



PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DO PARANÁ

2019

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ
CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS

Secretário de Estado da Saúde

Carlos Alberto Gebrim Preto

Diretor Geral

Nestor Werner Junior

Grupo de Condução para Elaboração do Plano de Educação Permanente

Ana Lúcia Nascimento Fonseca (ESPP-CFRH)

Aldiney José Doreto (ESPP-CFRH)

Dorotéia Fátima Pelissari de Paula Soares (COSEMS-PR)

Giorgia Regina Luchese (COSEMS-PR)

Giseli Cipriano Rodacoski (ESPP-CFRH)

Olga Laura Peterlini Giraldi (ESPP-CFRH)

Olga Estefania Duarte Gomes Pereira (ESPP-CFRH)

Rafael Gomes Ditterich (UFPR-CIESC/ESTADUAL)

Solange Rothbarth Bara (ESPP-CFRH)

Colaboradores

Carolina Bocchi Maia (ESPP-CFRH)

Eliane Cristina Sanches Maziero (ESPP-CFRH)

Pablo Caldarelli (Universidade Estadual de Londrina)

Rita de Cássia Domanski (CES)

Rosalina Batista (CES)

Stela Maris Lopes Santini (CIESC Regional/16ªRS)

Tiemi Oikawa (COSEMS)

Apoio Administrativo

Ketherin Prestes Ferreira (ESPP-CFRH)

Sirlene Aparecida Stadler Ilanes (ESPP-CFRH)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DO PARANÁ	5
2.1 Organização e Estrutura da SESA	9
2.2 Indicadores de saúde.....	10
Morbimortalidade por doenças e agravos não transmissíveis	10
Morbimortalidade por agravos e doenças transmissíveis	14
Mortalidade Materna e Infantil.....	18
3. FORÇA DE TRABALHO NO SUS NO PR.....	21
4. METODOLOGIA DE CONSTRUÇÃO DO PEEPS	22
5. RELAÇÃO ENTRE O DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES, O PLANEJAMENTO E A OPERACIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	25
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS	32

APRESENTAÇÃO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) surge no Brasil, na década de 1980, como uma estratégia para superar o esgotamento do modelo da “educação continuada”, que tem como característica atualização de conhecimentos específicos por meio de capacitações pontuais para determinadas categorias profissionais que não respondiam às novas necessidades dos serviços. Portanto a educação permanente se difere da educação continuada pela proposta inovadora de transformação das práticas, com foco no ambiente de trabalho.

A EPS busca, por meio de uma teoria dialética, que os processos educativos sejam construídos a partir da realidade e necessidades de saúde da população, problematizando o processo de trabalho no ambiente onde estão inseridos os profissionais da saúde pública. Tem como objetivo a transformação das práticas profissionais e a organização dos serviços, com foco no princípio da integralidade da atenção, assistência e gestão

A institucionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) se deu pela publicação da portaria GM/MS 198/2004 e posteriormente a publicação da Portaria 1.996/07, que dispõe sobre as suas diretrizes.

O Plano Estadual de Educação Permanente (PEEPS) é o documento que congrega as estratégias propostas, discutidas e pactuadas entre as regiões de saúde e o Estado, considerando as necessidades regionais para os processos de formação.

Nos anos iniciais da implantação da PNEPS, o repasse do recurso federal para as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) era condicionado à elaboração do Plano de EPS pelos Estados da Federação. Com a interrupção desses repasses pelo Ministério da Saúde, no período de 2011 a 2017, a SESA deu continuidade às ações de EPS com saldos remanescentes das portarias anteriores a esse período e com recursos do tesouro do Estado.

Nesse período tanto a discussão, o planejamento e consequente construção do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde foram prejudicadas devido à desarticulação dos Polos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PREPS), em 2011.

Contudo, no mesmo ano, sob a coordenação da Escola de Saúde Pública do Paraná e do Centro Formador de Recursos Humanos (ESPP/CFRH) foi instalada a Comissão Estadual de Integração Ensino Serviço (CIES), institucionalizada apenas em 2016 por meio da Deliberação 168 de 21/11/2016 da Comissão Intergestores Bipartite do Paraná que aprova a criação da CIESC estadual e das 22 CIESCS regionais. Atualmente, contamos com a CIESC estadual em funcionamento e apenas duas CIESC regionais instaladas. Ressalta-se a necessidade de fortalecimento para efetiva consolidação do processo.

As ações de EPS do Estado, nesse período, constam nos Planos Estaduais de Saúde (PES) 2012-2015 e PES 2016-2019. Nesse último PES, a EPS passou a ter uma maior visibilidade passando a ser uma diretriz, a Diretriz 16 “Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde”, e ganha reconhecimento como uma importante ferramenta de gestão. No final de 2017, ao ser instituído o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS) por meio da Portaria GM/MS no 3.194, de 28 de novembro de 2017, a elaboração do Plano ganhou novo impulso, visto que o Ministério da Saúde estabeleceu novas regras para o custeio da elaboração deste.

O PEEPS do Estado do Paraná para o ano de 2019 seguiu as diretrizes da portaria supracitada, está articulado à Diretriz 16 do PES 2016-2019 e servirá de documento guia para construção da diretriz de “Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde do Plano 2020-2023”.

Para a sua elaboração, a ESSP-CFRH, contou com a participação de representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS-PR), Conselho Estadual de Saúde (CES), por meio da Comissão de Educação Permanente em Saúde, e da CIESC Estadual, da qual esses representantes também fazem parte. Nesse sentido, o PEEPS no Estado articula formação, atenção, gestão e controle social no setor da saúde e considera as necessidades locais, desenvolvendo potencialidades já existentes em cada realidade por meio de uma aprendizagem significativa que instrumentalize o profissional para o enfrentamento criativo dos problemas de sua prática cotidiana.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta um grande desafio contemporâneo que é o de viabilizar o acesso ao cuidado em saúde para os cidadãos brasileiros, com maior resolutividade e qualidade.

É consenso entre os gestores do SUS em todas as esferas de governo – União, Estados e Municípios, a necessidade em melhorar o investimento técnico, político, financeiro e organizacional na criação de mecanismos de articulação entre as redes de atenção na perspectiva de alcançar a efetividade do cuidado, em especial às doenças crônicas e situações de saúde de longa duração.

No Paraná, para alcançar o objetivo de *“Tornar a população do Paraná uma das mais saudáveis do Brasil, por meio do estímulo à promoção e proteção da saúde, mudança do estilo de vida e oferta de serviços de saúde eficientes e efetivos para toda a população”*, foram estabelecidas ações estruturadas em quatro pilares de sustentação da gestão: 1) Implantação de Redes de Atenção; 2) Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, 3) Fortalecimento da Atenção Hospitalar Resolutiva e 4) Desenvolvimento da política de Educação Permanente em Saúde no Estado.

Com base na análise dos indicadores e nas necessidades regionais de saúde foram priorizadas cinco Redes de Atenção, sendo elas: 1) Rede de Atenção Materno-Infantil “Mãe Paranaense”; 2) Rede de Atenção ao Idoso; 3) Rede de Atenção em Urgência e Emergência; 4) Rede de Atenção às Pessoas Portadoras de Deficiência e 5) Rede de Atenção em Saúde Mental.

Para que as Redes de Atenção funcionem adequadamente, é fundamental o fortalecimento da Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e da Estratégia Saúde da Família como espaço privilegiado do cuidado em saúde; da rede de Atenção Hospitalar visando garantir acesso aos serviços de maior tecnologia em tempo adequado e da rede de Vigilância em Saúde para a integralidade do cuidado.

Para o desenvolvimento destes processos e para que as ações voltadas tanto à gestão do sistema quanto do cuidado em saúde, é necessária uma intervenção estratégica ousada na formação e qualificação profissional que se volte à consecução destes projetos.

Neste contexto, o desenvolvimento da política de EPS é fundamental para promover a melhoria da qualidade da atenção à saúde prestada pelos serviços de saúde. Da mesma forma, é fundamental fortalecer a parceria com instituições, órgãos e autarquias como as Instituições de Ensino Superior (IES) e técnico do Estado, entidades profissionais, secretarias municipais

de saúde, outras secretarias estaduais, em especial a da Educação, Escola de Governo, Ministério da Saúde e outros parceiros importantes para o processo de formação.

A Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP) criada em 1958 e o Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha (CFRH) criado em 1954, em suas vertentes de formação inicial, técnico-profissionalizante e superior, são unidades da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) que planejam, articulam e coordenam os processos de educação na saúde, tanto com ofertas para o aprimoramento da educação continuada quanto movimentos de EPS voltados para trabalhadores já inseridos no SUS, seja no âmbito estadual ou municipal, com foco educacional nos processos de trabalho com vistas à mudança dos mesmos e, conseqüentemente, atender as necessidades de saúde da população com mais qualidade.

A Política Estadual de Educação Permanente em Saúde coordenada pela ESPP-CFRH parte das seguintes premissas:

- Integração dos processos formativos relativos à formação inicial, formação profissional e de nível superior com agregação e convergência de conteúdos e metodologias que possibilitem a construção de itinerários formativos voltados às necessidades do SUS.
- Articulação da ESPP-CFRH com as Superintendências da SESA e suas respectivas áreas técnicas na definição das prioridades de informações, conteúdos e cursos e qualificações a serem ofertadas.
- Articulação da ESPP-CFRH com as CIESC, Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde e COSEMS-PR, Controle Social, em especial com os responsáveis pela coordenação e articulação dos processos formativos dessas instâncias.
- Articulação da ESPP-CFRH com as Instituições de Ensino Técnico e Superior, em especial as públicas, para discussão e definição de estratégias e prioridades da educação permanente no Paraná.

O PEEPS está alicerçado nas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Ou seja:

- Destina-se a públicos multiprofissionais, isto é, à equipe de saúde inserida nos vários níveis organizacionais da rede de serviços;
- Objetiva transformações das práticas técnicas e sociais do campo da saúde, tendo em vista a garantia do acesso, a melhoria da qualidade, a humanização da atenção à saúde da população e o aperfeiçoamento da capacidade de gestão do SUS;

- Preocupa-se com problemas cotidianos das equipes de saúde, ou seja, toma como ponto de partida para as ações educativas, os problemas identificados no processo de trabalho, de modo sensibilizar e gerar compromisso entre trabalhadores, gestores, instituições de ensino e usuários para o desenvolvimento institucional do SUS, a melhoria do desempenho das equipes de saúde e o desenvolvimento individual dos profissionais e trabalhadores de saúde;
- Utiliza Metodologias Ativas de ensino-aprendizagem, com ênfase na realização de práticas pedagógicas centradas na resolução de problemas, geralmente por meio de supervisão dialogada e oficinas de trabalho realizadas, preferencialmente, no próprio ambiente de trabalho;
- Considera que a EPS deve ser um movimento contínuo, que faz parte do projeto de consolidação e desenvolvimento do SUS, e, portanto deve se inserir no processo de descentralização de gestão do sistema e de reorganização da rede de serviço sem bases territoriais, fomentando, assim, a condução regional da política, com a participação interinstitucional através das Comissões de Integração Ensino Serviço.

Em 2014, a ESPP-CFRH, alinhada a PNEPS e Mapa Estratégico da SESA, realizou oficinas presenciais para construção coletiva do seu Mapa Estratégico definindo assim a sua Missão: “Elaborar e coordenar a política de educação permanente em saúde no Paraná, contribuindo para o fortalecimento do SUS”. O Mapa também traz os compromissos de gestão, perspectivas de processos, bem como os resultados para a sociedade até 2020.

A vocação de mais de seis décadas das duas estruturas na educação profissional em saúde, as legitimou para serem responsáveis pelo protagonismo na condução da Política Estadual de EPS, como parte do organismo SESA. Assim sendo, atua/oferta cursos de qualificação dos trabalhadores e gestores do SUS, cursos de pós-graduação lato sensu, incorporação de novas tecnologias de ensino, como a Educação à Distância (EaD) e na produção de conhecimento por meio da Revista de Saúde Pública. Tudo aliado a um histórico de integração ensino-serviço e de educação permanente em saúde que antecede a própria institucionalização da política nacional.

Após 14 anos da publicação da portaria GM/MS no 198, de 13 de fevereiro de 2004 e posteriormente a edição da GM/MS 1.996/07 e de um período de ausência de financiamento, em meados de 2017, o Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento de Gestão da

Educação na Saúde (DEGES), promoveu discussões em âmbito nacional sobre a implementação da PNEPS pelos Estados.

A partir dessas discussões, e como resultado de um longo processo de construção coletiva, com participação ativa do Conselho Nacional de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Saúde (CNS), outras instâncias, além de diversos especialistas, profissionais e trabalhadores do SUS, o DEGES lançou, em 2017, o Programa para Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS.

A ESPP e o CFRH participaram, como representantes da SESA e como responsáveis pela condução da política estadual de EPS, nas discussões em âmbito nacional sobre a PNEPS em diferentes espaços como a câmara técnica de EPS do CONASS, Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (REDESCOLA), Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS) e encontros promovidos pelo Ministério da Saúde, por meio do DEGES.

A SESA, por meio da ESPP e CFRH, aderiu à portaria GM/MS no 3.194, de 28 de novembro de 2017, que dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS - PRO EPS-SUS e que também instituiu incentivo financeiro de custeio para a elaboração dos PEEPS. A SESA foi habilitada para recebimento do recurso como consta Portaria no 3.342, de 7 de dezembro de 2017, que divulga lista dos entes federados habilitados ao recebimento.

Conforme o CAPÍTULO II, DOS INCENTIVOS FINANCEIROS DE CUSTEIO PARA IMPLEMENTAÇÃO, EXECUÇÃO E GESTÃO DO PRO EPS-SUS, Seção I da GM/MS no 3.194, de 28 de novembro de 2017, § 1º Os recursos de que trata este artigo serão transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde ao Fundo de Saúde do estado ou Distrito Federal habilitado, em parcela única, na modalidade fundo a fundo, por meio do Bloco de Gestão, a partir da publicação da Portaria de que trata o § 3º do Art. 6º. , § 2º As despesas realizadas com os recursos de que trata este artigo deverão estar diretamente relacionadas à elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente de Saúde, observadas as diretrizes estabelecidas no manual de que trata o Art. 14.

Seguindo orientações da referida portaria, bem como do Manual Técnico do MS/2018, a ESPP-CFRH dá início ao planejamento e realização das ações para elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, com a participação da CIESC Estadual, conforme descrito nas próximas páginas desse plano.

2. CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DO PARANÁ

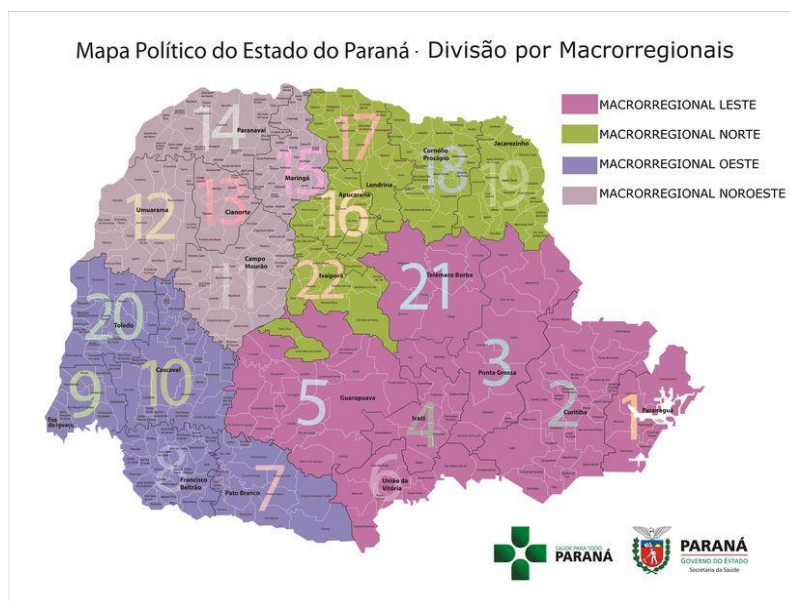
O Paraná ocupa uma área de 199.880 Km², equivalente a 2,4% do território brasileiro e a 35% da região Sul. Faz divisa com os Estados de São Paulo, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul, fronteira com a Argentina e Paraguai e limite com Oceano Atlântico. Segundo o Censo demográfico de 2010, o Paraná tem uma população de 10,4 milhões de habitantes, o que representa em termos proporcionais 38,1% da população do Sul brasileiro e 5,5% da nacional. Dos seus 399 municípios, 317 têm uma população inferior ou até 20 mil (79,5%) habitantes e apenas 18 têm acima de 100 mil habitantes.

A continuidade no processo de envelhecimento da população também foi confirmada pelo Censo de 2010, apontando para uma necessidade de mudança no foco de determinadas políticas públicas.

2.1 Organização e Estrutura da SESA

Desde sua criação, assim como ocorreu nos demais Estados da federação, a SESA estruturou-se por meio das Regionais de Saúde que, até 1982, eram chamadas de Distritos Sanitários. Atualmente conta com 22 Regionais de Saúde que configuram quatro Macrorregiões de Saúde, tendo Londrina como sede da Macrorregião Norte; Maringá da Macro Noroeste; Cascavel da Macro Oeste e Curitiba da Macro Leste (MAPA 1).

MAPA 1 – MACRORREGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ



FONTE: SESA/PR (2018)

Uma peculiaridade do Estado é possuir uma rede pública de ensino superior formada por sete universidades estaduais, tendo em cada macrorregião de saúde pelo menos uma universidade pública. Tal condição é um facilitador na integração ensino-serviço-comunidade.

2.2 Indicadores de saúde

Os indicadores de saúde servem como ponto de partida para ações de monitoramento e intervenção em saúde pública. A partir deles também é possível realizar atividades de educação em saúde com a comunidade e também direcionar a EPS nas instituições. O Paraná monitora vários agravos à saúde por meio dos indicadores, bem como o perfil da população, quanto à idade, moradia, saneamento e educação.

Agravos e doenças transmissíveis e não transmissíveis, dados de morbimortalidade materno-infantil, óbitos por doenças e causas externas, imunizações, morbimortalidade relacionada à saúde do trabalhador e controle sobre as endemias, como dengue, entre outras, estão entre as situações que são monitoradas por meio de indicadores.

Morbimortalidade por doenças e agravos não transmissíveis

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) incluem: neoplasias malignas, diabetes, Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) e Doenças Respiratórias Crônicas (DRC), sendo responsáveis por 72% de todas as mortes no país. A maior prevalência de DCNT está na Região Sul, com 52,1%, e no Paraná, 52,3% (PNS, 2013). No Paraná, observou-se nos últimos anos uma redução nas taxas de mortalidade por esses agravos, o que pode ser atribuído à expansão da atenção primária, melhoria da assistência e redução do consumo do tabaco desde os anos 1990, mostrando importante avanço na saúde da população. No entanto, as DCNT constituem-se ainda um problema de saúde de grande magnitude.

Conforme apresentado no QUADRO 1, a primeira causa de morte no Paraná se dá por Doenças do Aparelho Circulatório (DAC); as Neoplasias (câncer), a segunda causa; Causas Externas (CE), ou seja, diferentes formas de violência e acidentes, a terceira; e Doenças do Aparelho Respiratório (DAR), a quarta. Na infância e adolescência, além das CE, as Neoplasias e as Doenças do Sistema Nervoso têm destaque. As chamadas Causas Mal Definidas (MD) representaram 3,3% nas classificações de óbitos no Paraná.

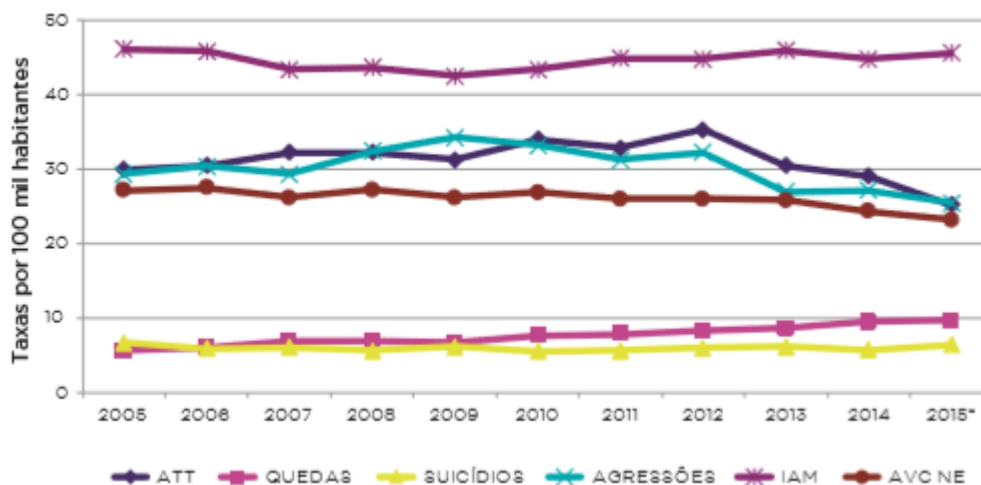
QUADRO 1 – PRINCIPAL CAUSA DE MORTE POR FAIXA ETÁRIA NO PARANÁ

Lugar	< 01a	01-04a	05-09a	10-14a	15-19a	20-29a	30-39a	40-49a	50-59a	60-69a	70a e mais	TOTAL
1ª	AAOPP	CE	CE	CE	CE	CE	CE	CE	Neoplasias	DAC	DAC	DAC
	1039	69	60	123	880	2164	1703	1255	2383	4015	5623	20311
2ª	MCDAC	MCDAC	Neoplasias	Neoplasias	Neoplasias	Neoplasias	Neoplasias	Neoplasias	DAC	Neoplasias	Neoplasias	Neoplasias
	526	42	31	44	59	153	424	1054	2278	1238	2670	13098
3ª	CE	DSN	DSN	DSN	DSN	DAC	DAC	DAC	CE	DAR	DAR	CE
	75	38	26	33	45	100	323	964	962	1220	5624	9180
4ª	DAR	Neoplasias	MCDAC	ADIP	DAC	ADIP	ADIP	DAD	DAD	DENM	DENM	DAR
	65	30	16	11	31	90	235	536	749	923	2266	8001
5ª	Mal Definidas	ADIP	ADIP	DAC	Mal Definidas	DSN	DAD	ADIP	DAR	DAD	DAD	DENM
	39	27	6	12	26	76	184	323	607	799	1609	4141
6ª	ADIP	DAR	DAC DENM	Mal Definidas	DAR	DAR	TMC	DAR	DENM	CE	DSN	DAD
	43	26	4	10	16	59	99	275	553	609	1537	3980
7ª	DSN	DENM	Mal Definidas DSOHTI	DAD	ADIP	Mal Definidas	DAR	DENM	ADIP	ADIP	Mal Definidas	MD
	14	15	5	9	15	50	98	233	369	351	1318	2350
8ª	Neoplasias	DAD	DAG	DAR	DAD	DAD	MD	TMC	MD	MD	CE	ADIP
	12	13	2	7	13	55	88	200	279	319	1202	2322
9ª	DENM	Mal Definidas	DAR AAOPP	MCDAC DENM DSOHTI	GPP	DENM	DENM	MD	TMC	DAG	DAG	DAG
	12	10	2	6	11	38	85	180	197	265	983	1542
10ª	DAC	DAC DSOHTI	DAG DPTS DSOTC TMC	DSOTC	DAG	GPP	DSN	DSN	DAG	DSN	ADIP	DSN
	11	8	3	3	9	33	70	93	141	173	850	2224
Total todas as causas												70.448

FONTE: SESA/SVS/CEPI/DVDNT/SIM/TABDOWEB (2016)

Investimentos em ações de atenção e promoção na saúde, em destaque nos serviços de urgência e emergência, colaboraram para a redução de mortes por Acidentes de Transporte Terrestre (ATT), agressões, Acidente Vascular Cerebral não Especificado (AVC NE), no Paraná, entre os anos de 2005 a 2015 (GRÁFICO 1).

GRÁFICO 1 – MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS ESPECIFICADAS, INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO E ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NÃO ESPECIFICADO, PARANÁ – 2005-2015*



FONTE: SIM-PR, (2016)

*população IBGE projetada de 2000 a 2030.

Em contrapartida, aumentaram os óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), quedas e lesões provocadas intencionalmente (suicídios), sinalizando a necessidade de mais ações direcionadas a esses grupos.

A partir de investimentos direcionados à atenção primária, serviços de urgência e emergência e ações de promoção da saúde foi possível diminuir as mortes por DCNT entre a população na faixa dos 30 a 69 anos (GRÁFICO 2).

GRÁFICO 2 – MORTALIDADE PREMATURA (30 A 69 ANOS) POR DCNT POR 100.000 HAB. NESSA FAIXA ETÁRIA, PARANÁ – 2006-2014

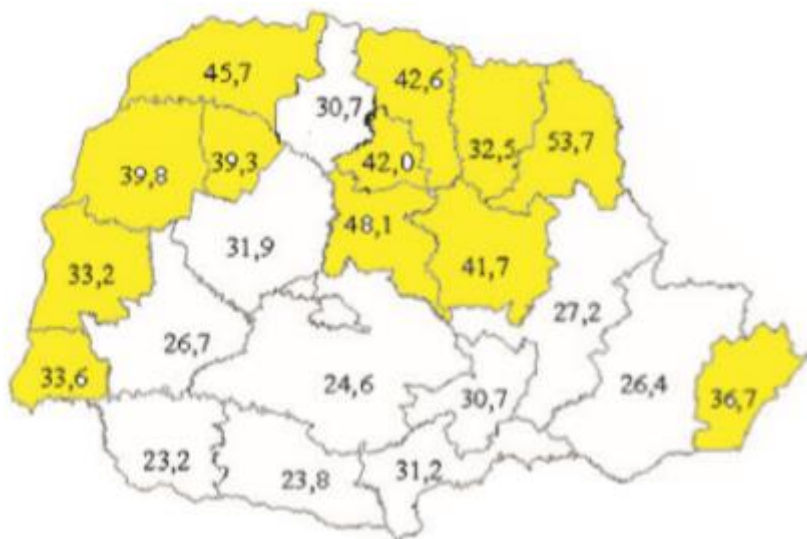


FONTE: Fonte: SESA/SVS/CEPI/DVDNT/SIM.

Outra doença preocupante é o Diabetes, que vitimou uma média de 2.999 mortes ao ano, entre 2004 a 2014. A maior incidência foi entre as mulheres (média de 1.642 ao ano) e menor entre os homens (média de 1.356 ao ano). Em 2014, a taxa de mortes por diabetes no Estado, em todas as idades, foi de 32,0 óbitos/100 mil habitantes. Doze Regionais de Saúde (Foz do Iguaçu, Toledo, Umuarama, Cianorte, Paranavaí, Londrina, Cornélio Procópio, Jacarezinho, Telêmaco Borba, Ivaiporã, Apucarana e Paranaguá) apresentaram taxas de morte por DM maior que o Estado, e nove Regionais de Saúde tiveram taxas menores (Maringá, Cascavel, Francisco Beltrão, Guarapuava, Pato Branco, União da Vitória, Irati, Ponta Grossa e Metropolitana). A RS de Campo Mourão teve taxa igual à do Paraná (Mapa 2). Considerando os municípios, 192 (48,1%) tiveram taxas acima da média do Estado e 168 (42,1%) apresentaram taxas menores. Trinta e nove municípios (9,8%) não registraram mortes por diabetes.

Observa-se que há taxas mais altas de morte na maioria dos municípios do Estado, apontando a necessidade de mais investimentos no diagnóstico precoce e em ações que potencializem o autocuidado e a adoção de estilos de vida mais saudáveis (MAPA 2).

MAPA 2 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS TAXAS DE MORTALIDADE POR DIABETES/100.000 HAB., SEGUNDO REGIONAL DE SAÚDE, PARANÁ – 2014

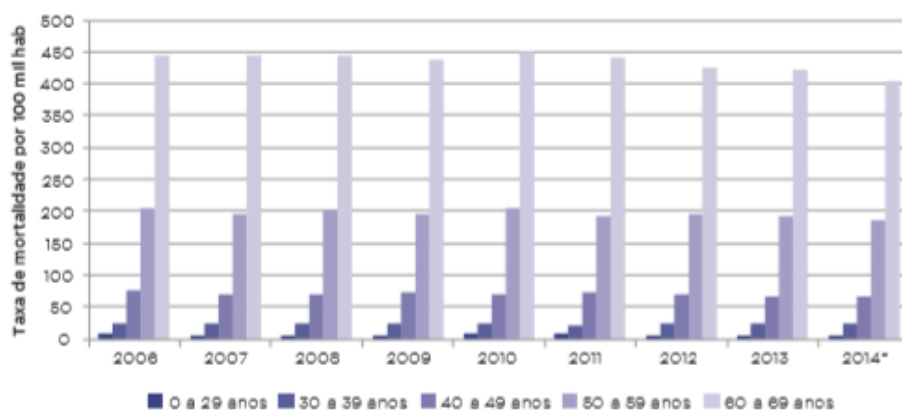


FONTE: SESA/SVS/CEPI/DVDNT/SIM – PR (2016)

As **neoplasias** estão entre as DCNT que também merecem atenção. O Instituto Nacional do Câncer (INCA), estimou em 2014 que, a cada ano 580 mil novos casos de câncer serão descobertos, com maior incidência para os cânceres de pele tipo não melanoma; próstata; mama; cólon e reto; pulmão e estômago. Para o Paraná a estimativa é de 40.010 novos casos ao ano.

Conforme o GRÁFICO 3, percebe-se que no Paraná, entre 2006 a 2014, houve redução das taxas de mortes por neoplasias na faixa etária de 60 a 69 anos por 100.000 habitantes; nas demais faixas etárias, houve estabilidade. Entre os homens, as maiores taxas de morte devido a neoplasias foram: 1ª) câncer de pulmão, traqueia e brônquios; 2ª) câncer de próstata; e 3ª) câncer de estômago; entre as mulheres: 1ª) câncer de mama; 2ª) câncer de pulmão, traqueia e brônquios; e 3ª) câncer de cólon, reto e ânus.

GRÁFICO 3 – TAXAS DE MORTALIDADE POR NEOPLASIAS/100.000 HAB. SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, PARANÁ – 2006-2014



FONTE: SESA/SVS/CEPI/DVDNT/SIM/TABDOWEB, 2016

Morbimortalidade por agravos e doenças transmissíveis

Apesar dos investimentos e avanços em pesquisas e ações de controle, as doenças transmissíveis ainda são uma preocupação mundial. Algumas nunca deixaram de gerar preocupação, outras estavam totalmente controladas e retornaram ao cenário e novas ainda têm surgido. Podemos citar como doenças transmissíveis que merecem atenção dentro das políticas públicas: sarampo, rubéola, coqueluche, tuberculose, hanseníase, AIDS, hepatites virais, sífilis, dengue, zika, chikungunya, além das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), que constituem um grave problema de saúde pública mundial, aumentando a morbimortalidade entre os pacientes e elevando os custos hospitalares.

Muitas dessas infecções são evitáveis e podem ser interrompidas com adoção de medidas eficazes como: a higiene de mãos, o processamento de artigos e superfícies, a utilização de equipamentos de proteção individual e a observação de medidas corretas de assepsia. Esses fatores, além de reduzirem a incidência de IRAS, se concretizam como importantes indicadores de qualidade assistencial e segurança do paciente. Os indicadores epidemiológicos para a vigilância e monitoramento das IRAS adotados e monitorados no Paraná são: infecção primária da corrente sanguínea laboratorialmente confirmada associada ao cateter venoso central (IPCSL/CVC), infecção de trato urinário associada à sondagem vesical de demora (ITU/SVD) e pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV/VM).

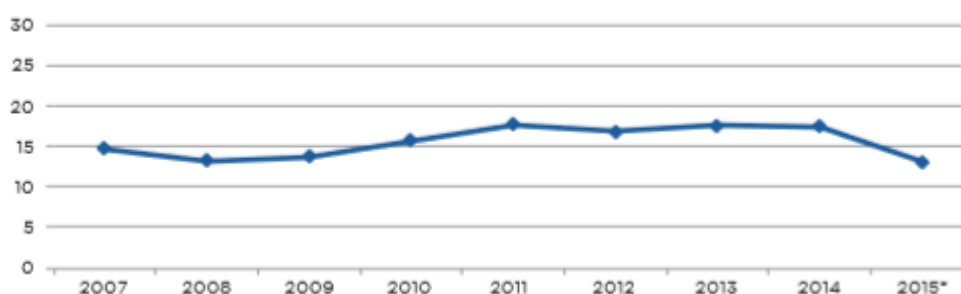
Desses, o único indicador comparável nacionalmente é o IPCSL/CVC, cujo resultado é divulgado anualmente pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). No ano de 2014, 88 hospitais do Paraná com UTI Adulto e 15 hospitais com UTI pediátrica notificaram dados de IPCSL no Sistema Online de Notificação de Infecção Hospitalar (SONIH), implantado desde 2009 no Estado. Isso representa 7% do total de hospitais do Brasil que possuem UTI Adulto e 4% do total de hospitais do Brasil com UTI pediátrica que notificaram dados de IPCSL à ANVISA.

De acordo com os dados, a densidade de incidência de IPCSL na UTI Adulto, no ano de 2014 no Paraná, foi de 6,5 infecções a cada 1.000 CVC-dia. No Brasil, a incidência de IPCSL nesse mesmo tipo de UTI foi de 5,1. Em pacientes pediátricos no Paraná, essa incidência foi de 7,2 infecções a cada 1.000 CVC-dia, sendo que no Brasil, esse mesmo indicador foi igual a 5,8 infecções/1000 CVC-dia. Esses resultados não devem ser vistos como tendo o Paraná muitas IPCLS, mas sim como um aumento da cultura de segurança, que leva a um aumento nas notificações.

Para êxito na prevenção e controle desses agravos é indiscutível a necessidade constante de investimentos, principalmente aos relacionados à educação.

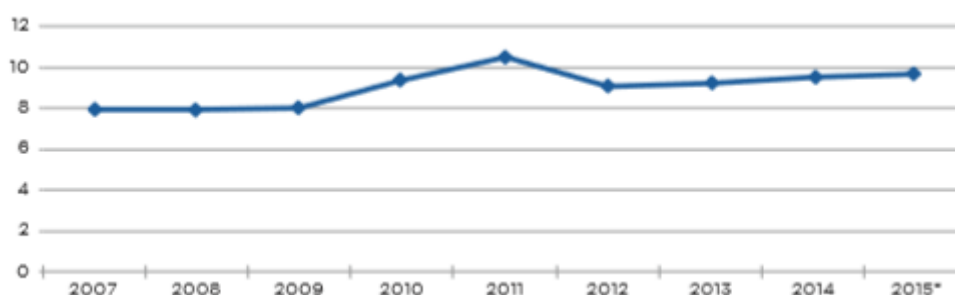
As **hepatites virais** são um sério problema de saúde pública. No Paraná, a taxa de detecção em 2010 foi de 15,66/100 mil habitantes, sendo que as maiores taxas se encontram nas regiões oeste e sudoeste do estado, correspondentes às 7ª, 8ª, 9ª e 10ª Regionais de Saúde. As ações de descentralização do teste rápido para detecção das hepatites B e C, para as diversas regiões do Estado, resultou no aumento das taxas, alcançando, em 2014, 17,44/100 mil habitantes. Os GRÁFICOS 4 e 5 trazem esses dados.

GRÁFICO 4 - TAXA DE DETECÇÃO DE HEPATITE B POR ANO DE DIAGNÓSTICO POR 100.000 HAB., PARANÁ – 2007-2015



FONTE: Fonte: SESA/SVS/CEPI/DVDST/AIDS/HV/TB. SINAN (2016)

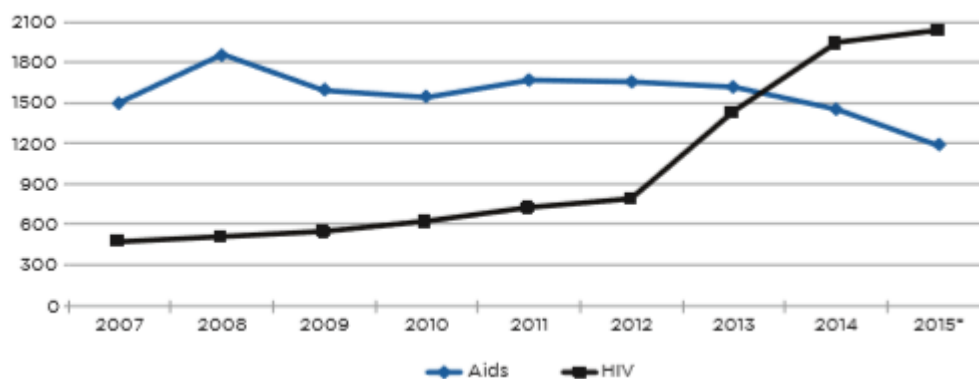
GRÁFICO 5 - TAXA DE DETECÇÃO DE HEPATITE C POR ANO DE DIAGNÓSTICO POR 100.000 HAB., PARANÁ – 2007-2015



FONTE: Fonte: SESA/SVS/CEPI/DVDST/AIDS/HV/TB. SINAN (2016)

Em relação a **AIDS**, outro problema de saúde pública, o Paraná realiza o monitoramento e notificação já antes da Portaria GM/MS nº 1.271/2014, que determina assim como a AIDS, a notificação compulsória de HIV no Brasil. No Paraná, desde o primeiro caso diagnosticado, em 1984, até novembro de 2015, foram registrados 44.460 casos de Aids e HIV no SINAN (GRÁFICO 6).

GRÁFICO 6 - NÚMERO DE CASOS DE AIDS E CASOS DE HIV NOTIFICADOS POR ANO DE DIAGNÓSTICO, PARANÁ – 2007-2015



FONTE: Fonte: SESA/SVS/CEPI/DVDST/AIDS/HV/TB. SINAN (2016)

Outra doença sexualmente transmissível e que gera um quadro de morbimortalidade preocupante, não só por atingir adultos sexualmente ativos, mas por acometerem recém-nascidos, é a **Sífilis**. No Brasil, no ano de 2013, a taxa de detecção de casos de Sífilis em gestantes foi de 7,4/1.000 NV e, na Região Sul, essa taxa foi de 13,1/1.000 NV. Paralelamente, o Paraná apresentou uma taxa de detecção de sífilis em gestantes de 5,8 casos/1.000 NV, inferior aos níveis apresentados no Brasil e na Região Sul. Em 2014, o Brasil apresentou uma taxa de detecção de 9,7 casos/1.000 NV e, o Paraná, de 7,5 casos/1.000 NV. Os dados apontam uma melhoria do acesso ao diagnóstico, como resultado da qualificação dos serviços de saúde preconizados na Rede Mãe Paranaense. No entanto, ainda existem casos detectados tardiamente, ou tratados de forma inadequada por falhas na adesão ao tratamento e ausência/falta de informação sobre o tratamento do parceiro. Associado a esses fatores, ocorreu em 2014 e 2015 um desabastecimento de Penicilina, dificultando a continuidade do tratamento em todo o território nacional.

O número de casos de Sífilis congênita vem aumentando nos últimos anos, tanto no Brasil como no Paraná. A incidência em 2013 foi de 4,7 casos/1.000 NV no Brasil; na região sul, atingiu 4,1/1.000 NV e, no Paraná, 2,4/1.000 NV. O Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis preconiza as diretrizes para a constituição de Comitês de Investigação de Transmissão Vertical. Sendo assim, com base nesse protocolo, o Paraná vem implantando os comitês nas 22 RS, possibilitando a investigação dos casos e a adoção de medidas pertinentes para a redução e a eliminação da transmissão vertical de ambos os agravos.

Quanto à **tuberculose**, o Brasil está entre os 22 países prioritários que concentram 80% dos casos de Tuberculose, e ocupa a 16ª posição em números absolutos de casos, tendo apresentado, nos últimos cinco anos, média de 73 mil casos novos. No Paraná, em 2015, foram notificados 2.092 casos novos, o que corresponde a uma taxa de incidência de 18,7 casos/100

mil habitantes. O Estado apresenta a menor taxa de incidência de tuberculose na região sul e é um dos poucos estados brasileiros que se encontra na fase de pré-eliminação da tuberculose, com um coeficiente de mortalidade (CM) menor que 1 caso/100 mil habitantes (BRASIL, Boletim Epidemiológico, 2015).

A **hanseníase**, no Paraná vem apresentando uma melhoria de seus indicadores. Desde 2013, a Hanseníase está em processo de eliminação como problema de saúde pública no Estado, com menos de um caso por 10 mil habitantes. O controle da endemia é realizado buscando-se implementar o diagnóstico precoce, tratamento oportuno de todos os casos, prevenção de incapacidades físicas, cirurgias reabilitativas e vigilância de contatos intradomiciliares.

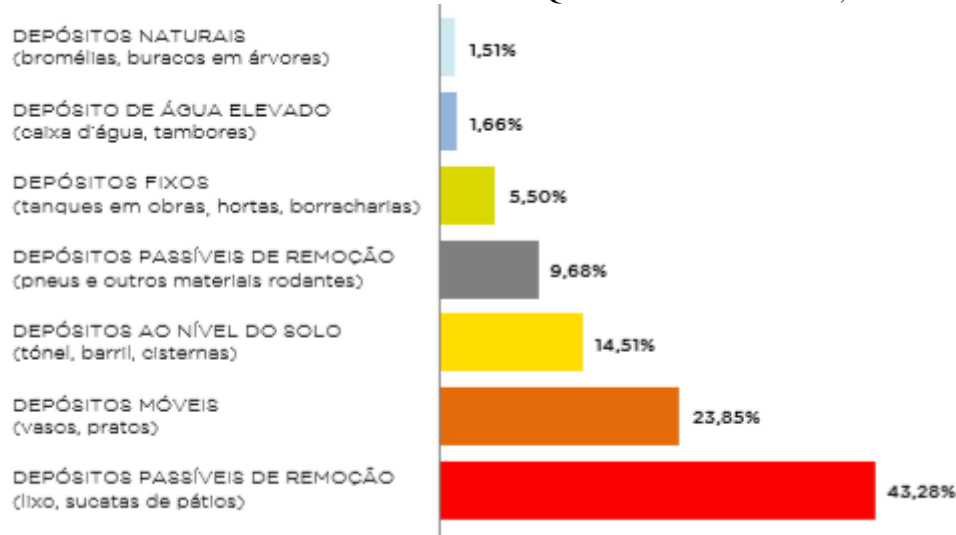
Para a prevenção e controle das **doenças imunopreveníveis**, o Paraná, além da vacinação de rotina, desenvolve vacinação de bloqueio de casos suspeitos de doenças, campanhas anuais de vacinação contra a poliomielite, influenza, campanhas de seguimento contra o sarampo e realização de monitoramento rápido de cobertura vacinal em todos os municípios do Estado. Também realiza análise e monitoramento dos eventos adversos pós-vacinação e a manutenção da rede de frio, para conservação dos imunobiológicos em todos os níveis, de modo a assegurar a qualidade dos produtos disponibilizados. O Estado possui um Centro de Imunobiológicos Especiais (CRIE), implantado em 1993 no Paraná, para o fornecimento de vacinas especiais àqueles que possuem restrições ao uso tradicional. Para desenvolver as ações de Imunização no Paraná, há 1.748 postos de vacinação funcionando rotineiramente, realizando a aplicação de uma média de 6 milhões de doses/ano.

A luta contra a **Dengue** e as demais doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*, fez com que o Paraná, a partir de 2010, passasse a acompanhar e analisar a ocorrência de casos notificados e confirmados de dengue pelo ano epidemiológico do agravo, sendo esse considerado da semana 31 à semana 30 do ano seguinte. No período de 2014-2015, foram realizadas 89.968 notificações com 35.433 casos confirmados, sendo 33.702 autóctones e com 24 óbitos por dengue. O acompanhamento do índice de infestação, das notificações de casos, principalmente dos casos graves e da letalidade são pontos fundamentais para a efetiva vigilância do agravo. Foi realizado um levantamento dos principais criadouros do mosquito, no intuito de agir de forma mais pontual, realizando buscas e promovendo ações educativas com a população, além das ações de combate em loco. As ações vão desde a vistoria de domicílios e terrenos, orientação, aplicação de repelentes, até multas e notificações.

O acompanhamento do índice de infestação, das notificações de casos, principalmente dos casos graves e da letalidade são pontos fundamentais para a efetiva vigilância da doença.

O índice de infestação predial é considerado de alto risco para epidemia quando acima de 4%. Em 2015, 37 municípios apresentaram índice de infestação predial acima de 4%, o que deixou o Estado em alerta. O GRÁFICO 7 mostra os principais criadouros do mosquito.

GRÁFICO 7 - PRINCIPAIS CRIADOUROS DO MOSQUITO Aedes Aegypti, PARANÁ – 2015



FONTE: SISPNCD, 2015

Além da dengue, o mosquito *Aedes aegypti* é responsável pela transmissão do vírus **Zika** e **Chikungunya**. A circulação desse último pelo mundo exigiu o reforço na vigilância em saúde do país e do Estado, que culminou com a elaboração de Protocolo de Vigilância para esse agravo pelo Ministério da Saúde. Em 2015, no Paraná, foram notificados 49 casos da doença, dos quais 4 foram confirmados, sendo um destes autóctone e os demais importados.

No mesmo ano, o Brasil notificou um aumento da ocorrência de casos de microcefalia que podem estar associados à infecção pelo vírus Zika. A microcefalia foi declarada Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional e, para o seu enfrentamento, foi elaborado um protocolo de vigilância específico, reforçando as ações de vigilância em todo o país, inclusive no Paraná.

Mortalidade Materna e Infantil

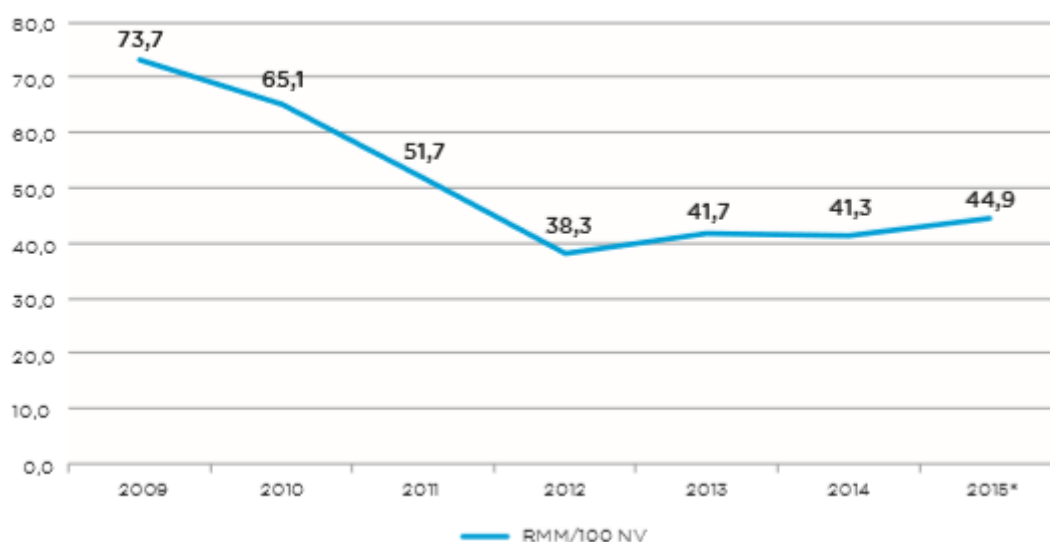
Conhecer os dados de mortalidade materno-infantil proporciona aos gestores uma visão do quadro social. Apesar de estar em declínio, a **mortalidade materna** ainda é uma preocupação da Organização Mundial de Saúde (OMS). O Brasil está entre os dez países latino-americanos que mais reduziram a mortalidade materna, com um declínio de 43%. No entanto,

as diferenças entre as várias regiões do país fazem com que se permaneça em constante vigilância.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), o Brasil teve cerca de 1.178 óbitos maternos declarados em 2015. Destes, 821 são de causas obstétricas diretas, 323, indiretas e, 34, não especificadas. No ano de 2015, a Região Sul foi a segunda região do país de menor frequência de óbitos maternos, porém o Paraná teve o maior número de óbitos maternos da Região.

A mortalidade materna teve expressiva redução desde o ano de 2009, quando houve um surto de H1N1, sendo o menor declínio em 2012, quando foi implantada a Rede Mãe Paranaense. A sequente elevação tem, entre outros motivos, registro de óbitos de mulheres haitianas, o que reflete o recente quadro migratório desse país para o Brasil e suas especificidades de saúde (GRÁFICO 8).

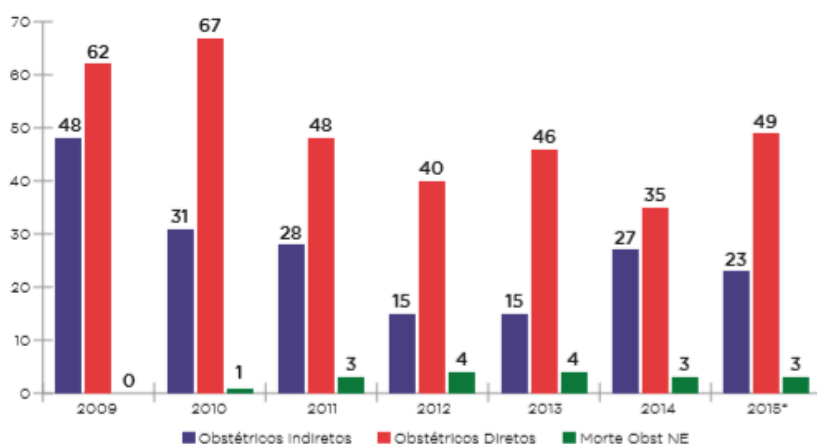
GRÁFICO 8 - SÉRIE TEMPORAL DA REDUÇÃO DE MORTE MATERNA POR 100.000 NV, PARANÁ – 2009-2015*



FONTE: SESA/SVS/CEPI/DVIEP/SIM (2016).

Quanto às causas de mortalidade materna no Brasil, a maior concentração é de natureza diretamente relacionada à gravidez, parto e puerpério (hipertensão gestacional e hemorragias). A única causa indireta é a doença circulatória agravada pela gravidez e pelo parto. No Paraná, as mortes obstétricas diretas representam a maior causa de mortalidade materna (GRÁFICO 9).

GRÁFICO 9 - NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS POR CAUSAS OBSTÉTRICAS DIRETAS, INDIRETAS E NÃO ESPECIFICADAS, PARANÁ – 2010-2015



FONTE: SESA/SVS/CEPI/DVIEP/SIM, (2016).

A **mortalidade infantil** e outra situação que gera muita preocupação pelos órgãos mundiais. Sua taxa estima o risco de morte no primeiro ano de vida e permite subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações da atenção ao pré-natal e parto. E um indicador que permite avaliar os níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população.

Em 2013, o Brasil apresentou taxa de mortalidade infantil (TMI) de aproximadamente 13 óbitos de menores de 01 ano/1.000 NV, e, no Paraná, a TMI foi de 10,94 óbitos/1.000 NV. A Região Sul apresenta a menor TMI, e o Paraná apresentou o maior índice histórico entre esses estados (QUADRO 2).

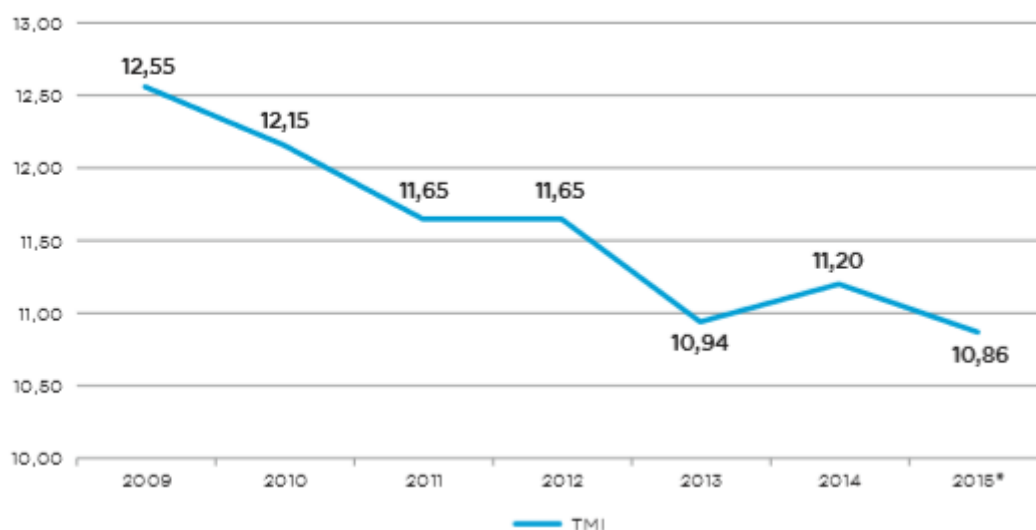
QUADRO 2 - SÉRIE TEMPORAL DA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL POR 1.000/NV NO BRASIL, REGIÕES E ESTADOS DA REGIÃO SUL – 2009-2014

REGIÃO/UF	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Brasil	14,8	13,9	13,6	13,5	13,4	12,9	13,7
Região Norte	18,0	17,3	16,2	16,6	16,5	15,7	16,7
Região Nordeste	17,0	15,7	15,3	15,1	15,5	14,5	15,5
Região Sudeste	13,2	12,6	12,4	12,2	12,0	11,7	12,3
Região Sul	11,9	11,4	11,6	11,1	10,7	10,7	11,2
Paraná	12,5	12,1	11,7	11,7	11,0	11,2	11,7
Santa Catarina	11,3	10,5	11,8	10,6	10,5	10,2	10,8
Rio Grande do Sul	11,5	11,2	11,5	10,8	10,6	10,7	11,0
Região Centro-Oeste	14,6	13,8	13,5	13,6	13,6	13,0	13,7

FONTE: MS/SVS/CGIAE/Tabnet. (2015)

A mortalidade infantil no Paraná vem declinando (GRÁFICO 10), no entanto as causas se tornam mais difíceis de redutibilidade, visto que a tecnologia permite diagnósticos mais avançados e os relatos epidemiológicos mais complexos.

GRÁFICO 10 - SÉRIE TEMPORAL DA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL POR 1.000/NV NO PARANÁ
– 2009-2015



FONTE: SESA/SVS/CEPI/DVIEP/SIM/SINASC (2016)

As taxas de mortalidade infantil se associam à faixa etária, sendo a neonatal (menor de 28 dias de vida) o maior destaque no cenário global, nacional e no Estado do Paraná. As principais causas desses óbitos estão relacionadas às afecções e complicações maternas, o que explica a prevalência do componente neonatal precoce na mortalidade infantil no Paraná.

3. FORÇA DE TRABALHO NO SUS NO PR

O quadro de servidores da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), segundo dados de janeiro de 2016, contava com 8.775 servidores efetivos, distribuídos em: 2.553 promotores de saúde de apoio (nível fundamental); 3.226 promotores de saúde de execução (nível médio); e 2.976 promotores de saúde profissionais (nível superior). Quanto ao gênero, 5.773 servidores são do gênero feminino e 3.002 servidores são do gênero masculino. Já os cargos em comissão e função de gestão ocupados é de 552 e 193, respectivamente. Os 8.775 servidores do quadro atual estão distribuídos em regionais de saúde, hospitais e órgãos de apoio, sendo a maior parte desse contingente concentrada nas unidades hospitalares.

Quanto à faixa etária, 4.057 servidores (46,2% do total) têm idade entre 50 e 71 anos; sendo que 2.221 servidores (25,3% do total) possuem entre 30 e 48 anos de serviço. Esses dados evidenciam o contingente de trabalhadores próximos ou já em condições de requerer a aposentadoria. Entre os anos de 2011 a 2015, 1.710 servidores aposentaram-se, e 2.028 servidores foram nomeados e incorporados ao serviço público mediante concurso.

Segundo dados da plataforma RHSUS/2016, apoiados em informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Estado do Paraná contava, até aquela data, com 52.261 profissionais de saúde de nível superior, sendo 36,25% médicos, 21,21% enfermeiros, 16,34%

odontólogos e 26,18% outros profissionais. Já de nível médio (Técnicos) e elementar (Auxiliares e Agentes de Saúde), são 51.827 trabalhadores, sendo 59,83% Aux/Tec. em Enfermagem, 28,88% ACS/ACE e 11,27% outros. No entanto, é preciso ressaltar que esses números se referem à totalidade de profissionais cadastrados no CNES no território do Paraná, o que incorpora profissionais dos Municípios, Estado e União e que se refere ao público-alvo das ações de EPS.

4. METODOLOGIA DE CONSTRUÇÃO DO PEEPS

A SESA, por meio da ESPP-CFRH, utiliza os processos de Educação Permanente como Instrumento de Gestão, no sentido de alinhar as ações em saúde aos princípios e diretrizes do PES, especialmente para o fortalecimento das Redes Assistenciais prioritárias no Estado, pois acredita que este processo de mudança requer inovação e transformações de saberes e práticas.

O Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, como instrumento norteador para a implementação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde, vem sendo construído de forma coletiva e compartilhada, sob a coordenação do Grupo Condutor deste processo na CIESC Estadual.

Ressalta-se que a metodologia para construção do PEEPS objetivou a instrumentalização de gestores e trabalhadores para elaboração participativa e colaborativa do Plano Estadual de Educação Permanente, compreendendo:

- O alinhamento estratégico entre as ações de EPS e o Mapa Estratégico das Redes Assistenciais Prioritárias no Estado;
- A identificação dos pontos fortes e necessidades de desenvolvimento de competências em cada uma das Macrorregiões do Estado;
- As necessidades de novos conhecimentos, desenvolvimento de habilidades e ou adequações atitudinais para o planejamento e execução regional de Plano Estadual.

Assim, a partir da adesão ao PRO EPS-SUS, o grupo iniciou a construção do PEEPS considerando:

- A organização territorial assistencial e administrativa do Estado do Paraná – em quatro Macrorregiões de Saúde;
- As diretrizes do Plano Estadual de Saúde – PES (2016-2019);
- Os resultados da Oficina Preparatória com as áreas estratégicas da SESA Macrorregionais de EPS.

Para a definição do número de Oficinas a serem realizadas para elaboração do PEEPS, foi considerada a organização do território assistencial do Estado em quatro Macrorregiões de

Saúde: Leste, Oeste, Norte e Noroeste, conforme pactuação na reunião da Comissão Intergestores Bipartite, em junho de 2018.

Foram realizadas cinco oficinas, sendo uma oficina piloto na Macro Leste, uma com as áreas estratégicas da SESA e mais três nas Macrorregionais de EPS (Macro Norte, Noroeste e Oeste), totalizando 300 participantes. O público das oficinas foi constituído por: trabalhadores da saúde nos municípios, representantes das Regionais de Saúde, do Conselho Estadual de Saúde, de Conselhos Municipais de Saúde, de Instituições de Ensino Superior, COSEMS e apoiadores, membros da CIESC; gestores do COAPES, Controle Social e, representantes da Secretaria de Ciência e Tecnologia – SETI na perspectiva de incluir os hospitais universitários. As oficinas tiveram duração de oito horas e foram utilizadas as metodologias ativas para aprendizagem significativa. A programação compreendeu três momentos:

1. Apresentação das Diretrizes e Princípios da PNEPS, bem como o Mapa Estratégico da SESA;
2. Rodas de conversa para o alinhamento conceitual de EPS, diagnóstico situacional e resultados esperados. Os grupos identificaram as necessidades de EPS presentes nos processos de trabalho das RAS, utilizando Instrumento de Priorização de Problemas que demandam ações de EPS;
3. Plenária, onde cada grupo apresentou a situação atual, com apontamentos das necessidades de conhecimentos/informações, desenvolvimento de habilidades e/ou adequações atitudinais.

O Instrumento de Priorização de Problemas, utilizado pelos grupos, contém cinco eixos: Gestão do trabalho e da Educação Permanente; Promoção e Vigilância em Saúde; Atenção à Saúde; Gestão Política e Administrativa; e Controle Social (FIGURA 1). Cada grupo foi formado por profissionais de municípios com semelhanças em termos populacionais e por situação atual de saúde. Em cada oficina os relatores dos grupos apresentaram os resultados na plenária com o grande grupo.

FIGURA 1- INSTRUMENTO DE PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS QUE DEMANDAM AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

EIXO 1: GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE						
PROBLEMAS	POSSIBILIDADES DE SOLUÇÃO	PARCERIAS POSSÍVEIS NO TERRITÓRIO PARA A RESOLUÇÃO DO PROBLEMA				
1.						
2.						

EIXO 2: PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE						
PROBLEMAS	POSSIBILIDADES DE SOLUÇÃO	PARCERIAS POSSÍVEIS NO TERRITÓRIO PARA A RESOLUÇÃO DO PROBLEMA				
1.						
2.						

EIXO 3: ATENÇÃO À SAÚDE (APS / URGÊNCIA / EMERGÊNCIA / ATENÇÃO ESPECIALIZADA / ATENÇÃO HOSPITALAR)						
PROBLEMAS	POSSIBILIDADES DE SOLUÇÃO	PARCERIAS POSSÍVEIS NO TERRITÓRIO PARA A RESOLUÇÃO DO PROBLEMA				
1.						
2.						

EIXO 4: GESTÃO POLÍTICA E ADMINISTRATIVA						
PROBLEMAS	POSSIBILIDADES DE SOLUÇÃO	PARCERIAS POSSÍVEIS NO TERRITÓRIO PARA A RESOLUÇÃO DO PROBLEMA				
1.						
2.						

EIXO 5: CONTROLE SOCIAL						
PROBLEMAS	POSSIBILIDADES DE SOLUÇÃO	PARCERIAS POSSÍVEIS NO TERRITÓRIO PARA A RESOLUÇÃO DO PROBLEMA				
1.						
2.						

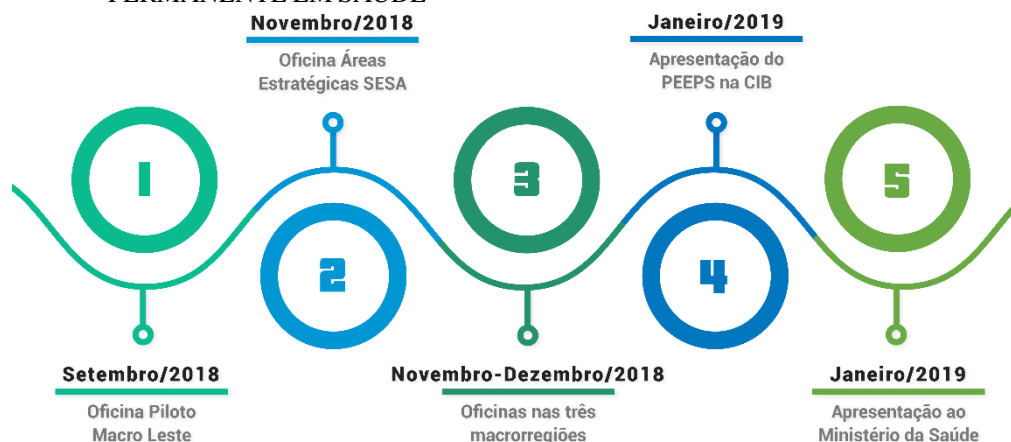
Azul = não urgente / Verde = pouco urgente / Amarelo = urgente / Vermelho = muito urgente

FONTE: ESPP/SESA, (2019).

A análise e consolidação dos resultados consistiu em sistematizar as informações registradas nos relatórios elaborados pelos facilitadores que coordenaram e apoiaram a realização das Oficinas. Os conteúdos obtidos, como resultados de cada oficina, foram organizados de acordo com os cinco eixos, propostos no Instrumento de Priorização de Problemas.

Na etapa final, buscou-se estruturar o Plano considerando, portanto, os resultados das Oficinas e tendo a Educação Permanente em Saúde como referencial político e pedagógico. A FIGURA 2 traz uma linha do tempo com as etapas do processo de construção do PEEPS.

FIGURA 2 - ETAPAS DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE



FONTE: ESPP/SESA, (2019).

5. RELAÇÃO ENTRE O DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES, O PLANEJAMENTO E A OPERACIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Os **diagnósticos das necessidades/dificuldades** elencadas nas Oficinas, citados como problemas pelos representantes de cada Macro Regional, foram agrupados por similaridade, conforme apresentado no QUADRO 3.

QUADRO 3 – DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES/DIFICULDADES DAS MACRO REGIONAIS PARA IMPLANTAR/DESENVOLVER A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Eixo	Problema
Gestão do Trabalho e Educação Permanente	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de RH para adequar processo de trabalho e integração dos setores/departamento/superintendências; • Dificuldade da gestão em compreender a EPS como ferramenta para organizar o processo de trabalho; • Falta de institucionalização da EPS nos espaços de trabalho; • Falta de participação e conhecimento na construção dos instrumentos de gestão; • Dificuldades no processo de Gestão do SUS; • Dificuldade de liberação para os trabalhadores realizarem cursos/capacitação. • Preconceito sobre EPS pelos profissionais e reflexos no processo de trabalho. • Ausência de protocolos; • Desconhecimento de protocolos de atendimento • Falta de comprometimento; • Ausência de planejamento estratégico; • Falta de normativas para os cargos de gestão; • Falta de conhecimento sobre EPS; • Falta de capacitação para novos servidores; • Despreparo dos profissionais para exercer novas funções; • Falta de capacitação de profissionais; • Falta de integração do trabalho multidisciplinar e intersetorial • Falta de integração entre ensino, serviço e comunidade; • Falta de articulação na composição e implantação das CIESC REGIONAIS; • Profissionais de saúde com pouca capacidade para facilitar processos educacionais ativos – matriciamento, preceptoria, estágios, segunda opinião formativa, reuniões de equipe.
Promoção e Vigilância em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade na interpretação e monitoramento dos indicadores; • Excesso de indicadores; • Dificuldade no cumprimento de metas pactuadas; • Falta de conhecimento da equipe sobre recurso, produção, estado ou usuário; • Dificuldade em realizar promoção e prevenção em saúde; • Subnotificação de eventos e agravos; • Falta de integração entre as vigilâncias em saúde e os demais serviços; • Falta de monitoramento das ações; • Alta rotatividade nas vigilâncias; • Desconhecimento dos protocolos de Vigilância em Saúde; • Falta de ações de educação em saúde por parte das IES que atuam nos campos de trabalho; • Negligência, por parte das VISA e VIA, sobre endemias;

	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de devolutiva por parte da Vigilância em Saúde para os trabalhadores e população; • Baixo grau de instrução dos agentes de combate de endemia; • Alto índice de mortalidade materno-infantil; • Baixa interação entre as equipes de vigilância.
Atenção à Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade na continuidade do cuidado; • Dificuldade de trabalhar em equipe; • Falta de ética e comprometimento dos profissionais; • Falta de classificação de risco nos atendimentos de urgência / emergência; • Resistência em seguir protocolos; • Falta de conhecimento sobre a urgências e emergências pelo usuário; • Subnotificação por excesso de sistema e falta de capacitação; • Falta de integração entre os níveis de atenção; • Baixa vinculação da população à APS para a promoção e prevenção da saúde; • Alta demanda na média complexidade; • Falta de RH e estrutura nos equipamentos para atendimento de urgência; • Profissionais despreparados para atuar na APS; • Profissionais despreparados para atuar na área de saúde mental.
Gestão Política e Administrativa	<ul style="list-style-type: none"> • Má utilização / gerenciamento de recursos financeiros; • Falta de qualificação técnica dos profissionais dos municípios em cada eixo de atenção (APS, VISA, etc.); • Falta de comprometimento para alimentar o Sistema com as informações do paciente; • Não utilização dos instrumentos de trabalho (e-sus); • Falta de critérios na escolha do gestor (cargo político); • Alta rotatividade de gestores; • Falta de RH; • Falta de alinhamento entre os três níveis de gestão; • Descumprimento da hierarquia administrativa; • Excesso de reuniões; • Acúmulo de funções; • Falta de definição da equipe de EPS.
Controle Social	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de interesse e envolvimento dos responsáveis pelo controle social; • Falta de interesse e representatividade dos usuários em participar do Conselho; • Falta de interesse dos conselheiros em se aprofundar/inteirar sobre os assuntos que estão aprovando; • Falta de divulgação à população das reuniões do Conselho; • Falta de esclarecimento das políticas públicas do SUS; • Dificuldade em trabalhar com a comunidade e inseri-la nas discussões de saúde; • Falta de participação ativa da população; • Falta de acesso e desinformação dos canais oficiais de participação social; • Falta de acolhimento nas necessidades básicas de controle social; • Falta de entendimento pelo gestor em entender o papel do controle social no município.

FONTE: ESPP/CFRH (2018)

O levantamento apresentado no QUADRO 3 proporciona um retrato da situação da EPS nas quatro macrorregiões de saúde. As dificuldades elencadas, tanto servem para fundamentar

a necessidade de cursos e outras estratégias de aperfeiçoamento, quanto para compor a programação desses. Os problemas mencionados pelos membros das oficinas serão apresentados aos coordenadores, docentes, e instrutores dos cursos para que, dentro da temática trabalhada com os participantes/discentes, sejam abordados.

Os cursos, seminários, oficinas e eventos afins, proporcionados pelo Estado por meio da ESPP/CFRH têm como objetivo incentivar a criação de espaços para discussão entre os diversos atores; multiplicar os conceitos de Educação Permanente em Saúde, Educação Continuada, Educação em Saúde e Educação Popular em saúde, entre os profissionais; estimular o uso de metodologias ativas; estimular a participação dos gestores, dos trabalhadores e das instituições de ensino nas ações de EPS; envolver e sensibilizar a comunidade, por meio de seus representantes, sobre a importância das atividades de EPS e o impacto positivo dessas nos processos de trabalho e na prestação dos serviços de saúde aos usuários do SUS.

Após esse levantamento, e em consonância com a Diretriz 16 do Plano Estadual de Saúde 2016-2019 e com a PAS, o Grupo Condutor elaborou a matriz com o planejamento das ações de Educação Permanente em Saúde para o ano de 2019 (QUADRO 4).

QUADRO 4 - PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA O ANO DE 2019

PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DO PARANÁ – 2019		
Meta	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta	Ações programadas para 2019
1. Capacitar gestores na política nacional do SUS e instrumentos para planejamento, monitoramento e avaliação em Saúde	Nº de Cursos realizados Nº de profissionais capacitados e certificados Nº de cursos realizados por macrorregião de saúde	- Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde - 01 turma/35 alunos/400 horas. - Curso de Especialização em Formação de Gestores e Equipes Gestoras para SUS – 01 turma/40 alunos/400 horas - Curso de Especialização em Gestão Hospitalar - 02 turmas/80 alunos/400 horas
2. Desenvolver a formação, a educação permanente e a qualificação dos trabalhadores do SUS no Paraná em áreas prioritárias	Nº de Cursos realizados Nº de profissionais capacitados e certificados Nº de cursos realizados por macrorregião de saúde Nº de projetos, eventos, e ações de EPS realizados	- Curso de Especialização em Auditoria do SUS - 01 turma/80 alunos/400 horas - Curso de Especialização em Saúde Pública - 01 turmas/80 alunos/400 horas - Curso de Especialização em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde- 02 turmas/80 alunos/400 horas

		<p>pelas áreas técnicas e apoiados pela ESPP/CFRH</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Curso Técnico em Enfermagem: 25 Turmas - 01/2019 (1.000 alunos); 25Turmas - 02/2019 (1.000 alunos). Total 75 turmas/3.000 alunos - Técnico em Saúde Bucal - 02 turmas /80 alunos - I Seminário Estadual de Educação Permanente em Saúde – 100 participantes por Macro Regional/total 400 vagas - Aperfeiçoamento no Manejo do Pré-Natal para Técnicos em Enfermagem 05 turmas /150 vagas - Aperfeiçoamento em Imunização para Auxiliares e Técnicos em Enfermagem da Rede de Atenção Básica em Saúde - 05 turmas/150 alunos - Formação Inicial para Agente de Combate às Endemias-05 turmas/125 alunos - Curso Técnico em Análises Clínicas - 04 turmas/120 alunos - Formação Inicial para Agente Comunitário de Saúde –10 turmas/300 alunos - Formação inicial para Cuidador de Idoso 10 turmas/300 alunos - Capacitação para equipes de Saúde da Família das 22 RS, aproximadamente 6000 vagas - Capacitação de Preceptoria para Profissionais da área da Saúde no SUS: 45 vagas - Curso de Metodologia Ativa, 40 vagas - Curso para Formação de Conselheiros, 100 vagas - Apoio a projetos, eventos, e outras ações de EPS realizados pelas áreas técnicas da SESA, 80 ações
3.	Ampliar e divulgar a Educação a Distância (EaD)*	Nº de Cursos realizados	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenção do Suicídio - Reconhecimento do Território

		Nº de profissionais capacitados e certificados	<ul style="list-style-type: none"> - Introdução ao Acolhimento - Trabalho com Grupos na Atenção Básica - Abordagem do Recém-Nascido - Autocuidado: como apoiar a pessoa com diabetes – nível médio - Suporte Básico de Vida - O SUS no Paraná - Educação Mediada por Tecnologia na Prática - Modalidades de Ofertas Educacionais com Tecnologias - Docência e Elaboração de Materiais Didáticos em Cursos Mediados por Tecnologias - Pai presente: cuidado e compromisso
4.	Implementar e ampliar o número de programas de Programas de Residência por meio de bolsas	Nº de bolsas concedidas	<ul style="list-style-type: none"> - Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia (R1 - 05 vagas e R2 - 05 vagas) - Residência em Neonatologia (R1 - 01 vaga) - Enfermagem Obstétrica (R1 - 05 vagas) - Multiprofissional em Saúde Mental (R1 07 vagas)
5.	Ampliar o apoio aos Processos de Construção e Disseminação do Conhecimento	<p>Nº de Congressos de Saúde Pública/Coletiva promovidos</p> <p>Nº de Edições da Revista publicadas</p> <p>Nº de Edições do Prêmio Inova Saúde promovidas</p> <p>Nº. de etapas do PPSUS apoiadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Participação nas Comissões Organizadora e Científica do V Congresso Estadual de Saúde Pública do Paraná que acontecerá em 2020. - Publicação de duas edições da Revista de Saúde Pública do Paraná. - Composição da Comissão Organizadora e de Avaliação da Promoção da 4ª edição do Prêmio Inova Saúde Paraná que acontecerá em 2020. - Participação e apoio em todas as etapas do PPSUS-PR.

6.	Consolidação da CIESC Estadual Implantar as CIESC Regionais	Nº de CIESC Regionais implantadas Nº de reuniões realizadas pela CIESC estadual Nº de reuniões realizadas pelas CIESC regionais	- Implantar 20 CIESC Regionais
----	--	---	--------------------------------

* Os cursos EaD são cursos livres e auto-instrucionais de demanda contínua, sem limitação de vagas

Os recursos necessários para a execução deste Plano serão compostos pelo Orçamento Anual da SESA e por transferências anuais estabelecidas pela PNEPS desenvolvida pelo Ministério da Saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do PEEPS buscou desenvolver estratégias de fortalecimento e qualificação da gestão da Política de Educação Permanente do SUS. Para alcançar os objetivos é fundamental perceber o profissional de saúde de todas as áreas como agente transformador do seu ambiente e que suas atividades sejam percebidas como um processo de troca, comprometimento, participação conjunta e co-responsabilidade.

Ficou evidente durante o processo que se faz necessário a consolidação das CIESC Regionais. A ausência das mesmas no Estado dificultou o processo de discussão e construção do Plano. Pois sem elas não foi possível construir os Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS).

O PEEPS é um documento norteador das ações de Educação Permanente em Saúde para o Estado e seu processo de implementação estabelece que ele seja visto como um documento em constante construção, que permite revisões de suas ações e metas. No Estado do Paraná ele consta, como já citado nesse Plano, como uma diretriz do PES.

É importante ressaltar que o ano eleitoral foi desfavorável para mobilização e realização do processo de construção descentralizado e ascendente do PEEPS. Isso fez com que as oficinas macrorregionais se estendessem até o dia seis de dezembro de 2018.

Salientamos que para assegurar a legitimidade do processo coletivo e participativo, primado pela qualidade de conteúdo, é imperioso que esse documento seja apresentado e discutido no Seminário Estadual de Educação Permanente e nas Conferências de Saúde para que seja possível sua incorporação aos Planos Estaduais e Municipais de Saúde.

Ainda se faz necessário que esse documento inicial seja apresentado, discutido e validado pela CIESC, pelo Conselho Estadual de Saúde, e pela Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Paraná (CIB – PR).

Fica o compromisso da SESA, por meio da ESPP-CFRH, dar sequência à construção do PEEPS de forma participativa e ascendente em consonância com as diretrizes da PNEPS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico 2015. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão na Educação na Saúde. **Planejamento das Ações de Educação Permanente em Saúde do Sistema Único de Saúde: Orientações**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Manual Técnico 2018: Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS PRO EPS-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

FAUSTO, M.C.R.; FONSECA, H.M.S (Org.). **Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB**. Rio de Janeiro: Saberes Editora, 2013.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2016. Curitiba: 2016.

SOUZA, R.M.P. (org.). **Redescola e a nova formação em saúde pública**. Rio de Janeiro: ENSP/REDESCOLA, 2018.