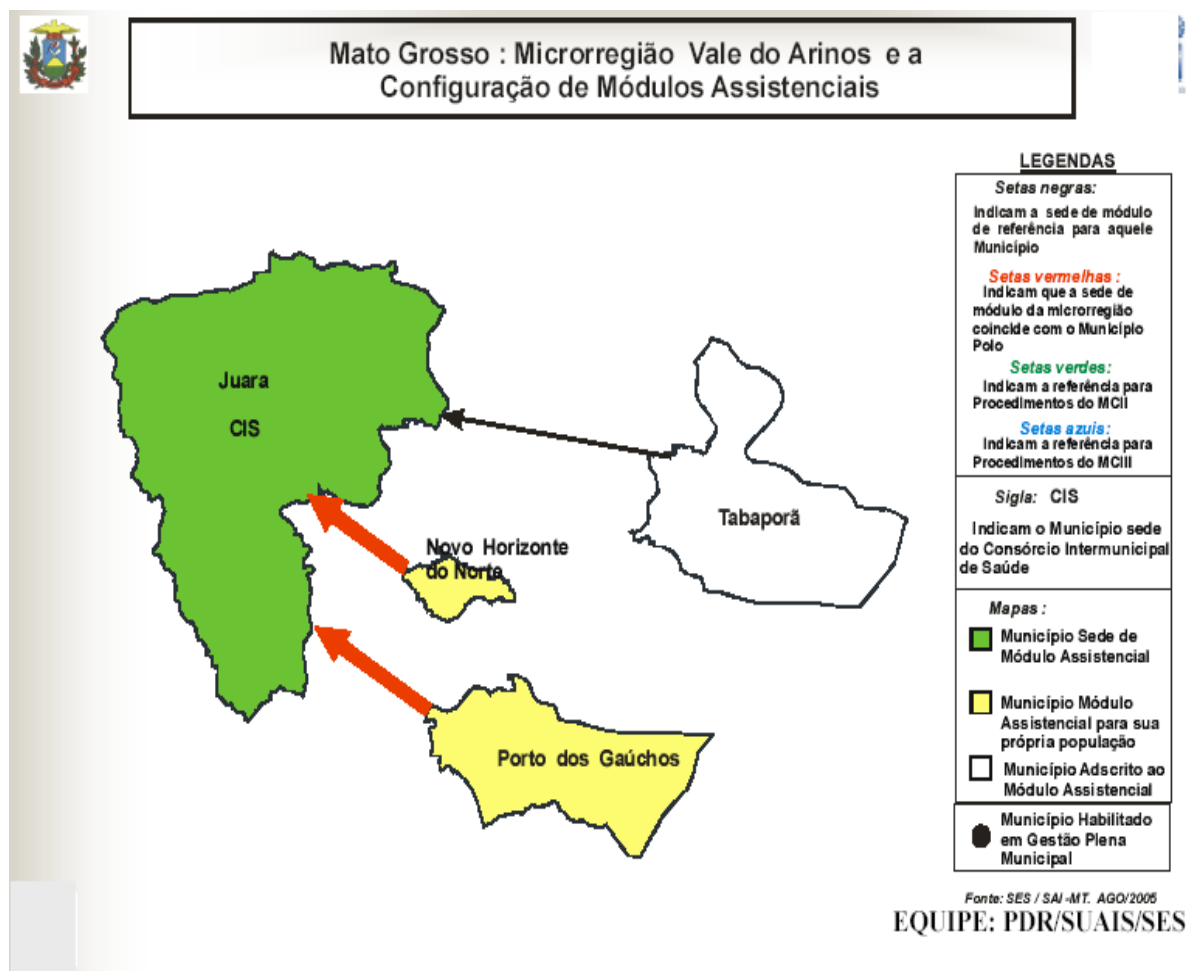
TESTA, Mario. Planificación Estratégica en el Sector Saladucud. Tradução: **Planejamento estratégico no setor da saúde**. Caracas. CENDES/UCV. 1990. Mimeo.

TRIVINÕS, Augusto Nibaldo Silva. **-Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VENÂNCIO. Joaquim. **Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do SUS**. Rio de Janeiro: Escola Politecnica de Saúde, 2007. Vol 3.

ANEXOS

ANEXO A – Micro Região do Vale do Arinos



ANEXO B - REDE ASSISTENCIAL REGIONAL

De acordo com o diagnóstico/2011 da Microrregião apresentado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, conta com a capacidade instalada de 83 (oitenta e três) unidades de saúde, com relação à prestadora de serviços são 07 (sete) hospitais gerais, quanto ao número de leitos existentes, conforme o quadro abaixo:

MUNICÍPIOS	LEITOS/CLÍNICO/CIRÚRGICO			LEITOS GERAL/COMPLEMENTAR		
	SUS	PARTICULAR	TOTAL	SUS	PARTICULAR	TOTAL
JUARA	32	14	46	51	27	78
NOVO HORIZONTE DO NORTE	8	-	8	16	-	16
PORTO DOS GAÚCHOS	14	-	14	20	-	20
TABAPORÃ	8	4	12	15	6	21
TOTAL	62	18	80	102	33	135

FONTE: CNES, 2011

CNES - Estabelecimentos com Tipo de Atendimento Prestado - Internação - Mato Grosso SUS por Tipo de Estabelecimento segundo Município Regional de Saúde: Juara Período: JULHO/2011		
Município	Hospital Geral	Total
510510 Juara	3	3
510627 Novo Horizonte do Norte	1	1
510680 Porto dos Gaúchos	1	1
510794 Tabaporã	2	2

Fonte: CNES, 2011

CNES - Estabelecimentos com Tipo de Atendimento Prestado - Internação - Mato Grosso Particular por Tipo de Estabelecimento segundo Município: Juara Período: JULHO/2011		
Município	Hospital Geral	Total
510510 Juara	3	3

Fonte: CNES, 2011

CNES - Estabelecimentos com Tipo de Atendimento Prestado - Ambulatório - Mato Grosso SUS por Tipo de Estabelecimento segundo Município Regional de Saúde: Juara Período: JULHO /2011								
Município	Centro de Atenção Hemoterápica e Hematológica	Centro de Atenção Psicossocial	Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde	Clinica Especializada/ Ambulatório Especializado	Hospital Geral	Posto de Saúde	Unidade Móvel Terrestre	Total
510510 Juara	1	1	6	4	3	7	1	23
510627 Novo Horizonte do Norte	-	-	2	-	1	1	-	5
510680 Porto dos Gaúchos	-	-	3	1	1	1	1	7
510794 Tabaporã	-	-	4	1	1	1	1	8

Fonte: CNES, 2011

CNES - Estabelecimentos com Tipo de Atendimento Prestado - Ambulatório - Mato Grosso Particular por Tipo de Estabelecimento segundo Município Regional de Saúde: Juara Período: JULHO/2011

Município	Consultório Isolado	Hospital Geral	Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	Total
510510 Juara	19	2	4	25
510680 Porto dos Gaúchos	2	-	-	2
510794 Tabaporã	3	-	3	6

Fonte: CNES, 2011

CNES - Estabelecimentos com Tipo de Atendimento Prestado - SADT - Mato Grosso SUS por Tipo de Estabelecimento segundo Município Regional de Saúde: Juara Período: JULHO/2011

Município	Centro de Hemoterápica e ou Hematológica	Clinica Especializada/Ambulatório Especializado	Hospital Geral	Total
510510 Juara	1	1	2	4
510627 Novo Horizonte do Norte	-	-	1	1
510680 Porto dos Gaúchos	-	1	1	2
510794 Tabaporã	-	1	1	2

Fonte: CNES, 2011

CNES - Estabelecimentos com Tipo de Atendimento Prestado - Urgência - Mato Grosso SUS por Tipo de Estabelecimento segundo Município Regional de Saúde: Juara Período: JULHO/2011

Município	Hospital Geral	Total
510510 Juara	1	1
510627 Novo Horizonte do Norte	1	1
510680 Porto dos Gaúchos	1	1
510794 Tabaporã	1	1

Fonte: CNES, 2011

CNES - Estabelecimentos com Tipo de Atendimento Prestado - Urgência - Mato Grosso Particular por Tipo de Estabelecimento segundo Município Regional de Saúde: Juara Período: JULHO/2011

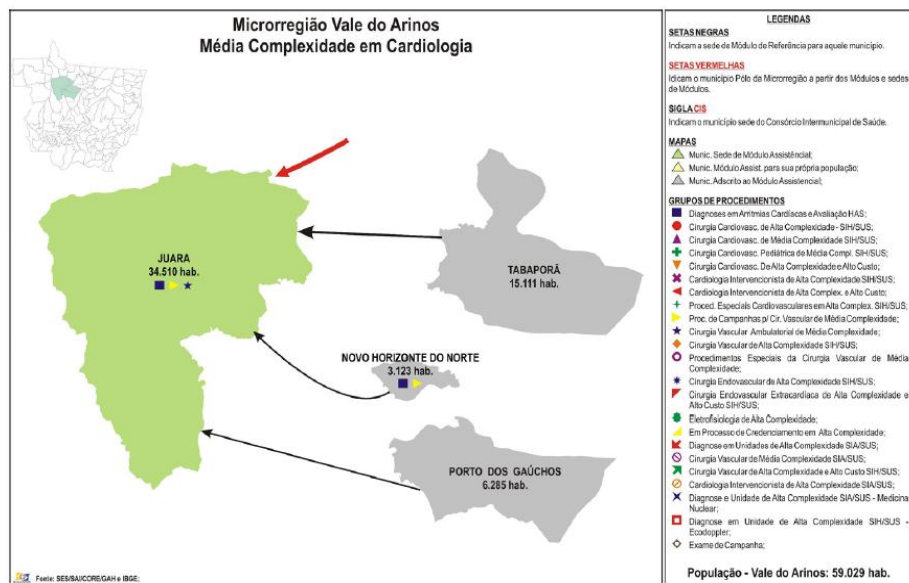
Município	Hospital Geral	Total
510510 Juara	2	2

Fonte: CNES, 2011

CNES - Recursos Humanos - Ocupações - segundo CBO 2002 - Mato Grosso
Atende ao SUS por Médicos segundo Município Regional de Saúde: Juara Período: JULHO/2011

Município	Anestesista	Cirurgião Geral	Clínico Geral	Gineco Obstetra	Médico de Família	Pediatra	Radiologista	Outras especialidades médicas	Total
510510 Juara	2	5	14	2	5	1	2	15	46
510627 Novo Horizonte do Norte	-	-	2	2	2	-	-	-	6
510680 Porto dos Gaúchos	-	1	3	-	3	-	-	-	7
510794 Tabaporã	-	-	5	1	4	-	-	-	10

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

ANEXO C – PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO


Fonte: Plano Diretor de Regionalização, 2005.

ANEXO D – Quadro de Descrição das CIES regionais e estadual com a data de criação. Mato Grosso, 2010.

Regional	Criação
Alto Tapajós/ Alta Floresta	Proposição Operacional CIB Regional Nº 003 de 10/04/ 2008
Baixada Cuiabana / Cuiabá	Resolução CGR Nº 001 de 05/03/2009
Baixo Araguaia/ Porto Alegre Do Norte	Resolução CGR Nº 008 de 27/08/2010
Baixo Araguaia/ São Félix Do Araguaia	Resolução CGR Nº 008 de 08/07/2009
Centro Norte/ Diamantino	Resolução Nº 002 CGR de 03/12/2008
Garças Araguaia/ Barra do Garças	Proposição Operacional Nº. 011/CGR de 26/06/ 2008
Médio Araguaia / Água Boa	Proposição Operacional da CIB Regional Nº02 de 08/02/2008
Médio Norte Matogrossense/ Tangará Da Serra	Resolução CGR Nº 006 de 15/09/2009
Noroeste Matogrossense/ Juína	Resolução CGR Nº 002 de 27/02/2009
Norte Matogrossense/ Colíder	Resolução CGR Nº 002 de 03/12/2008
Oeste Matogrossense/ Pontes E Lacerda	Resolução CGR Nº 008 de 10/11/2009
Oeste Matogrossense Cáceres	Resolução CGR Nº 001 de 18/03/2010
Sul Matogrossense/ Rondonópolis	Resolução CGR Nº 074 de 23/07/2009
Vale Do Arinos/ Juara	Proposição Operacional da CIB Regional Nº. 001 CGR de 25/02/2008
Vale Do Peixoto/ Peixoto De Azevedo	Proposição Operacional Nº. 05 CGR 30/03/2008
Teles Pires/ Sinop	Resolução CGR Nº 002 de 01/09/2009
CIB/MT- Comissão de Integração Ensino Serviço do Estado de Mato Grosso - CIES/MT-Cuiabá	Resolução CIB Nº 71 de 23/09/2009

Fonte: Secretaria Executiva CIB/MT, 2010; CIES/Regionais, 2010.