



Comissão  
Intergestores  
Macrorregião  
Sudoeste



SES  
Secretaria de  
Estado de  
Saúde



Resolução nº. 13/2020 – CIR Macrorregião Sudoeste

Jataí, 12 de agosto de 2020.

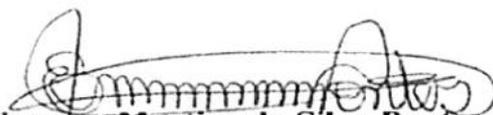
**Os Coordenadores da Comissão Intergestores Macrorregião Sudoeste, no uso de suas atribuições regimentais que lhes foram conferidas e considerando:**

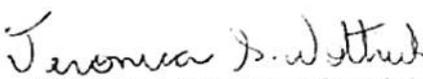
1. Considerando a Lei 8.080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços;
2. O disposto na Portaria 198/GM/MS, de 12 fevereiro de 2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores do setor saúde;
3. O Decreto nº. 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1.990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e articulação interfederativa e dá outras providências;
4. A Lei nº 12.466/11, que dispõe sobre o espaço de construção coletiva e de fortalecimento da governança do SUS;
5. Considerando a Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017, que estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;
6. Considerando a Resolução nº 37, de 22 de março de 2018, dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a Organização de macrorregiões de saúde;
7. Considerando a Resolução 377/2012 – CIB/GO que aprova as diretrizes gerais do Regimento Interno das Comissões Intergestores Regionais – CIR, do Estado de Goiás;
8. Considerando a resolução nº 045/2012 – CIB, de 28 de fevereiro de 2012, que aprova a criação das Comissões Intergestoras Regionais – CIR, no Estado de Goiás;
9. Considerando as discussões e pactuações ocorridas na reunião da comissão Intergestora Macrorregião Sudoeste, no dia 12 de agosto de 2020.

**RESOLVE:**

**Art. 1º** - Aprova o Plano de Ação Regional em Educação Permanente em Saúde (PAREPS) – Regional Sudoeste II.

**Art. 2º** - Esta resolução entra em vigor nesta data revogando-se as disposições em contrário.

  
**Elismoné Martins da Silva Pontes**  
Coordenadora CIR – Sudoeste I

  
**Verônica Savatin Wottrich**  
Coordenadora CIR – Sudoeste II



Comissão  
Intergestores  
Macrorregião  
Sudoeste



SES  
Secretaria de  
Estado de  
Saúde



## PLANO DE AÇÃO REGIONAL EM EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE SUDOESTE II

**REGIÃO SUDOESTE II  
2020-2023**



Comissão  
Intergestores  
Macrorregião  
Sudoeste



SES  
Secretaria de  
Estado de  
Saúde

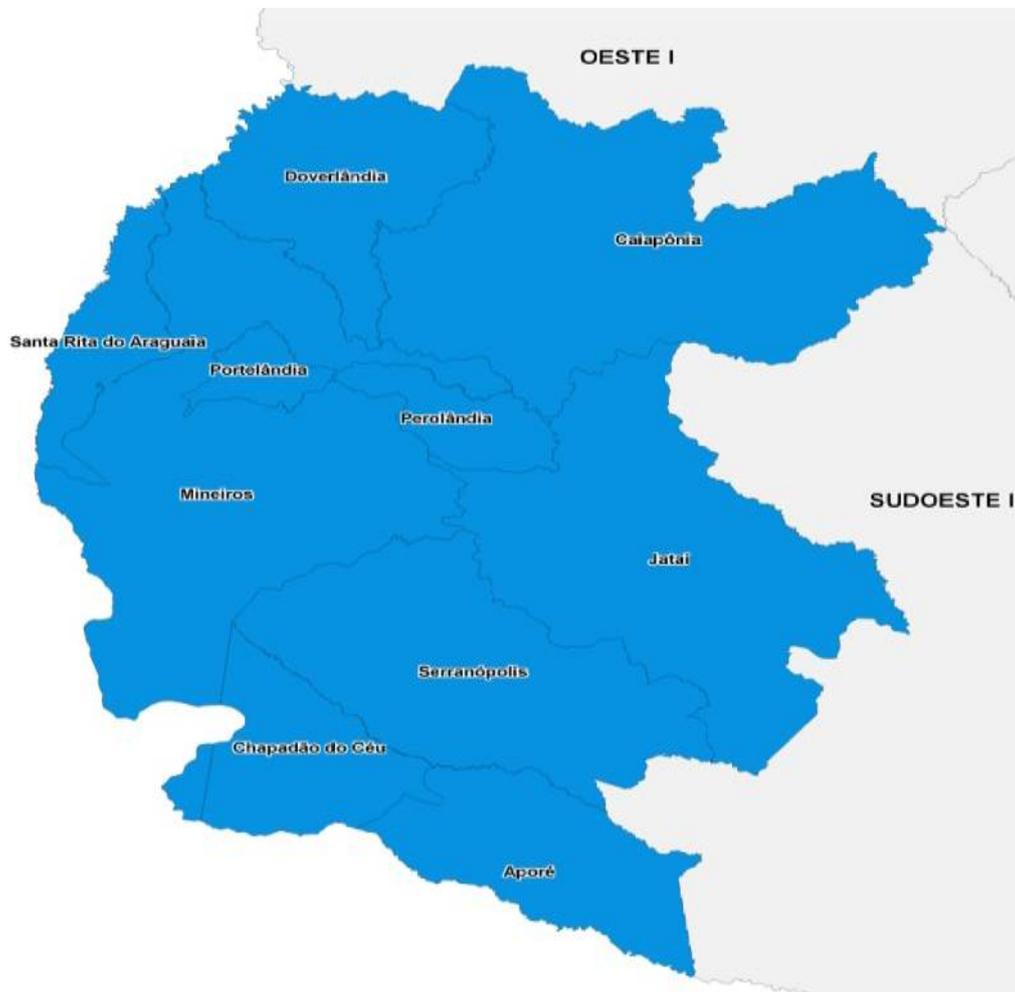


Figura 1: Mapa da Região de Saúde Sudoeste II  
Fonte: Secretaria da Saúde do Estado de Goiás



Comissão  
Intergestores  
Macrorregião  
Sudoeste



SES  
Secretaria de  
Estado de  
Saúde



**COMISSÃO TÉCNICA DE ELABORAÇÃO DO PLANO REGIONAL DE EDUCAÇÃO  
PERMANENTE  
REGIONAL DE SAÚDE SUDOESTE II – JATAÍ /GO – 2020**

**COORDENADOR REGIONAL DE UNIDADE DE SAÚDE  
FÁBIO JUNIO SANDOVAL SILVA**

**COORDENAÇÕES ENVOLVIDAS**

Coordenação Regional de Educação Permanente

Coordenação Regional Saúde Mental e Cuidados às Populações Específicas

Coordenação Regional de Tecnologia, Inovação e Sustentabilidade

Coordenação Regional de Vigilância em Saúde

Subcoordenação de Regulação

**COMISSÃO TÉCNICA**



Comissão  
Intergestores  
Macrorregião  
Sudoeste



SES  
Secretaria de  
Estado de  
Saúde



**ANA JÚLIA TEODORO REZENDE**

Enfermeira – Apoio Técnico à Vigilância do Óbito

**FRANCIANY BATISTA PAMPLONA**

Tecnóloga em Recursos Humanos – Subcoordenadora de Apoio à Educação Permanente

**JANISLENE VILELA DA SILVA**

Assistente Social – Coordenadora de Apoio à Educação Permanente

**KATYÚCIA DE SOUSA**

Assistente Social – Coordenadora Regional à Políticas Sobre Drogas e Condições Sociais Vulneráveis

**MARLI BALTA FERREIRA**

Tecnóloga em Informática – Coordenadora Regional de Tecnologia, Inovação e Sustentabilidade



## SUMARIO

1.0	Introdução .....	06
2.0	Caraterização .....	07
2.1	Caracterização demográfica e Sociocultural da Região Sudoeste II.....	07
2.2	Municípios da Região de Saúde Sudoeste II.....	11
2.2.1	Aporé.....	11
2.2.2	Caiapônia.....	11
2.2.3	Chapadão do céu.....	12
2.2.4	Doverlândia.....	12
2.2.5	Jataí.....	13
2.2.6	Mineiros.....	14
2.2.7	Perolândia.....	14
2.2.8	Portelândia.....	15
2.2.9	Santa Rita do Araguaia.....	15
2.2.10	Serranópolis.....	15
3.0	Caracterização das Ações e Serviços de Saúde.....	16
3.1	Atenção Primária.....	17
3.2	Urgência e Emergência.....	19
3.3	Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar.....	19
3.4	Leitos Hospitalares e de UTI.....	20
3.5	Vigilância em Saúde.....	21
4.0	Identificação de Problemas de Saúde.....	24
5.0	Caracterização da Necessidade de Formação em Saúde.....	32
6.0	Atores Envolvidos.....	36
7.0	Produtos e Resultados Esperados.....	36
8.0	Processo de Avaliação do Plano.....	36
9.0	Recursos Envolvidos para Execução do Plano.....	36
	Conclusão.....	37
	Referências Bibliográfica .....	38



## 1.0 – Introdução

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNPS) é uma proposta de ação estratégica que visa contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. Com a implantação da Portaria GM/MS 1996 de 20 de dezembro de 2007, ficou estabelecido que a condução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) se dará regionalmente por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), composta por representantes conforme:

Art. 5º As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) deverão ser compostas pelos gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal e, ainda, conforme as especificidades de cada região, por:

- I – gestores estaduais e municipais de educação e/ou de seus representantes;
- II – trabalhadores do SUS e/ou de suas entidades representativas;
- III – instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos; e
- IV – movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.

Parágrafo único. A estruturação e a dinâmica de funcionamento das Comissões de Integração Ensino-Serviço, em cada região, devem obedecer às diretrizes do Anexo II a esta Portaria.

A Educação Permanente em Saúde articula as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde. Os processos de educação permanente em saúde tem como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, segundo o Ministério da Saúde. Dentro de uma reflexão prática esbarramos na problemática em executar a Portaria supracitada, pois a formação da Comissão de Gestão Regional e Municipal não está efetivada.

O Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) está direcionado aos 10 municípios da Regional Sudoeste II com população de 232.723 mil habitantes de acordo com IBGE 2019, que compõe a Macrorregião Região Sudoeste formada pelas regiões Sudoeste I (Rio Verde) e Sudeste II (Jataí). Este conjunto de intervenções no campo da Educação Permanente tem como referência as Diretrizes da Portaria 2.200/2011 e em conformidade com o movimento de reorganização da atenção à saúde, organizada na lógica da formação de redes regionalizadas de serviços. A diretriz



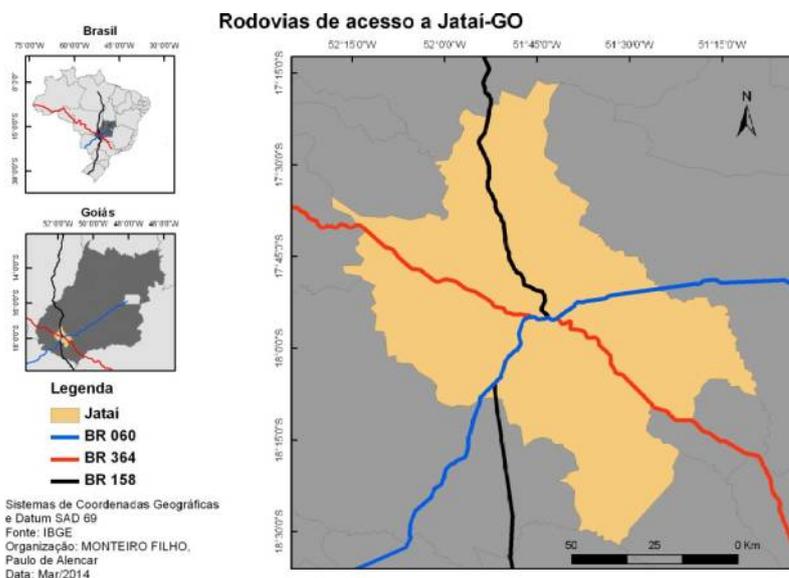
indicada é que este plano seja validado no âmbito da Comissão Intergestores Regional (CIR) e posteriormente encaminhado à aprovação por parte da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

## 2.0 – Caracterização

### 2.1 Caracterização demográfica e Sociocultural da Região Sudoeste II

A regionalização permite a difusão dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), a universalidade, a integralidade e a equidade, por possibilitar recortes espaciais para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde.

A implantação das Regionais de Saúde ocorreram no ano de 1978, com a criação da Regional de Saúde de Jataí, com sede anexa ao prédio da Organização de Saúde do Estado de Goiás (OSEGO), e transferida após construção do prédio da sede atual em 1987, ambas em área territorial doada pela Diocese de Jataí. A reestruturação pelo Estado de Goiás das Regionais, ocorrida em 2002 em cumprimento às diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a ser designada como Administração Regional de Saúde (ARS) foi designada como 14ª ARS de Jataí-GO, em 2014 última alteração do Plano Diretor de Regionalização – PDR, o estado de Goiás está dividido em 18 (dezoito) regiões de saúde, agrupadas em 05 (cinco) Macrorregiões, cada região possui uma sede administrativa denominada Regional de Saúde, ficando Jataí na Região Sudoeste e designada como Regional de Saúde Sudoeste II – Jataí. A sede da Regional localiza-se no município de Jataí-GO, com latitude 17°52'53" S, longitude 51°42'52" W, à 327 KM de distância da capital do Estado. Situada na Mesorregião Sul de Goiás e Microrregião Sudoeste Goiano, limitando geograficamente com os municípios de Caiapônia, Mineiros, Itarumã, Aparecida do Rio Doce, Caçu, Cachoeira Alta, Rio Verde, Mineiros e Serranópolis. Possui um entroncamento que se articula com a Região Norte pela BR-158, com a Região Sul pela BR GO – 184, com a Região Leste pela BR – 364 e a Sudoeste pela BR – 384 em direção a Hidrovia: Paranaíba-Paraná-Tietê. Possui uma área de 7.174.225 Km<sup>2</sup> e uma população de 100.882 habitantes, densidade demográfica de 12,27 hab/km<sup>2</sup>, índice de desenvolvimento humano de 0,757 (isto é, acima da média nacional) e com cerca de 92% de sua área urbanizada, cortada pelas rodovias federais conforme mapa abaixo.



Fonte: IBGE, 2011.

O quadro 1 mostra a caracterização populacional, área territorial, distribuição demográfica e o índice de desenvolvimento humano por município.

### Quadro 1: Distribuição demográfica e IDH por município da Região Sudoeste II Jataí-GO 2019

Município	População	Área	Hab/ Km <sup>2</sup>	IDH
Aporé	4.198	2.900,053km <sup>2</sup>	1,31hab/km <sup>2</sup>	0,693
Caiapônia	18.913	8.635,129km <sup>2</sup>	1,94hab/km <sup>2</sup>	0,693
Chapadão do Céu	10.167	2.185,124km <sup>2</sup>	3,20hab/km <sup>2</sup>	0,742
Doverlândia	7.322	3.221,752km <sup>2</sup>	2,45hab/km <sup>2</sup>	0,668
Jataí	100.882	7.174,225km <sup>2</sup>	12,27hab/km <sup>2</sup>	0,757
Mineiros	66.801	9.038,775km <sup>2</sup>	5,84hab/km <sup>2</sup>	0,718
Perolândia	3.129	1.029,624km <sup>2</sup>	2,87hab/km <sup>2</sup>	0,676
Portelândia	4.011	556,576 km <sup>2</sup>	6,90hab/km <sup>2</sup>	0,654
Santa Rita do Araguaia	8.756	1.355,782km <sup>2</sup>	5,08hab/km <sup>2</sup>	0,714
Serranópolis	8.544	5.526,723km <sup>2</sup>	1,35hab/km <sup>2</sup>	0,681

Fonte: IBGE 2019.

A densidade demográfica permite avaliar se a área em estudo é pouco ou muito populosa, ou seja, se há uma grande população absoluta. Os dados representam disparidade entre os municípios e não há homogeneidade entre os municípios na distribuição da população.



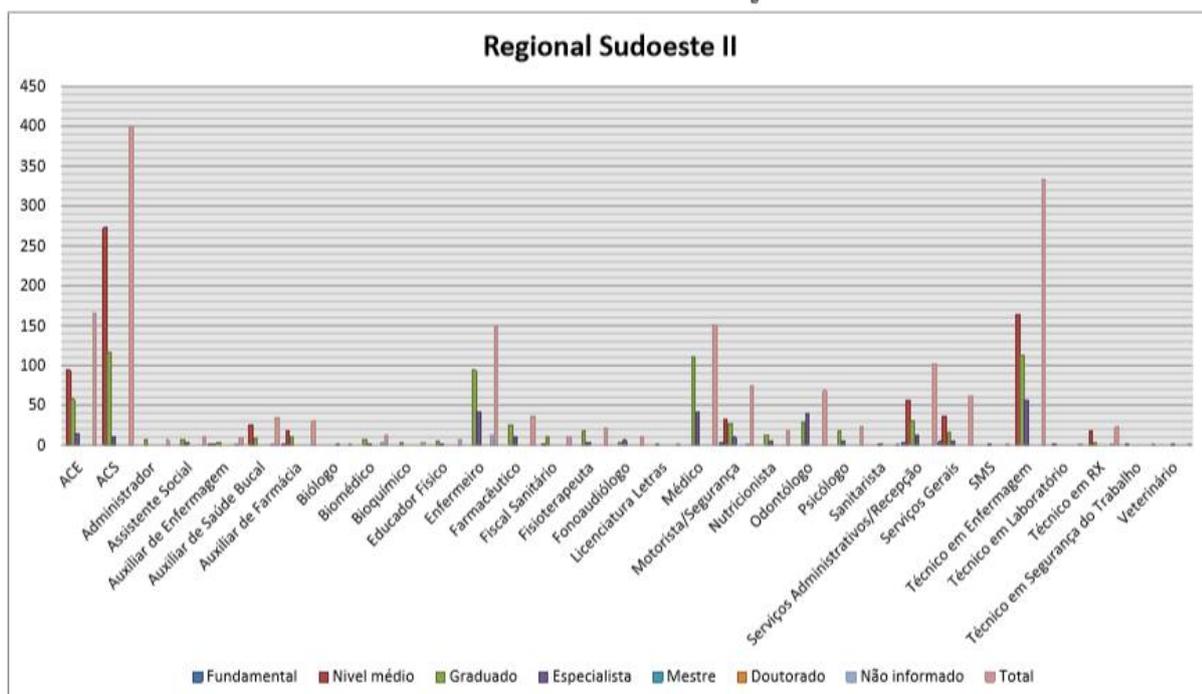
O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) classifica o grau de desenvolvimento humano com valores que variam de Zero a 1(um), e avalia se o crescimento se traduz em melhoria do bem-estar e qualidade de vida, utilizando como parâmetro os indicadores educação, saúde e renda. Em 2019, ano de referência descrito no Quadro 1, os valores dos municípios jurisdicionados à Regional Sudoeste II estão classificados segundo os parâmetros da Organização das Nações Unidas (ONU) em médio grau de desenvolvimento humano (05,a 0,799), semelhante ao IDH do Brasil de 0,761.

Os índices de Densidade Demográfica e de IDH viabilizam o planejamento das políticas públicas a fim de atender às necessidades sociais econômicas, para melhoria da acessibilidade de educação e saúde de uma determinada população.

Conforme referido pela UNESCO a alfabetização é um direito humano fundamental, sendo um dos pilares para o desenvolvimento de outras habilidades, portanto ela se torna conhecimento básico necessário a todos num mundo em transformação.

A taxa de analfabetização de 2019, divulgada pelo IBGE informa que o Brasil tem 6,8% de pessoas acima dos 15 anos que não sabem ler ou escrever e a taxa em Goiás foi de 6,5%, que tem a maioria de sua população sem instrução ou com ensino fundamental incompleto, e os que possuem ensino superior, com idade maior de 24 anos, representam 15%, segundo os dados da PNAD Contínua 2018-módulo anual da educação. (Elaboração: Instituto Mauro Borges/Secretaria de Estado da Economia-2019).

**Gráfico - 1**





Os dados do gráfico 1 com perfil dos profissionais do SUS da Região Sudoeste II retirados do Plano Estadual de Saúde vigência 2019-2022 são fundamentais para subsidiar as políticas públicas, é um fator importante para a qualificação dos recursos humanos requeridos pelo novo padrão de desenvolvimento, no qual a produtividade e a qualidade dos bens e produtos são decisivos para a competitividade internacional.

## 2.2 Municípios da Região de Saúde Sudoeste II

### 2.2.1 Aporé

Localizado na região Sudoeste do Estado, o município de Aporé, com 3.803 habitantes, está a 440 quilômetros de Goiânia tendo sua base econômica a agricultura (soja, milho e arroz) e a pecuária leiteira. O município possui ainda indústria frigorífica e cerâmica. Servido pelas GOs 302 e 070, está localizada às margens do rio Aporé. O município teve origem no antigo Distrito do Corrente, pertencente a Jataí. Aporé foi fundada pelo paraibano João Nunes, que promoveu um loteamento urbano e doou terra à Igreja do Divino Espírito Santo para a formação do patrimônio.

Em 12 de março de 1994, o povoado foi elevado a Distrito e em 14 de novembro de 1958 ganhou a condição de município.

### 2.2.2 Caiapônia

Esse importante município tivera em sua região seus primeiros habitantes, os Índios Caiapós, que possuíam aldeias ao longo do Vale do Rio Caiapó e, posteriormente, foram expulsos pelos colonizadores da região. No ano de 1850 o povoado já se encontrava em processo de expansão, logo passando para a categoria de distrito. Após 5 anos, foi firmada uma resolução que estabelecia a região como parte de Rio Verde. Foi apenas em 1873 que aconteceu a emancipação de Caiapônia, que na época ainda tinha o nome de Torres do Rio Bonito, sendo que em 1874 recebeu a categoria de município.

Caiapônia tem o privilégio de ser uma terra abençoada por Deus, pois é um verdadeiro paraíso natural. Aqui estão as mais belas cachoeiras, nascem os mais importantes rios. Com população estimada em 16.757 habitantes.

### 2.2.3 Chapadão do Céu



Chapadão do Céu surgiu, Graças ao cultivo inicialmente da soja e do milho, que nas primeiras colheitas apresentaram um alto rendimento e isso atraiu produtores oriundos do Sul do País, que adquiriram e arrendaram terras para o cultivo da soja e do milho. Hoje, consolidando o projeto de agricultura altamente tecnificada, produz o município outros produtos como soja, algodão, girassol, nabo forrageiro, feijão, milho, sorgo, milheto e cana-de-açúcar. Possui uma Área territorial de 2.354,822 km<sup>2</sup>, Sua população estimada em 2019 é de 10.167 habitantes.

#### **2.2.4 Doverlândia**

O município de Doverlândia teve início com o povoado do Rio do Peixe, surgiu em 18 de julho de 1949, Em 13 de novembro de 1969, o povoado do Rio do Peixe, foi elevado à categoria de distrito pela Lei Municipal nº 7215, sendo assim tornar-se município político administrativamente independente. No Censo de 2020, foram recenseados 7.892 habitantes, sendo que a população urbana constitui 62,27% do total e a população rural em 37,73%. Homens representam 53,21% e mulheres 46,79%.

#### **2.2.5 Jataí**

Esta situada na micro-região da serra do caiapó, no sudoeste do estado de goiás, limitando-se com municípios de Caiapônia Perolândia ao norte; Itarumã, Caçu a Aparecida do Rio Doce ao sul; Rio Verde a leste; por fim, Mineiros e Serranópolis a oeste. Elevado à condição de cidade com a denominação de Jataí, pela Lei Estadual n.º 56, de 31-05-1895. Jataí, uma das maiores potências do agronegócio do Brasil, é um município em plena expansão comercial, industrial, tecnológica e científica, gerando diversas oportunidades de negócio para investidores e empresas aproveitarem o seu potencial econômico e de inovação, com uma população estimada em 100.882 habitantes. O município é um dos líderes do agronegócio brasileiro, com uma das mais modernas indústrias de etanol do mundo (Raízen), que produz também energia, a cidade investe em tecnologia e mão de obra especializada em suas diversas universidades federais (UFG e IFG), estadual (UEG) e privadas. A sua potencialidade natural e sua vocação para crescer oferecendo qualidade de vida fizeram com que Jataí espontaneamente se destacasse como polo turístico em Goiás. Ao redor de suas águas termais, que brotam naturalmente



a 40 °C, lagos, parques, trilhas, rios e cachoeiras se ergueram grandes e confortáveis estruturas de clubes e hotéis, que recebem milhares de turistas todos os anos. Jataí é uma cidade onde existem várias culturas e etnias, destacando-se os imigrantes de origem árabe, como os libaneses, os sírios e os palestinos, que se destacam no comércio de roupas e calçados. Outros grupos importantes são os colonos provenientes de São Paulo, Minas Gerais, Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul, possuindo, esses últimos, um Centro de Tradições Gaúchas.

### 2.2.6 Mineiros

Por meio da lei nº 257 de 24 de maio de 1905, Mineiros foi elevado à condição de povoado. Em 31 de outubro de 1938, ocorreu a emancipação da localidade, dando origem ao município de Mineiros. Atualmente a população estimada é de 66.801 habitantes. Mineiros apresenta alto índice de crescimento e mantém posição de destaque na região. Em seu município se encontra o Parque Nacional das Emas, geograficamente situado em uma das maiores altitudes brasileiras, com variação de 700 a 1100 m, na Serra dos Caiapós, no município brotam inúmeras nascentes d'Água, algumas subterrâneas, como o aquífero Guarani, formando vários rios, dentre eles o Rio Araguaia, Rio Verde, Formoso e Jacuba. Mineiros conta com Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES), primeiro Centro Universitário Municipal do Interior de Goiás e com a Faculdade Mineirense (FAMA), instalada no prédio do antigo Instituto Presbiteriano Rev. Eudócio Mendes (IPREM), da Igreja Presbiteriana de Mineiros. Há também um campus da Universidade Estadual de Goiás (UEG) e outro da Universidade Federal de Goiás (UFG), além de uma extensão da Universidade Norte do Paraná, em funcionamento no Educandário Nascentes do Araguaia (ENA), e de alguns cursos superiores do COC oferecidos no Colégio Ágape. Estes últimos como cursos à distância.

### 2.2.7 Perolândia

O município de Perolândia localiza-se na região Sudoeste do Estado de Goiás, tem cerca de 1.030 quilômetros quadrados de área e uma população estimada de 3.129 habitantes, distando 386 km da capital do estado, Goiânia. A principal atividade econômica de Perolândia é a pecuária, a agricultura, a extração de calcário e agora a produção de etanol e beneficiamento de algodão.



### **2.2.8 Portelândia**

Elevado à categoria de município e distrito com a denominação de Portelândia, pela lei estadual nº 4924, de 14 de novembro de 1963, desmembrado de Mineiros. Sede no atual distrito de Portelândia, ex-povoado. Constituído do distrito sede. Instalado em 1 de janeiro de 1964. O município se estende por 556,6 km<sup>2</sup> com estimativa de 4.011 habitantes.

### **2.2.9 Santa Rita do Araguaia**

A história da fundação do município de Santa Rita do Araguaia começa em 1850, quando o desbravador José Manoel Vilela, residente às margens do rio Claro, atual município de Jataí, desde 1836, estendeu o domínio de suas terras até o Rio Araguaia. Em 1911 surge como distrito de Mineiros sob o nome de Santa Rita do Araguaia, e em 31 de dezembro de 1943 a pequena vila localizada a margem direita do Rio Araguaia, através de um Decreto-Lei Estadual recebe o nome de Distrito Ivapé, (palavra originária da língua indígena Tupi cujo significado é caminho das frutas), e finalmente em 12 de outubro de 1953 o Distrito de Ivapé recebe elevação para a categoria de Município, com nova denominação, passando a se chamar definitivamente a partir de então Santa Rita do Araguaia. Foi elevado à categoria de município com a denominação de Santa Rita do Araguaia pela Lei Estadual n.º 806, de 12-10-1953. Atualmente com uma população estimada em 8.756 habitantes.

### **2.2.10 Serranópolis**

No século passado, migrantes de Minas Gerais, São Paulo e Bahia se fixaram na região, em terras próprias para lavoura e pecuária. Em 1914, por lei municipal de Jataí foi criado o Distrito de Serra do Cafezal devido à presença de grandes lavouras cafeeiras. Com o declínio desta cultura, mudaram o nome do povoado para Nuputira, nome indígena e, em 14 de novembro de 1958, o distrito se emancipa, com o nome de Serranópolis indicando as serras que envolvem a cidade e atualmente possui 8.544 habitantes.



Comissão  
Intergestores  
Macrorregião  
Sudoeste



SES  
Secretaria de  
Estado de  
Saúde



Serranópolis atualmente está inserida no programa de regionalização de turismo proposto pelo ministério do turismo. Faz parte da Região Agroecológica que compõe seis municípios: Serranópolis, Jataí, Chapadão do Céu, Mineiros, Rio Verde e Caiapônia.

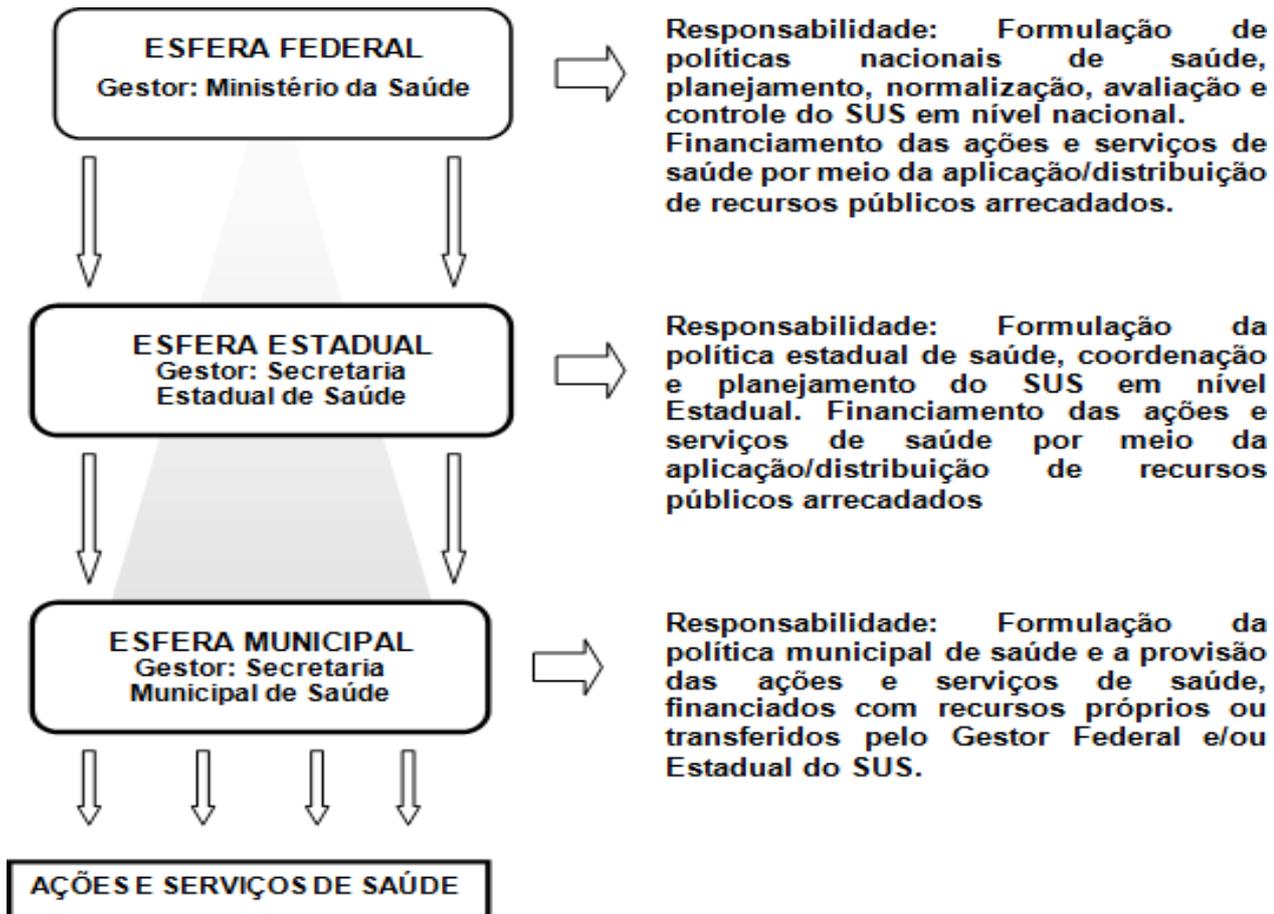
### **3.0– Caracterização das Ações e Serviços de Saúde**

Conforme a Portaria Ministerial nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, disposto no art. 198 da Constituição Federal de 1988, que estabelece as ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde – SUS.

No anexo I da referida Portaria a promoção da Saúde deve elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira. E a Atenção Básica da Saúde consolidará e qualificará a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.

O Fluxograma, a seguir, demonstra as responsabilidades do Gestor segunda a sua esfera de atuação (Federal, Estadual e Municipal) no desenvolvimento das ações e serviços de saúde.

### **Fluxograma 01: Responsabilidade de gestão por Esferas de Governo**



Fonte: Para entender a gestão do SUS (BRASIL, 2003) Organização: MONTEIRO FILHO, Paulo de Alencar (2014).

### 3.1 Atenção Primária.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) atua em área de territorialização das equipes de Saúde da Família, com o fim de reorganizar, direcionar a expansão, a qualificação e consolidação da Atenção Básica (AB) à saúde de acordo com os princípios do SUS. A melhoria das condições de saúde da população, como consultas de pré natal, redução da desnutrição, diminuição da mortalidade infantil, aumento da cobertura vacinal, estão relacionadas à melhoria da cobertura de ESF, com impacto na redução das hospitalizações por condições sensíveis à Atenção Primária e mortalidade cardiovascular. A cobertura da Regional Sudoeste II no que se refere ao item Tipos de Equipe atende ao preconizado pela Portaria Ministerial Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE com Estratégia Saúde da Família (ESF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Saúde Bucal (SB) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), observando que 30% dos municípios apresentam cobertura de ACS menor que 70% e 20 % apresentam cobertura menor de 70% para Saúde Bucal, sendo que um destes municípios apresenta



baixa cobertura tanto para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como para Saúde Bucal. Observa-se que 20% dos municípios com maior número de acampamentos apresentam cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF), Agente Comunitários da Saúde. (ACS) e Saúde Bucal (SB) a partir de 60%.

**Quadro 2 – Cobertura da Atenção Primária e ILPI, Assentamentos, Quilombolas por município da Região Sudoeste II Jataí-GO ano-2020.**

MUNICÍPIO						ILP	ASSENTAMENTO	QUILOMBOLA
	ESF	ACS	NASF	SAÚDE BUCAL	CE O			
APOREÉ	82,18%	100%	01	82,18%	00	00	00	00
CAIAPÔNIA	91,21%	60,80%	01	72,97%	00	01	18	01
CHAP. DO CÉU	100%	84,83%	00	100%	00	00	01	00
DOVERLÂNDIA	94,24%	94,24%	00	100%	00	00	15	00
JATAÍ	80,53%	41,61%	01	72,450%	01	03	09	00
MINEIROS	100%	56,81%	02	50,87%	02	03	05	01
PEROLÂNDIA	100%	73,51%	00	100%	00	01	02	00
PORTELÂNDIA	86,1%	100%	00	86,01%	00	00	00	00
SANTA RITA	78,80%	78,80%	00	39,40%	00	01	05	00
SERRANÓPOLIS	80,76%	74,03%	00	80,76%	00	01	02	00

Fonte: E-GESTOR AB

### 3.2 Urgência e Emergência

**Quadro 3 – Distribuição das bases do SAMU e unidades de UPA por município da Região Sudoeste II Jataí-GO ano-2020.**

MUNICÍPIO	SAMU		UPA I
	USB	USA	
Caiapônia	01	00	00
Chapadão do Céu	01	00	00
Doverlândia	01	00	00
Jataí	01	01	00
Mineiros	01	01	01
Regional Sudoeste II	05	02	01

Fonte: cnes.datasus.gov.br. Acessado em 06/07/2020

Obs: Dados sujeitos à alterações.



Os serviços de unidade de Pronto atendimento (UPA) e de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), integram a Rede de Urgência e Emergência, estando regulamentados por portarias. Para que não haja falhas com prejuízo à saúde do usuário e ao desenvolvimento do serviço, é imprescindível a comunicação e articulação entre os serviços.

No quadro 03 está relacionado os municípios da Região Sudoeste II que têm SAMU e UPA, observa-se do total de 10 municípios que compõem a Regional 50% (n=05) possuem o serviço de SAMU e apenas 10% (n=1) tem o serviço de UPA – 24 horas.

### **3.3 Atenção Ambulatorial especializada e hospitalar**

A Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) representa problema no sistema de Atenção à Saúde em geral e em especial no SUS, pois está inserida em sistemas fragmentados, causando desequilíbrio entre a demanda e oferta em algumas especialidades.

A Região de Saúde Sudoeste II no tocante as linhas de cuidado prioritárias da rede de urgência e emergência no perfil de morbimortalidade na Rede de Atenção às Urgências, conforme as Portaria nº 2994 de 2011, que contempla o cuidado cardiovascular, Portaria nº 664 e 665 de 2012 que contempla cuidado cerebrovascular, Portaria nº 1365 de 2013 que contempla cuidado traumatológico não estão implantadas.

### **3.4 Leitos Hospitalares e de UTI**

Dados de Ministério da Saúde em 2013, refere a desigualdade na distribuição, com concentração de hospitais mais resolutivos nos grandes centros urbanos, podendo ser explicado pela maior concentração de recursos tecnológicos e profissionais de saúde nestes centros. Os indicadores de acesso apontam grande iniquidade e, os indicadores de qualidade apontam baixa resolutividade e riscos à segurança do paciente.

A Portaria GM/MS n.1.101/2002 estabelece um número de leitos de UTI de 4%, no mínimo, e até 10% do total de leitos hospitalares e cobertura populacional de 1,5 a 3 leitos por 1.000 habitantes, ao avaliar a população usuária do SUS vê-se que esse número pode variar entre 7 e 9 leitos para cada 100.000 habitantes.



### Quadro 4 – Distribuição de Leitos Hospitalares e de UTI por município da Região Sudoeste II Jataí-GO ano-2020.

Unidade	Total de Leitos Hospitalares	Leitos de Internação Existentes				Quantidade de Leitos de UTI			
		SUS	Leitos NÃO SUS	Leitos SUS Covid 19	Leitos Não SUS Covid 19	SUS	SUS COVID 19	NÃO SUS	COVID 19 NÃO SUS
<b>Aporé</b>									
H. Municipal Dr. José Quaranta Filho	17	17	0	1	0	0	0	0	0
<b>Caiapônia</b>									
H. São Lucas	12	0	0	0	0	0	0	0	0
H. Municipal Adão Nazir Martins Silva	41	41	0	15	0	0	0	0	0
<b>Chapadão do Céu</b>									
H. Municipal Santa Luzia	24	24	0	2	0	0	0	0	0
<b>Doverlândia</b>									
H. Mun. Ariston Soares da Rocha	17	17	0	1	0	0	0	0	0
<b>Jataí</b>									
H. das Clínicas Dr. Serafim de Carvalho	98	98	0	14	0	10	1	0	0
H. Padre Tiago na Providência de Deus	53	11	53	8	8	1	1	3	3
H. Unimed de Jataí	17	0	15	0	2	0	0	0	0
<b>Serranópolis</b>									
H. Nossa Senhora de Fátima	18	18	0	14	0	0	0	0	0
<b>Mineiros</b>									
H. das Clínicas Dr. Neves	30	0	30	0	3	0	0	0	0
H. Nossa Senhora de Fátima	30	0	30	0	6	0	0	0	0
H. Famp Samaritano de Mineiros	40	30	10	0	0	0	0	0	0
H. Mun. Dr. Evaristo Vilela Machado	58	58	0	0	0	10	10	0	0
Hospital São Lucas	35	10	25	0	0	0	0	0	0
<b>Portelândia</b>									
H. Mun. Otacilio José Rezende	17	17	0	1	0	0	0	0	0
<b>Reg. Saúde Sudoeste II</b>	<b>507</b>	<b>341</b>	<b>163</b>	<b>56</b>	<b>19</b>	<b>21</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

Fonte: Coordenação de Performance Regional Sudoeste II Obs: Dados sujeitos à alterações.

No quadro 4, os dados atualizados com leitos de internação credenciados ao SUS, SUS COVID-19 e leitos não SUS, leitos não SUS COVID-19, observa-se que não há registro dos municípios de Perolândia e Santa Rita do Araguaia os mesmos não possuem hospitais. A heterogeneidade na distribuição dos leitos hospitalares e a baixa disponibilidade de leitos de UTI para a população usuária do SUS na área da Região Sudoeste II é semelhante ao que acontece em outras regiões no Brasil.

### 3.5 Vigilância em Saúde.

Atua na prevenção e controle de doenças transmissíveis, na identificação e vigilância dos fatores de risco para desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, na saúde ambiental e do trabalhador.

A Vigilância em Saúde é dinâmica, contínua e sistemática, desenvolve ações de coleta, consolidação e divulgação de dados sobre eventos relacionados à saúde empregados no planejamento e implementação de medidas preventivas, protetivas e de controle de riscos, agravos e doenças de populações residentes em determinado espaço



geográfico, visando os princípios do SUS integralidade e equidade com ações voltadas ao indivíduo e/ou grupos.

Em síntese, a Vigilância em Saúde faz a busca de respostas mais efetivas que atendam as demandas e problemas de saúde de uma população, com atuação pelas vigilâncias epidemiológica, ambiental, sanitária e do trabalhador, com serviços prestados nos níveis de atenções primária, secundária e terciária.

A Lei nº 8.080, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Portaria MS-4.279, de 30/12/2010 conceitua Redes como serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas e integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão que buscam garantir a integralidade do cuidado.

#### **Quadro 05 – Serviços de Vigilância em Saúde, segundo percentual de municípios implantados Regional Sudoeste II Jataí-GO ano 2020**

Redes de Atenção	Municípios Implantados	Percentual
Atenção Psicossocial	02	20%
Atenção às Urgências e Emergências	01	10%
Cegonha	02	20%
Cuidado a Pessoa com Deficiência	01	10%
Saúde do Trabalhador	10	100%

Fonte: Registros de Atas da CIR/ Portarias - Dados sujeitos a alterações

Conforme descrito no Decreto nº 7.508/11 as ações e serviços de saúde deverão integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo, assim, um sistema único, organizado de acordo com 03 diretrizes:

- \* Descentralização em cada esfera de governo (Federal, Estadual e Municipal);
- \* Atendimento integral priorizado para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- \* Participação da comunidade.

Segundo os dados apresentados no quadro 05 observa-se percentual de 20% observa-se que apenas a Rede de Saúde do Trabalhador contempla os 10 municípios, as demais mostram concentração de serviços que variam de 10 a 20%, inferindo que são os municípios que atendem aos pré requisitos para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) de observação dos limites geográficos, oferta de serviços, acessibilidade e pactuação entre municípios e estados, atendendo o processo de regionalização.



#### 4.0 Identificação de Problemas de Saúde

Por serem as atividades de saúde públicas dinâmicas com alterações pela influência das inovações tecnológicas e dos valores sociais, estas não provocam mudanças nos objetivos de reduzir a quantidade de doenças, de mortes prematuras, de desconfortos e incapacidades.

Conhecer e avaliar os indicadores de saúde medidas-síntese de informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde permite identificar as dificuldades e as intervenções em saúde coletiva para direcionar as atividades de gestão, e com isso favorecer a qualidade dos serviços de saúde para a população adstrita.

Os indicadores prioritários selecionados para o quadriênio 2020-2023 nas áreas de Vigilância em Saúde, Atenção em Saúde, Atenção Psicossocial e Urgência e Emergência.

##### **Vigilância em Saúde:**

**Indicador de Mortalidade Infantil por Causas Evitáveis.** Este indicador é uma ferramenta sensível e útil para avaliação de sistemas de saúde por refletir a efetividade dos serviços de saúde na acessibilidade pela população e/ou na qualidade do serviço prestado com reflexo na queda das mortes infantis por causas evitáveis. No período de 2012 ano que foram intensificadas pela Regional Sudoeste II as ações da vigilância do óbito fetal e infantil até o ano de 2018, último ano com dados disponíveis no DATSUS. A coleta de dados foi no SIM site federal, para os Óbito Infantil e no Datasus de Óbito Evitável, descrito no Quadro 06 e mostram a magnitude do problema ao avaliar a regressão proporcional de ambas relacionado aos números absolutos, relacionado a evitabilidade do óbito representa 25,8% (n=86) justifica a importância de ações robustas a serem executadas.

##### **Óbitos infantis e com causa evitável, Regional Sudoeste II Jataí – janeiro 2012 a Dezembro 2018.**

ÓBITO / ANO	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Óbito infantil	49	51	42	56	43	48	44
Óbito evitável *	14	13	14	15	08	12	10

Fonte: SIM site Federal

\* Fonte: datasus -



**Indicador Proporção de Nascidos Vivos de mães adolescentes** – O sistema de Informação de Nascidos Vivos foi implantado oficialmente a partir de 1990, ele fornece dados de natalidade que estão descritos na Declaração de Nascido Vivo (DNV), documento oficial e padronizado para todo o país. A DNV é de emissão obrigatória nos hospitais e outras instituições de saúde nos quais são realizados partos. A faixa etária considerada para Adolescente é de 10 a 20 anos incompletos, a gravidez nesta faixa etária é um dos problemas de saúde, que segundo a Organização Mundial de Saúde, eleva a prevalência de complicações maternas, fetais e neonatais, além de agravar problemas socioeconômicos existentes.

Dados informados pelo Datasus no período avaliado, o total de Nascidos Vivos (NV) (n= 23.626) e de mães na faixa etária de menores de 10 anos até 49 anos (n= 4509) este representa 19,08% do total de NV. Esta taxa pode ser considerada alta ao comparar os dados estatísticos a nível mundial e nacional, em que a taxa mundial de gravidez de adolescente é estimada em 46 nascimentos para cada 1 mil meninas entre 15 e 19 anos, enquanto a taxa no Brasil, é de 68,4 nascimentos para cada 1 mil adolescentes.

**Quadro 7 nascidos Vivos /residencia da mãe, na faixa etária de menor de 10 anos a 19 anos- Região Sudoeste II- Jataí janeiro de 2012 a dezembro 2018**

Nascido Vivo/Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Regional Sud II	639	726	677	673	640	588	566

Fonte: Datasus acessado em 09/07/2020

**Indicador - Óbitos com causa Básica Mal Definida** - reflete a qualidade da informação que permite identificar a causa básica da morte na Declaração de Óbito, aponta a disponibilidade de infra-estrutura assistencial e de condições para o diagnóstico de doença. Estão descritas para codificação no capítulo XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (códigos R00-R99), da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). O Ministério da Saúde considera com aceitável quando o percentual de causa mal definida é menor que 10%, a pactuação do Estado de Goiás é de menos de 5%. Os dados descritos no quadro 08, observa-se percentuais abaixo de 5%, com decréscimo nos anos de 2013, 2014 e 2016, maior percentual em 2015 e leve tendência de aumento a partir de 2017.



### Quadro 08 – óbitos com causa básica Mal Definida – Regional Sud.II Jataí-janeiro de 2012 a dezembro de 2018.

Óbito /Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Total Óbito	1205	1294	1306	1258	1245	1341	1298
CBMD	20	20	15	23	16	24	23
Percentual	1,66	1,54	1,15	1,8	1,28	1,79	1,77

Fonte: Sim site Estadual acessado em 09/07/2020

**Saúde do Trabalhador** – Este programa que integra o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde com objetivo promover a saúde e reduzir a morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos conforme a Portaria de Consolidação n. 2, de 28/09/17, Anexo XV. Os representantes (Prefeito e SMS) dos municípios da Região Sudoeste II assinaram o termo de implantação RDC 061/2016 aprovada na CIB em 20/05/2016.

**Notificação / Encerramento de casos de COVID19** – Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China, de um novo tipo de cepa de coronavírus que não havia sido identificada antes em seres humanos. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou Surto do Novo Coronavírus, que constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi a OMS declarou como pandemia, devido aos surtos de COVID-19 em vários países e regiões do mundo. O Decreto nº. 9.633, de 13 de março de 2020, do Governador do Estado de Goiás, decreta a situação de emergência na saúde pública do Estado de Goiás, em razão da disseminação do Novo Coronavírus

A notificação dos casos, com acompanhamento e encerramento foram primordiais para o conhecimento da situação epidemiológica, o rastreamento dos contatos e visualização da cadeia de transmissão. É instrumento utilizado como apoio de decisão na resposta à pandemia em esfera Municipal, Regional, Estadual, no levantamento das necessidades e na previsão para evitar o esgotamento dos serviços de saúde, especialmente de terapia intensiva, e minimizar o impacto da COVID-19 na população brasileira.



**Urgência e Emergência:** A ausência estratificada e delineada de indicadores de desempenho na regulação, em áreas técnicas municipais, como sendo um norteador para novas políticas, exemplificando inclusive que avaliação de desempenho é mais clara e exequível quando existe um produto concreto derivado do processo de trabalho, diferentemente da natureza do trabalho em saúde, além da ausência de conhecimento aprofundado entre os próprios técnicos (municipais, estaduais e federais) que executam o processo, segundo a Política Nacional de Regulação –PT MS GM nº 1.559 de 01/08/2008 pontuamos os principais problemas na esfera municipal:

Regulação de Sistema de Saúde;

Regulação da Atenção à Saúde;

Regulação do Acesso;

Sistemas Operacionais e Regulação;

Metodologia para indicadores de desempenho na Regulação.

**Atenção Psicossocial:** O Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011 pontua a Atenção Psicossocial como componente dos serviços que tem como porta de entrada a Atenção Primária em Saúde visando o atendimento integrado das ações e serviços de saúde. Para que o usuário tenha acesso aos serviços seguindo os princípios dos SUS de equidade, universalidade e integralidade deve-se seguir as legislações vigentes relacionadas às especificidades previstas para populações quilombolas, ciganas, em situação de rua, privados de liberdade dentre outras (Populações Específicas).

A prioridade para o quadriênio 2020 – 2023 será atuação no fortalecimento Rede de Saúde Mental e a implementação e execução de ações voltadas às populações específicas articulados por meio da Atenção Primária a Saúde, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social e garantia do respeito às especificidades culturais.

### **Atenção em Saúde:**

**Programa da Mulher** – Os riscos de morte materna e fetal vem diminuído no Brasil devido a realização do pré-natal e também dos modernos meios de diagnóstico e tratamento existentes. Porém, algumas mulheres que não recebem o acompanhamento necessário durante a gravidez, o parto e o puerpério, são as que possuem maiores chances de complicações.



As causas de mortalidade materna e fetal durante o parto geralmente ocorrem em caso de gravidez de risco ou quando ocorre um parto prematuro; os bebês que nascem prematuros tem maior risco de morrer; a morte materna pode acontecer durante o parto ou até 42 dias após o nascimento do bebê. As causas mais comuns da morte materna e fetal incluem:

**Morte Materna:**

- Hipertensão arterial ou Eclampsia;
- Hemorragia pós-parto;
- Infecção;
- Anormalidades da contração uterina;
- Aborto inseguro;
- Complicações de doenças preexistentes ou que se desenvolveram durante a gestação.

**Morte fetal** (causas de morte fetal no parto ou nos primeiros 28 dias de nascimento podem ser):

- Insuficiência placentária;
- Falta de oxigênio no bebê, devido ao enrolamento no cordão umbilical, por exemplo;
- Malformação fetal;
- Prematuridade extrema.

A Legislação assegura que a melhor maneira de seguir uma gravidez segura, proporcionando ao bebê um desenvolvimento e nascer saudável, é garantir que a gestante seja assistida durante sua gravidez, haja vista que “cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde”, sendo necessário receber cuidados, dentre eles:

- Acompanhamento pré-natal o mais precoce, até o momento do parto;
- Realização dos exames necessários durante o pré-natal;
- Ingesta de alimentação saudável (frutas, verduras, legumes, cereais e carnes magras);
- Fazer exercício físico com acompanhamento de um profissional qualificado;



- Monitorar e controlar qualquer doença existente realizando exames conforme tratamento definido pelo médico assistente;
  - Ser informada sobre o parto e se escolher o parto normal ser preparada fisicamente para tentar diminuir o tempo de trabalho de parto;
  - Receber orientação quando houver prescrição para tomar os medicamentos;
  - Ser orientada para evitar o peso exagerado na gravidez, pois as alterações cardíacas aumentam o risco de morte no parto;
  - Realizar o controle da diabetes diariamente;
  - Orientar a mulher para espaçar pelo menos 1 ano o intervalo entre uma nova gestação;
  - Realizar a Suplementação de ferro e ácido fólico durante a gravidez para prevenir a malformação fetal.

**SISAB – e-SUS-AB:** O Sistema de Informação da Atenção Básica – SISAB, faz a integração de outros programas na Atenção Básica, permitindo a inserção de informações relacionadas às equipes de Saúde da Família – ESF, às equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), equipes da Atenção Domiciliar (AD), incluindo informação relacionada às ações de outros programas do Ministério da Saúde, tais como: Programa Saúde na Escola, Programa Academia da Saúde.

As fichas propostas captam informações relevantes para compor os indicadores de monitoramento e avaliação da assistência na atenção básica. As fichas são:

**Cadastro Domiciliar:** O ACS utiliza para registrar as características socio sanitárias dos domicílios no território, ou fora de domicílios convencionais (anexo 1);

**Cadastro Individual:** O ACS utiliza para registrar as características sociodemográficas, problemas e condições de saúde dos usuários no território, ressaltando que estas informações são autor referidas;

**Ficha de atendimento individual:** Os profissionais de nível superior utilizam para registrar os atendimentos realizados, não substituindo a evolução clínica no papel, esta ficha não será utilizada pela Equipe de Saúde Bucal – ESB;

**Ficha de atendimento odontológico individual:** registra as informações do atendimento realizado pela Equipe de Saúde Bucal - ESB na Atenção Básica;



**Ficha de procedimentos:** Os profissionais de nível superior e médio, utilizam, exceto para coleta de dados dos procedimentos ambulatoriais realizados (não é utilizada pela ESF e ACS);

**Ficha de atividade coletiva:** Todos os profissionais utilizam para registrar toda e qualquer atividade que tenham propósito organizar os processos de trabalho das equipes e ações voltadas para a comunidade (ex.: educação em saúde, atendimento em grupo, mobilizações sociais);

**Ficha de visita domiciliar:** Todos os profissionais utilizam para registrar a visita domiciliar realizada ao usuário adscrito no território da unidade básica de saúde.

Para que o registro seja realizado a contento e excelência faz se necessário a capacitação de todos os profissionais para manuseio, no sistema de informação e também Implantar o sistema nos Tabletes dos Agentes Comunitários de Saúde, garantindo uma transferência de dados em tempo hábil, de forma segura.

### **Como trabalhar na Estratégia Saúde da Família – ESF (interação com os demais integrantes da equipe multiprofissional para o bem-estar da comunidade assistida);**

- Prevenção ao câncer de boca (principais lesões cancerizáveis e técnicas de biópsia);
- Odontologia hospitalar;
- Farmacologia para o clínico geral;
- Atendimento de urgências odontológicas (trauma, endodontia, infecção e outras);
- Primeiros socorros médicos (convulsão, síncope, hipoglicemia, anafilaxia, infarto e outros);
- Atendimento de pacientes que requerem cuidados adicionais (idoso, criança, gestante, lactante, diabético, portadores de doenças cardiovasculares, asma brônquica, desordens neurológicas convulsivas e outros)

**Saúde Bucal -** De acordo com o Caderno de Atenção Básica n. 17 do Ministério da Saúde, a Atenção Básica constitui um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual ou coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde. É desenvolvida por meio do



exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas à populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Sendo assim, para a efetivação da Política Nacional de Saúde Bucal, que tem na Atenção Básica e na Estratégia Saúde da Família (eSF) um de seus mais importantes pilares, é necessário que os profissionais de saúde bucal sejam integrados à dinâmica de seu funcionamento e à sua equipe multiprofissional, além de terem a oportunidade de se atualizarem e se capacitarem em cursos oferecidos pela esfera estadual.

Por isso, segue abaixo, as propostas de cursos que visam melhorias das “competências técnico-científicas, culturais, políticas, éticas e humanísticas dos trabalhadores” (Marta Lenise Prado):

- Como trabalhar na Estratégia Saúde da Família – ESF (integração com os demais profissionais da ESF para o bem-estar da comunidade assistida);
- Prevenção ao câncer de boca (principais lesões cancerizáveis e técnicas de biópsia);
- Farmacologia para o clínico geral;
- Atendimento de urgências odontológicas (trauma, endodontia, infecção e outras);
- Primeiros socorros médicos (convulsão, síncope, hipoglicemia, anafilaxia, infarto e outros);
- Atendimento de pacientes que requerem cuidados adicionais (idoso, criança, gestante, lactante, diabético, portadores de doenças cardiovasculares, asma brônquica, desordens neurológicas convulsivas e outros).

## 5.0 Caracterização da Necessidade de Formação em Saúde

Para enfrentamento destes eixos reafirma-se a necessidade de realização de capacitação técnica, com prática em serviço, de profissionais em sistemas de informação e comunicação em saúde. A indicação de necessidades em EPS serão articuladas ao esforço de reorganização de sistemas e serviços, incluindo temas relacionados à gestão, à organização de processos de trabalho, de desenvolvimento das melhores práticas assistenciais, da formulação de políticas e programas de controle de problemas prioritários, com ênfase na determinação social do processo saúde – doença, da arte da negociação, em contextos marcados pela excessiva demanda e escassez de recursos. As definições de projetos educativos terão como referência problemas concretos para consecução de objetivos do sistema, bem como os resultados esperados, devendo na elaboração considerar o problema a que ele se refere, as estratégias para o seu



desenvolvimento, os objetivos e metas a serem alcançados, a avaliação de eficácia e o prazo de execução.

A priorização dos problemas segundo ações e serviços instituídos no Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, no cap. II, seção I, art 5º com a articulação dos serviços para implementação das ações com o objetivo de melhoria dos serviços prestados está representada no Quadro 09. A execução destas ações podem sofrer solução de continuidade pela alta demanda de serviços relacionadas a disponibilização de profissionais, citando como exemplo a falta de feed back ao questionário enviado aos gestores e técnicos da Região Sudoeste II em fevereiro de 2020, para identificação das necessidades e problemas a serem trabalhados em conjunto com a Educação Permanente em Saúde.

A execução das ações deverão ser realizadas no período de 2020 a 2023 (04 anos), sendo subdividido em curto, médio e longo prazo.

#### **Quadro 09 – Problemas, serviços envolvidos e prazo de execução para quadriênio 2020 a 2023 – Regional Sudoeste II**

PROBLEMAS PRIORITÁRIOS	SERVIÇOS ENVOLVIDOS				PERÍODO DE EXECUÇÃO (PRAZO)		
	ATENÇÃO À SAÚDE	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	CURTO	MÉDIO	LONGO
Mortalidade Infantil por causa evitável	X	X	X	X	X	X	X
Nascido vivo de mães adolescentes	X	X	X		X	X	X
Óbitos com causa básica mal definida	X	X	X	X	X	X	X
Notificação e Atualização do banco de Dados de COVID-19	X	X	X		X	X	X
Saúde do Trabalhador	X	X	X	X	X	X	X
Regulação de Sistema de Saúde	X			X	X	X	X
Regulação da Atenção à Saúde	X			X	X	X	X
Regulação do Acesso	X			X	X	X	X
Sistemas Operacionais e Regulação	X			X	X	X	X



Metodologia para indicadores de desempenho na Regulação				X	X	X	X
Fragilidade da Rede de Saúde Mental	X	X	X	X	X	X	X
Fragilidade das ações voltadas para o atendimento das populações específicas	X	X	X	X	X	X	X

Os profissionais que atuam na área de saúde tem perfil diversificado gerando impacto no sucesso ou insucesso nas ações executadas. Para que desenvolvam visão sistêmica e integral os profissionais devem atuar com criatividade e senso crítico para que as ações sejam resolutivas.

A Educação Permanente em Saúde tem papel fundamental na formação destes profissionais, para ampliar a visão e desenvolver habilidades que respondam as necessidades da comunidade da área adstrita, com adequação do perfil dos mesmos para que a estratégia seja consolidada. Dentre as principais necessidades identificadas estão:

- Qualificação dos processos de trabalho das equipes de ESF, visando o aprimoramento dos fluxos de atendimento e da Rede de Atenção em Saúde (RAS);
- Qualificação das equipes de ESF para identificar os mecanismos e aumentar a resolutividade da Atenção Básica melhorando os Indicadores de saúde e garantindo o acesso da população a serviços de qualidade;
- Qualificação das equipes de ESF para identificar as populações específicas existentes nos municípios (quilombolas, acampados, assentados, indígenas, ciganas, em situação de rua, dentre outras) e a Rede Intersetorial;
- Qualificação das equipes de ESF para realizar a territorialização e identificação dos problemas a serem trabalhados;
- Capacitação integrada da Atenção em Saúde com a Vigilância em Saúde para o desenvolvimento das ações;
- Capacitar e sensibilizar quanto a importância da completude do preenchimento dos formulários para geração de dados fidedignos;



- Necessidade de capacitar os Secretários Municipais de Saúde, Conselheiros Municipais de Saúde e técnicos da área de gestão e planejamento para execução das políticas de Saúde;

## 6.0 Atores Envolvidos

Os trabalhadores envolvidos no processo da elaboração até a execução serão os trabalhadores do SUS, Gestores, Controle Social, Instituições Formadoras (Públicas e Privadas – UFG/UEG/SENAC e outros), profissionais da Regional de Saúde e Comissão Intergestora Regional Sudoeste II.

## 7.0 Produtos e Resultados Esperados

O monitoramento dos indicadores elencados, tendo como base dados dos sistemas federais e estaduais e os Relatórios Anuais de Gestão dos Municípios.

## 8.0 Processo de Avaliação do Plano

A avaliação do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) será realizada pela Regional Sudoeste II anualmente, pela Comissão Técnica de elaboração do PAREPS com participação dos coordenadores e subcoordenadores da Regional de Saúde, convite extensivo aos Gestores e Técnicos Municipais e posterior apreciação pela Comissão intergestores Regional.

## 9.0 Recursos Envolvidos para Execução do Plano

A efetividade do plano será garantida a partir dos recursos disponíveis, considerando os recursos financeiros disponibilizados pelas três esferas de governo e a coparticipação dos gestores e demais atores envolvidos.



Comissão  
Intergestores  
Macrorregião  
Sudoeste



SES  
Secretaria de  
Estado de  
Saúde



## Conclusão

O PAREPS é instrumento norteador que revela as fragilidades e os problemas de saúde, indicando a necessidade de implantação e/ou implementação das ações educacionais a serem programadas e realizadas, que visam a melhoria do desenvolvimento dos serviços de saúde. As ações educativas bem planejadas e direcionadas ao público alvo certo, e posteriormente avaliadas, promoverão mudanças de atitudes e transformações inevitáveis.



## Referências Bibliográficas

A Regionalização da Saúde-O Decreto 5.708/11

link: [bvcms.saude.gov.br>folder>regionalizacao\\_decreto\\_7508](http://bvcms.saude.gov.br/folder/regionalizacao_decreto_7508)

Acessado em: 01/07/2020

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n° 32)

CONASS - Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde – Jul-2015 [www.conass.org.br](http://www.conass.org.br) acessado em 06/07/2020

Decreto nº 76508, DE 28 DE JUNHO DE 2011

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm) acessado em 03/06/2020

e-SUS (SISAB)- Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013.

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412\\_10\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html) acessado em 03/06/2020

KLima, K.W.S et all Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde -Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.1, p.61-71, 2015 <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0061.pdf> acessado em 08/07/2020.

Neves R.G Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. Epidemiol. Serv. Saúde.vol.27no.3 Brasília-2018 Epub-Sep-03, 2018 <https://www.scielo.br/scielo.php?pid> acessado em 09/07/2020.

O que “é um problema de saúde pública”? Rev. bras. epidemiol.v.9 n.1 São Paulo-mar. 2006 <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2006000100018>

Pnad Contínua Anual – Educação-módulo anual da educação. Elaboração: Instituto Mauro Borges/Secretaria de Estado da Economia-2019. <https://www.imb.go.gov.br/index.php?option> acessado em 30/06/2020.

Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007



Comissão  
Intergestores  
Macrorregião  
Sudoeste



SES  
Secretaria de  
Estado de  
Saúde



[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html) acessado em 03/06/2020

PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html) acessado em 15/07/2020

Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

Nota Técnica Conjunta Nº. 391/2012/SAS/SVS/MS – Realização de Teste Rápido da Sífilis na Atenção Básica no âmbito da Atenção Básica.

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html) acessado em 03/06/2020

Saltarelli-R.M.F et al-Tendência da mortalidade por causas evitáveis na infância: contribuições para a avaliação de desempenho dos serviços públicos de saúde da Região Sudeste do Brasil Rev. bras. epidemiol.vol.22 São Paulo 2019 EpubApr01, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190020> <https://www.scielo.br/scielo.php> acessado em 08/07/2020.

SCIELO

<https://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n2/a25v26n2.pdf>, acessado em 29/06/2020.

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html), acessado em 06/07/2020.

Saúde do trabalhador [www.saude.go.gov.br/saude-ambiental-e-do-trabalho](http://www.saude.go.gov.br/saude-ambiental-e-do-trabalho) acessado em 09/07/2020.

Seção A - ATENÇÃO HOSPITALAR (LEITOS E INTERNAÇÕES)

<http://www.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/02/Se----o-A---Aten----o-Hospitalar--Leitos-e-Interna----es-.pdf> acessado em 06/07/2020

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)