

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FLAVIA CLAUDIA KRAPIEC JACOB DE BRITO**



**EDUCAÇÃO PERMANENTE E SUA INTERFACE COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA  
NA REGIÃO DE SAÚDE DE DOURADOS/MS**

**CAMPO GRANDE  
2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FLAVIA CLAUDIA KRAPIEC JACOB DE BRITO**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE E SUA INTERFACE COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA  
NA REGIÃO DE SAÚDE DE DOURADOS/MS**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de mestre em Saúde da Família, pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob a orientação do Prof. Dr. Joel Saraiva Ferreira.

**CAMPO GRANDE  
2014**

Dedico este trabalho à aqueles que me inspiram todos os dias, que me apóiam em tudo o que eu faço e dão razão à minha vida.

Ao meu pai Claudio (in memorian), que não pode participar aqui desta conquista, mas que está no céu com certeza torcendo muito por mim. Pai, obrigada por ter me ensinado a lutar sempre, ter garra e persistência.

A minha mãe Inez, por ter sido companheira e amiga, e ter assumido o papel de “mãe/vó” quinzenalmente sem titubear para que eu pudesse concluir este árduo percurso. Mãe obrigada por ser fiel parceira.

Ao meu “maridotorista” Jordan, que não mediu esforços para me levar por mais de 6 meses quinzenalmente à esta longa jornada, por todo o incentivo, carinho e paciência. Jordan, obrigada, sem você me sustentando eu não teria conseguido concluir esta etapa da vida.

À minha filha Laryssa Beatriz, que soube superar minhas ausências mesmo não entendendo muito bem o que ocorre, mas ajudou como pode em todas as “atividades”, me inspirando e me amparando sempre. Filha você é a razão da minha vida, obrigada por existir e me dar o privilégio de ser sua mãe.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus, por dar-me força e coragem para a busca e consecução desta dissertação.

Agradeço ao Prof. Dr. Joel Saraiva Ferreira, pelos valiosos ensinamentos, pela paciência e encorajamento nos momentos de desânimo e principalmente o carinho em cada obstáculo transposto, pois foi dele todo o incentivo desde o início. Valeu a pena toda distância, todo sofrimento, todas as renúncias, pois hoje estamos colhendo, juntos o fruto do nosso empenho! Esta vitória é muito mais sua do que minha!!!

Agradeço à amiga e co-orientadora Dra. Cássia Barbosa Reis, por todas as tardes e noites que passamos juntas, da concepção a conclusão deste sonho, obrigada por ser minha incentivadora, estando junto em todos os degraus transpostos.

As minhas amigas, Ana Cristina, Luciane, Rubiana e a melhor líder do mundo Patrícia pela prontidão e presteza nos inúmeros encontros, principalmente pelo forte laço de amizade que construímos.

À minha amiga Cristiane Sanches Sisto que segurou todas as barras durante esses 2 anos, permanecendo firme e forte em todas as minhas ausências no trabalho, me suprimindo como pode. Obrigado amiga pela força nos desencontros.

Ao casal do coração Jane e Thiago, pela dedicação e ajuda dispensada nos vários momentos deste projeto e ao Angel Gabriel por ceder sua cama todos os dias.

Aos secretários de saúde Sebastião Nogueira Faria e Márcio Figueiredo, e a diretora Maria Piva Fujino, pelo apoio, incentivo e pelas “folgas” concedidas para que eu pudesse concluir as inúmeras etapas desta dissertação.

Agradeço à Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), à Fiocruz/MS, por terem realizado esta parceria e ambicionado este programa e à Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia (FUNDECT) pelo auxílio financeiro para realização desta pesquisa.

Agradeço à Dra. Christinne Cavalheiro Maymone Gonçalves e Dra. Ana Rita Barbieri, pelas sábias considerações desde à qualificação até a conclusão desta conquista, obrigada pelo apoio, cuidado e carinho na leitura deste trabalho.

E finalmente à Prof. Dra. Mara Lisiane de Moraes dos Santos e Ma. Vera Lúcia Kodjaoglanian que almejaram e concretizaram este sonho, obrigada pelo convívio, e principalmente obrigada por fortalecer a consolidação do SUS que queremos.

A prática educativa crítica envolve o movimento dinâmico do fazer e pensar sobre o fazer, com a reflexão crítica sobre a prática atual que pode desenvolver mecanismos de mudança (FREIRE, 2005).

## RESUMO

No Brasil, a formação profissional na área da saúde ainda é constituída de processos pedagógicos arraigados no modelo médico-assistencialista, com acentuado destaque para aquisição de conhecimentos técnico-científicos, associados a métodos diagnósticos e terapêuticos. Quando o profissional, formado nesse contexto, se insere no campo de atuação prática da saúde pública, depara-se com um sistema de saúde que preconiza a atenção primária, por meio da estratégia de saúde da família, como a ordenadora de todos os níveis de atenção, o que requer competências profissionais que não se restringem àquelas comumente obtidas na formação inicial da graduação. Nesse sentido, a política de educação permanente em saúde se apresenta como um importante mecanismo para superar possíveis dificuldades relacionadas à formação e atuação dos profissionais de saúde. Considerando tal circunstância, o presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de analisar a implementação da política de educação permanente na região de saúde de Dourados-MS e sua interação com a atenção primária. Para isso, realizou-se uma pesquisa documental com desenho quantitativo, descritivo, seccional, baseada em dados secundários do período de 2008 a 2013. A fonte de dados para as análises realizadas foram 72 atas da Comissão Intergestores Regionais (CIR) da região de saúde de Dourados-MS e 42 atas da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES), além dos Relatórios Técnicos da Escola de Saúde Pública e da Escola Técnica do SUS, ambas vinculadas à Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul. Os resultados do estudo indicaram que no período estudado foram desenvolvidos 15 projetos vinculados à política de educação permanente em saúde no estado de Mato Grosso do Sul, por meio dos quais vários cursos foram destinados à região de saúde de Dourados e, destes, 40% voltados à atenção primária e 60% voltados à atenção especializada e/ou gestão. Destaca-se, nesse sentido, a microrregião de Ponta Porã, que apesar de ter o menor número absoluto de municípios, foi contemplada com o maior número de cursos. Já o maior número total de profissionais contemplados ficou com a microrregião de Dourados, que agrega, proporcionalmente, o maior número de profissionais de saúde da região estudada. Em relação à evasão dos cursos oferecidos, chamou a atenção o elevado percentual dessa situação (20,5%), uma vez que a maioria desses cursos ocorreu no município sede das microrregiões, exatamente como uma estratégia de descentralização e potencialização dos processos formativos no SUS. Por fim, concluiu-se que existe a evidente necessidade de elaboração de estratégias para adequação do processo de trabalho para desenvolver a política de educação permanente em saúde nas microrregiões que compõem a região de saúde de Dourados-MS, especialmente quando o objeto dessas ações é a atenção primária à saúde.

**Palavras-chave:** Educação Continuada; Atenção Primária à Saúde; Estratégia de Saúde da Família.

## ABSTRACT

In Brazil, the professional formation in the health area still consist in pedagogical processes rooted in the medical-assistance model, with accentuated feature for the acquirement of technical-scientific knowledge, associated with diagnostics and therapeutic methods. When the professional, graduated in this context, inserts himself in the practical acting of the public health field, he faces a health system wich advocates the primary care, through the strategy of family's health, as the ordinator of all the care levels, that requires professional competences that's not limited to those generally obtained in the early graduation formation. In this meaning, the permanent education in health policy presents like an important mechanism to overcome possibles difficulties related to the formation and the acting of health professionals. Regarding such circumstance, the present study was developed with the objective to analyse the implementation of the permanent education policy in the health region of Dourados-MS, and his interaction with the primary care. For that, was held a documentary research with quantitative design, descriptive, sectional, based in secundaty data from the period of 2008 to 2013. The data source for the held analysis were 72 records of the Regional Intermanagers Commission (CIR) from the health region of Dourados-MS, and 42 records of the Permanent Commission of Integration Education-Service (CIES), in addition of the Technical Reports of the Public Health School and the Technical School of SUS, both linked to the State Secretary of Health from Mato Grosso do Sul. The study results indicated that in the studied period, were developed 15 projects linked to the permanent education in health policy in the state of Mato Grosso do Sul, whereby many courses were destined to the health region of Dourados and, from these, 40% focused on the primary care and 60% focused on specialized care and/or management. Stands out, in this meaning, the microregion of Ponta Porã, that despite having the lower absolut number of citys, was contemplated with the major number of courses. Now the highest total number of professionals contemplated stayed with the microregion of Dourados, wich adds, proportional, the highest number of health professionals in the studied region. About the evasion in the offered courses, was brought attention to the high percentual of this situacion (20,5%), once that the majority courses happend in the microregion's head city, exactly like a decentralization and potentiation of formative processes on SUS strategy. Lastly, was concluded that exists an evident necessity to elaborate strategys for the adequation of the work process to develop the permanent education policy on the microregions that compose the health region of Dourados-MS, especially when the object of this actions is the primary health care.

**Key-words:** Continuing Education; Primary Health Care; Family's Health Strategy.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Divisão do estado de Mato Grosso do Sul por regiões de saúde de 2001 a 2012.....	22
Figura 2- Divisão do estado de Mato Grosso do Sul por regiões de saúde, a partir do ano de 2012.....	22
Figura 3- Divisão do estado de Mato Grosso do Sul por microrregiões de saúde, a partir do ano de 2012.....	23
Figura 4- Descrição da porcentagem da população e quantidade de municípios por microrregiões na região de saúde de Dourados-MS.....	24
Figura 5- Região de saúde de Dourados, com suas quatro microrregiões no estado de Mato Grosso do Sul.....	25
Figura 6- Evolução do número de equipes de ESF implantadas em Mato Grosso do Sul e na região de saúde de Dourados, no período de 2008 a 2013.....	31
Figura 7- Porcentagem da população coberta pelas equipes de ESF em relação ao Estado, na região e por microrregião de saúde de Dourados-MS.....	31
Figura 8- Porcentagem dos profissionais de nível médio, nível superior da atenção primária dos cursos de educação permanente e educação profissional desenvolvidos pela política de educação permanente por microrregião de saúde na região de Dourados-MS de 2008 a 2013.....	50
Figura 9- Distribuição das vagas e evasão dos cursos desenvolvidos da política de educação permanente em relação à quantidade de profissionais da região de saúde de Dourados-MS de 2008 a 2013.....	55
Figura 10- Distribuição dos recursos aplicados à política de educação permanente em saúde, nos cursos desenvolvidos na região de saúde de Dourados-MS de 2008 a 2013.....	58

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Quantidade relativa e percentual de variação das equipes de saúde da família e cobertura populacional da ESF na região de saúde de Dourados-MS, no período de 2008 a 2013.....	42
Tabela 2- Quantidade relativa e percentual de variação do número de profissionais vinculados à estratégia de saúde da família por microrregiões na região de saúde de Dourados-MS, no período de 2008 a 2013.....	44
Tabela 3- Correlação entre IDH e equipes de saúde da família, cobertura populacional da ESF, profissionais de ensino superior, profissionais técnicos e ACS, na região de saúde de Dourados-MS.....	47
Tabela 4- Relação de cursos da política de educação permanente em saúde, desenvolvidos na região de saúde de Dourados-MS de 2008 a 2013.....	49
Tabela 5- Somatória da carga horária dos cursos, desenvolvidos pela política de educação permanente na região de saúde de Dourados-MS, de 2008 a 2013, conforme o ano de conclusão.....	53
Tabela 6- Distribuição dos recursos, conforme portarias específicas, destinados à política de educação permanente em saúde, no estado de Mato Grosso do Sul e na região de saúde de Dourados-MS de 2007 a 2013.....	56

## LISTA DE QUADRO

Quadro 1- Distribuição percentual do contingente de profissionais de saúde da APS, na região de saúde de Dourados-MS.....	27
---	----

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente comunitário de saúde
AIS	Ações integradas de saúde
APS	Atenção primária em saúde
AVC	Acidente vascular cerebral
CAF	Cirurgia de alta frequência
CAP	Caixas de aposentadorias e pensões
CCZ	Centro de controle de zoonoses
CEM	Centro de especialidades médicas
CEO	Centro de especialidades odontológicas
CGR	Colegiados de gestão regional
CIB	Comissão intergestores bipartite
CIES	Comissão permanente de integração ensino-serviço
CIR	Comissão intergestores regional
CIT	Comissão intergestores tripartite
COES	Coordenadoria estadual de educação na saúde
CTA	Centro de testagem e aconselhamento
DEGERTS	Departamento de gestão e da regulação do trabalho em saúde
EPS	Educação permanente em saúde
ESF	Estratégia de saúde da família
ESP	Escola de saúde pública de Mato Grosso do Sul
ETSUS	Escola técnica do SUS
FUNDECT	Fundação de apoio ao desenvolvimento do ensino, ciência e tecnologia
GAL	Gerenciador de ambiente laboratorial
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IAP	Instituto de aposentadorias e pensões
ICV	Índice de condições de vida
IDH	Índice de desenvolvimento humano
INAMPS	Instituto nacional de assistência médica da previdência social
INPS	Instituto nacional de previdência social
LACEN	Laboratório central de saúde pública
MES	Ministério da educação e saúde
MS	Ministério da saúde
OMS	Organização mundial da saúde
ONU	Organização das nações unidas
OPAS	Organização panamericana da saúde
PDA	Plano diretor de atenção à saúde
PDI	Plano diretor de investimentos
PDR	Plano diretor de regionalização
PIASS	Programa de interiorização de ações e serviços de saúde
PIB	Produto interno bruto
PNAB	Política nacional de atenção básica
PNEPS	Política nacional de educação permanente em saúde
PNUD	Programa das nações unidas para o desenvolvimento
PPI	Programação pactuada e integrada
PSF	Programa de saúde da família
RDH	Relatório de desenvolvimento humano
RNB	Renda nacional bruta

SAE	Serviço de atendimento especializado
SALTE	Plano de saúde, alimentação, transporte e energia
SES	Secretaria estadual de saúde
SGTES	Secretaria de gestão do trabalho e educação na saúde
SMS	Secretaria municipal de saúde
SUS	Sistema único de saúde
UBS	Unidades básicas de saúde
UF	Unidade da federação
UFMS	Universidade federal de Mato Grosso do Sul
UTI	Unidade de terapia intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>16</b>
2.1 A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL.....	16
2.1.1 A atenção primária à saúde no Brasil.....	20
2.2 A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL.....	21
2.3 CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DE SAÚDE DE DOURADOS.....	24
2.3.1 Caracterização da microrregião de saúde de Dourados.....	25
2.3.2 Caracterização da microrregião de saúde de Naviraí.....	27
2.3.3 Caracterização da microrregião de saúde de Nova Andradina.....	28
2.3.4 Caracterização da microrregião de saúde de Ponta Porã.....	29
2.4 TRAJETÓRIA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM MATO GROSSO DO SUL.....	30
2.5 INDICADOR SÓCIO DEMOGRAÁFICO DE SAÚDE.....	32
2.5.1 O índice de desenvolvimento humano.....	32
2.6 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	34
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>38</b>
3.1 OBJETIVO GERAL.....	38
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	38
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>39</b>
<b>5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>41</b>
<b>6 CONCLUSÕES .....</b>	<b>59</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>66</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>68</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil no ano de 1988 trouxe importantes modificações no modo como os serviços de saúde passaram a ser oferecidos à população, com a previsão do cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade, tendo como diretrizes operacionais a descentralização dos serviços de saúde, com gestão única em cada esfera de governo e a criação de mecanismos de participação popular e de controle social (HORTA, 2009).

Com isso, nos anos seguintes ocorreu o processo de ampliação na quantidade e na qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos brasileiros. Porém, mesmo com o aumento dos serviços, passados mais de 20 anos da implantação do SUS, a qualidade ainda não atingiu os patamares desejados inicialmente, pois não se consegue desenvolver uma atenção integral à saúde, de acordo com princípios e diretrizes previstas na própria legislação que regulamenta o sistema (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

Para superar as dificuldades mencionadas, observa-se que o caminho adotado pela gestão foi no sentido de propor formas de atenção que superassem os modelos médico-assistenciais centrados na cura de doenças. A ação mais marcante nesse sentido foi a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) no ano de 1994, o qual passou a ser denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) no ano de 2006 (SCHUCH, 2007).

Em todo o país a atenção primária à saúde (APS) seguiu itinerário semelhante, a partir da implantação do SUS. No estado de Mato Grosso do Sul o PSF teve início em 1998, com apenas 08 equipes em 07 municípios e 27.600 pessoas atendidas. No ano de 2013, esse número já atingia 508 equipes em 78 municípios, o que correspondia, na época, a 100 % dos municípios do estado e uma população assistida de 1.606,747 pessoas, que equivale a aproximadamente 64,14 % da população. Nesse mesmo ano, apenas na região de saúde Dourados, região sul do estado, eram 180 equipes em atividade, o que corresponde a 100% dos 33 municípios dessa região de saúde e 654.421 pessoas atendidas (BRASIL, 2013).

Ainda em relação aos entraves que o SUS encontra para sua completa estruturação, a formação profissional apresenta-se como um dos principais fatores responsáveis por esta situação, uma vez que a maioria dos profissionais de saúde passam por cursos de graduação que ainda descrevem o processo saúde-doença no molde médico-assistencialista, com exacerbado destaque para aquisição de conhecimentos técnico-científicos, associados a métodos diagnósticos e terapêuticos. Com isso os profissionais apresentam baixa interação

com os usuários, dificuldade para trabalhar em equipes e ainda desenvolvem práticas de saúde desvinculadas do SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Desse modo, a mudança nas práticas tradicionais de saúde e na organização dos serviços, envolve necessariamente, mudanças na formação inicial e continuada dos profissionais.

Nota-se que os processos de mudança no mundo do trabalho na área da saúde trazem consigo consequências como o avanço tecnológico e a necessidade dos profissionais se tornarem polivalentes e adaptáveis. Por isso, é tão marcante o processo de educação permanente em saúde (EPS) no SUS (FORTES, 2009). Quando o profissional está inserido na APS, ganha maior relevância ainda o processo de formação e qualificação, pois é esse nível de atenção que organiza todo o sistema de saúde (SECO, 2008).

Para tentar suprir tal distorção no processo formativo dos profissionais de saúde, em relação às novas demandas do sistema, no ano de 2007 foi criada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) que foi reeditada por meio da Portaria 1996 de 20 de agosto de 2007, a qual apresenta as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Foram implantados, para sistematizar as ações dessa política, os Colegiados de Gestão Regional (CGR) e a Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES). Nesse caso, essas duas instâncias têm o propósito de identificar as necessidades de qualificação, garantindo a aplicação e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas, além de oferecer apoio técnico e metodológico à estratégia de condução e operacionalização (BRASIL, 2007).

No caso do estado de Mato Grosso do Sul, assim como nas demais unidades da federação (UF), a educação permanente em saúde se apresenta como um importante mecanismo de fortalecimento do SUS. Caso tais ações definidas pela política de educação permanente em saúde sejam direcionadas à APS, o que se espera é um fortalecimento do próprio sistema (FORTES, 2009). É nesse sentido que o presente trabalho foi desenvolvido, com o objetivo de analisar o desenvolvimento da Política de Educação Permanente na região de saúde de Dourados-MS e sua interação com a Atenção Primária, visando subsidiar a tomada de decisão na gestão do SUS e contribuir com o desenvolvimento do avançar da política nesta região.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

A saúde pública brasileira passou por diferentes configurações, até chegar aos moldes atuais. Esse percurso foi marcado pelo processo político, inerente ao momento histórico em que o país se encontrava em cada época.

Para ilustrar as modificações das políticas públicas de saúde no Brasil, são apresentados a seguir alguns fragmentos do contexto político do país, relacionando-os com as ações voltadas à solução dos problemas de saúde da população.

Inicia-se tal descrição a partir do período da proclamação da República, em 1889, quando o Brasil passou a adotar a definição dos trabalhadores como capital humano, tendo por base o reconhecimento de que as funções produtivas são as fontes geradoras da riqueza das nações. Sendo a capacitação física e intelectual dos operários e dos camponeses o caminho indicado para alterar a história do país, considerado no exterior como “região bárbara e de escravidão”. Nesse contexto, a medicina assumiu o papel de guia do Estado para assuntos sanitários, comprometendo-se a garantir a melhoria da saúde individual e coletiva e, por extensão, a defesa do projeto de modernização do país (BERTOLLI FILHO, 2004).

No campo das idéias, crescia um projeto nacional voltado para a integração e a valorização do trabalho e do operariado urbano. A partir de 1930, na política de Getúlio Vargas, seu governo contou com duas bases distintas: a saúde pública e a medicina previdenciária, esta última marcada pela criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), as quais foram transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), que congregavam os trabalhadores por categorias profissionais, sendo essa estrutura previdenciária implantada, justamente com a legislação trabalhista e sindical, formando-se no chamado tripé que institui o padrão verticalizado de relação entre o Estado e a sociedade civil (SCORES; TEIXEIRA, 2008).

Apesar dos IAP estarem voltados prioritariamente para os benefícios e pensões, também ofereciam serviços médicos, porém limitado aos trabalhadores inseridos em empregos formais e organizados conforme o sindicalismo instituído por Vargas e, portanto, atrelado aos interesses do Estado (SCORES; TEIXEIRA, 2008).

O cenário político do país caracterizado por uma ditadura populista privilegiava os interesses políticos e econômicos, gerava grande impacto na população que não tinha vínculo com o IAP, devendo então pagar pela assistência médica ou continuar dependendo da

assistência de serviços locais que não davam conta da demanda, o que enfraqueceu as instituições médico-sanitaristas (CARVALHO, 2013).

O modelo inicial da assistência médica não era universal e baseava-se nos vínculos trabalhistas. Tinham direito aos benefícios somente trabalhadores que contribuía para a previdência, ou seja, aqueles “com carteira assinada” (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Durante a era Vargas houve diminuição de mortes por enfermidades epidêmicas, porém cresceram as doenças de massa, estabelecendo-se assim um quadro marcado por doenças endêmicas, entre elas, a esquistossomose, doença de Chagas, tuberculose e a hanseníase (MIRANZI et al., 2010).

Em 1934, Getúlio Vargas passou a institucionalizar os serviços, criando o Ministério da Educação e Saúde (MES), a fim de ampliar o setor saúde. Porém, a assistência individual não estava sob o controle do MES, havendo a separação entre saúde pública - centrada na erradicação de doenças infectocontagiosas, endemias ou epidemias - e assistência médica previdenciária, de caráter individual, destinada aos indivíduos acometidos por doenças que lhes impediam de trabalhar (ESCORES; TEIXEIRA, 2008).

Em 1953, ainda sob a influência do Plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia), foi criado o Ministério da Saúde (MS) que se dedicava às atividades de caráter coletivo, como as campanhas e a vigilância sanitária. Cresceu a assistência médica e se desenvolveu no âmbito das instituições previdenciárias, pela necessidade de garantir a manutenção e reprodução da força de trabalho cada vez mais urbana e fabril, ciclo iniciado em 1930 (FONTINELE JÚNIOR, 2008).

Porém o MS independente da área da educação, tinha apenas um terço dos recursos alocados no antigo MES. Até 1964, o MS se caracterizou pela transitoriedade de seus titulares, evidenciando ser objeto de intensa e frequente barganha política (ESCORES; TEIXEIRA, 2008).

As várias instituições previdenciárias e a multiplicidade de tratamentos aos seus usuários motivaram o governo à uniformização dos métodos com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social, em agosto de 1960. Os direitos e deveres passaram a ser semelhantes orientados pela lei, o que viria facilitar no futuro, a fusão dos IAP. Houve ampliação dos gastos com assistência médica, ampliando o escopo das doenças e situações de vida a serem contempladas (FONTINELE JÚNIOR, 2008).

Houve um fortalecimento do modelo assistencial-privatista da saúde pública, a partir da unificação dos IAP e da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que a

partir da década de 1960 foi fortalecido politicamente pelo governo militar, e o acesso a saúde continuava limitado, e essas exceções geralmente constituíam atendimento mais precário daquele da medicina previdenciária, o que obrigava uma reestruturação da área de atuação corporativa, pois acreditava-se que a saúde pública deveria ser vinculada à economia nacional (CARVALHO, 2013).

Durante a ditadura militar, em março de 1964, alguns projetos privatizantes como o do Vale Consulta e para as regiões mais pobres uma ação denominada Programa de Interiorização de Ações e Serviços de Saúde (PIASS) não foram implantados por falta de vontade política dos governos à época (CARVALHO, 2013).

A crise da previdência na década de 1980 provocou o surgimento de uma associação mais forte entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e os serviços públicos de saúde. Nasceram as Ações Integradas de Saúde (AIS), em parceria da previdência com a saúde pública municipal e estadual; prestação de cuidados, principalmente primários ambulatoriais; transferência de recursos da previdência para que fossem realizadas essas ações pelos Estados e municípios. Nasceram nos municípios do Brasil, imitando o que acontecia no mundo, as equipes de APS construída por três profissionais, principalmente: o médico, o enfermeiro e a nova categoria denominada agentes comunitários de saúde (ACS). Os debates continuavam e as experiências e modelos práticos acontecendo pelo país (CARVALHO, 2013).

A partir da Constituição de 1988 o Brasil passou a vivenciar um novo cotidiano na política pública de saúde, por meio da instituição do SUS. Além do próprio texto constitucional, outros documentos normativos e regulamentadores definiram e ainda continuam modelando o funcionamento do SUS, dentre os quais destacam-se, no âmbito jurídico-institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080/90 e 8142/90), o Decreto nº 99.438/90, as Normas Operacionais Básicas editadas em 1991, 1992, 1993 e 1996, as Normas Operacionais da Assistência à Saúde de 2001 e 2002, o Pacto pela Saúde de 2006, o Decreto 7.508 de 2011, o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) a Programação Pactuada e Integrada (PPI) a CIR e a CIES (BRASIL, 1998a).

A proposta estrutural e de funcionamento do SUS foi concebida paralelamente a outras reformas setoriais nas décadas de 1980 e 1990. O indicativo de atenção universal, baseada na concepção da saúde como direito da cidadania e dever de Estado, se consolidou como dinâmica das reformas mundiais (ALMEIDA, 2002).

Os princípios e diretrizes que norteiam o SUS incluem, a universalidade, integralidade e descentralização das ações, que para se tornarem efetivas demandavam a expansão da força de trabalho, gerando inclusive a criação de estratégias específicas de atenção à saúde (FORTES, 2009).

Nesse sentido, o SUS foi idealizado para funcionar com um sistema hierarquizado, ou seja, composto de várias unidades interligadas, cada qual com suas tarefas a cumprir. Num primeiro nível, estão os centros de saúde (unidades básicas de atenção primária à saúde), os quais compõem a APS; em seguida, há outros estabelecimentos de saúde que ofertam serviços mais complexos, como as policlínicas, hospitais e unidades de pronto-atendimento, os quais compõem a atenção secundária e terciária de saúde. Quando necessário, esses diferentes níveis de atenção à saúde poderão encaminhar os pacientes para atendimento mais apropriado, seja da APS para os níveis mais complexos ou vice-versa (CAMPOS, 2007).

Assim, o SUS tornou-se um sistema integrado de atenção à saúde, garantido pelo Estado brasileiro, com estrutura própria para a gestão do seu desenvolvimento. Nesse caso, a gestão federal do SUS foi atribuída ao MS, que conta com a participação das Secretarias de Saúde Estaduais (SES) e Municipais (SMS), além dos centros de pesquisas sobre saúde, também integrantes do sistema (BRASIL, 1998b).

Quanto ao financiamento da política de saúde brasileira, o SUS também foi marcadamente diferenciado das condições anteriores. Pela primeira vez, o gasto público em saúde deixa de ser financiado pela contribuição de empregados e empregadores e passa a ser por impostos dos três níveis de governo e contribuições sociais arrecadadas pelo nível federal, verbas do tesouro nacional e do orçamento da união que é destinado à saúde (3%) e recursos da seguridade social (30%), que constituem o fundo nacional da saúde. Esses recursos são divididos em duas partes: uma é para o investimento e custeio das ações federais e a outra é repassada para as SES e as SMS, de acordo com critérios definidos em função da população, necessidade de saúde e rede assistencial (VIANA; MACHADO, 2008).

No aspecto operacional do cotidiano do SUS, cabe aos próprios municípios destinar a parte adequada de seu próprio orçamento para as ações e serviços de saúde de sua população e gerir os recursos federais e estaduais repassados a ele para o custeio das ações e serviços de saúde de âmbito municipal.

Já no início do século XXI o MS, gestor federal do SUS, passou por modificações que objetivaram a diminuição da fragmentação no comando das ações de atenção à população brasileira. Exemplo disso foi a decisão política de unificar secretarias do órgão federal que

tinham propósitos idênticos. Tudo isso contribuiu para a consolidação de ações coordenadas nos vários campos de atenção à saúde (PIRES, 2007; VIANA; MACHADO, 2008).

### 2.1.1 A atenção primária à saúde no Brasil

A APS é uma forma de organização dos serviços de saúde que responde a um modelo assistencial, por meio da qual se busca integrar todos os aspectos desses serviços, e que tem por perspectiva as necessidades de saúde da população. Em sua forma mais desenvolvida, a APS, ou atenção básica como também é denominada no Brasil, é o primeiro contato com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população ao longo do tempo e busca proporcionar equilíbrio entre as duas metas de um sistema nacional de saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos (STARFIELD, 2002).

Assim, os esforços para a organização e desenvolvimento da atenção primária à saúde devem apontar para o redirecionamento do modelo de atenção, buscando a integralidade da assistência no âmbito de um sistema que é constituído por uma rede hierarquizada e regionalizada e resguardando, sempre, o preceito constitucional da autonomia do município no processo de descentralização e o cumprimento dos demais princípios - universalidade, equidade, integralidade, intersetorialidade e participação social - que norteiam o SUS (BRASIL, 2004a).

Por meio da Portaria 648/GM de 28 de março de 2006, o PSF se consolidou como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que hoje o MS denomina Atenção Primária, considerando a ESF prioritária para a organização do sistema de saúde do Brasil (MADEIRA, 2009).

O PSF foi criado em dezembro de 1993, em reunião convocada pelo gabinete do então ministro Henrique Santillo, e contou com o apoio de técnicos do Banco Mundial e da Organização Panamericana da Saúde (OPAS) (VIANNA; DAL POZ, 1998). Naquele momento, a proposição do PSF foi beneficiada pelo discurso anti-hospitalocêntrico, pela valorização das práticas de prevenção do Movimento Sanitário e pela crise financeira. O PSF passou a ser o modelo para um novo sentido às práticas de atenção, sendo sua ampliação a estratégia mais importante do governo federal para a ampliação da cobertura da atenção à saúde da população. A adesão municipal a essa orientação era estimulada por incentivos financeiros a municípios que adotassem o programa, agregados como incentivos aos repasses regulares do Piso de Atenção Básica (GERSCHMAN; SANTOS, 2006).

Com isso, ao longo da década de 1990 e início do século XXI, o expressivo crescimento da atenção ambulatorial básica e do PSF, hoje ESF, foi concomitante à diminuição relativa do financiamento de internações hospitalares e, em menor proporção, de procedimentos de média e alta complexidade (MATTOS; COSTA, 2003).

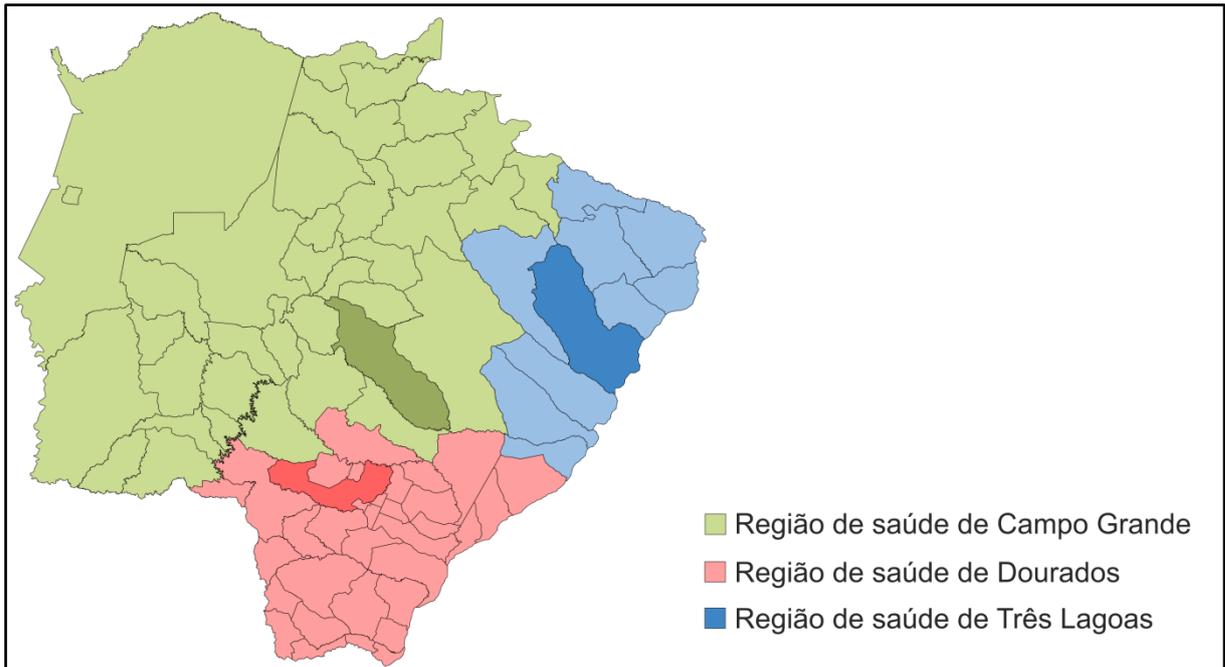
## 2.2 A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

No estado de Mato Grosso do Sul a discussão de formas de impulsionar o processo de municipalização e organização de ações e serviços em redes regionalizadas e hierarquizadas de assistência em sistemas funcionais de saúde vem sendo discutida desde o ano 2000. O Plano Estadual de Saúde aprovado no Conselho Estadual de Saúde em 16/10/2000, contempla em suas diretrizes a modernização e hierarquização da assistência à saúde com a criação de pólos regionais, com o objetivo de melhorar a capacidade de gestão do estado, bem como o aperfeiçoamento da gestão municipal com maior aporte de recursos financeiros repassados fundo a fundo e com a implantação de serviços estratégicos específicos (centrais de regulação, rede de urgência e emergência, hemorrede, atendimento à gestante de risco, entre outros) (PEREIRA, 2004).

Na tentativa de melhorar as condições de gestão do SUS, foram estabelecidas Regiões de Saúde, as quais, nos termos do Decreto 7.508/11, são definidas como o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

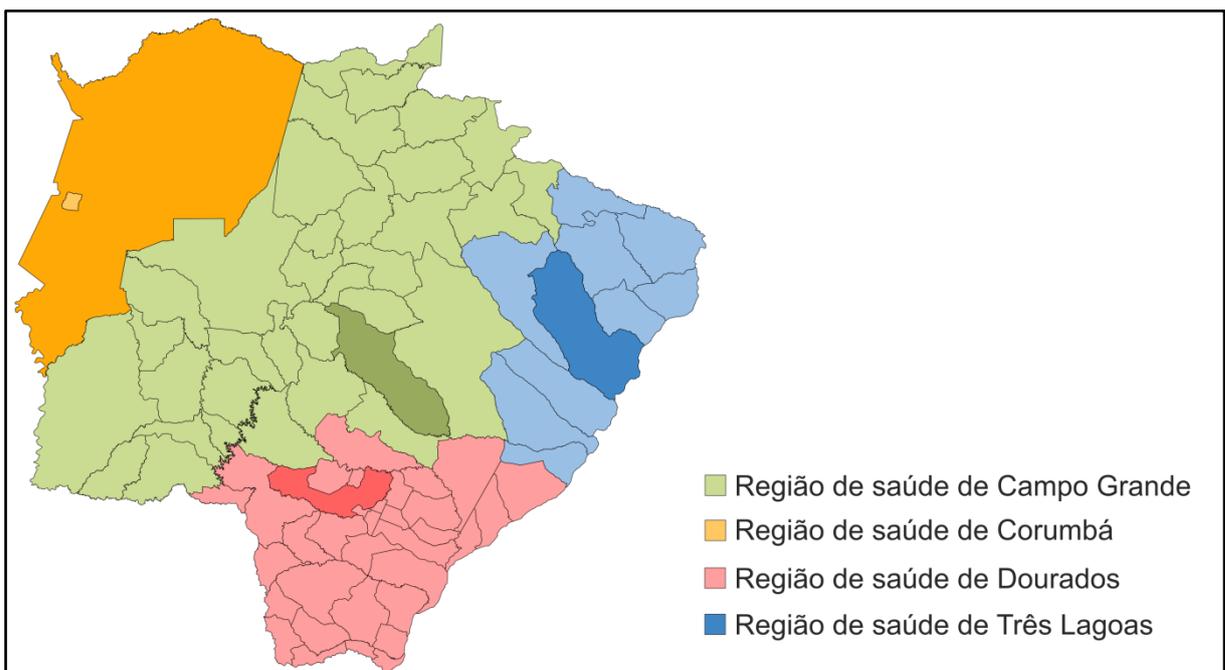
Dentre as propostas das políticas públicas do país, vale ressaltar a criação do PDR, Resolução n.075/SES/MS publicado no DOE n. 8061 de 03 de novembro de 2011, como uma proposta de integrar os três níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária), a fim de organizar as diferenças regionais, promovendo um planejamento integrado entre Estado e Municípios (MATO GROSSO DO SUL, 2011a; SILVA, 2012).

A proposta inicial na gestão de Mato Grosso do Sul, foi a criação de 3 regiões de saúde (Figura 1), que foi apresentada aos gestores municipais em seminário realizado em fevereiro de 2001, quando se reuniram 75 dos 78 secretários municipais de saúde do estado à época (PEREIRA, 2004).



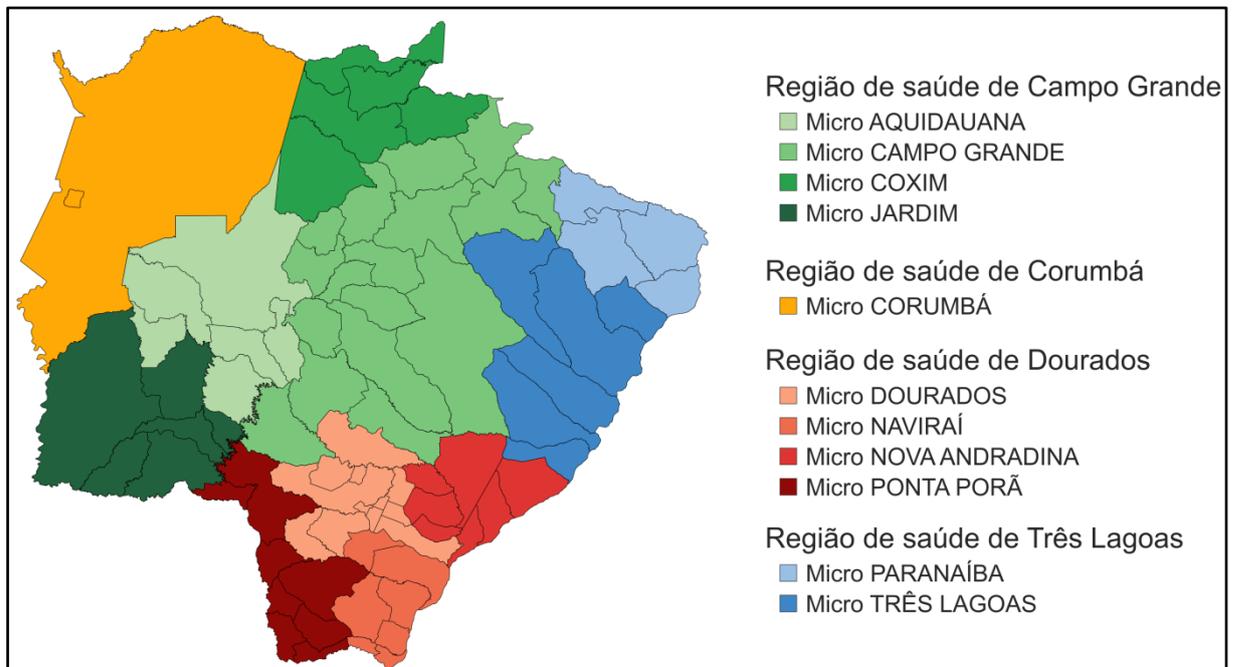
**Figura 1:** Divisão do estado de Mato Grosso do Sul por regiões de saúde, de 2001 a 2012.

A partir do ano de 2012, após novas discussões entre os gestores municipais de saúde e a gestão estadual, ocorridas na CIB, Mato Grosso do Sul passou a contar com 04 regiões de saúde, sendo elas: Campo Grande, Três Lagoas, Dourados e Corumbá (Figura 2). Esta decisão foi publicada na Resolução n. 058/SES/MS no DOE n.8.221 de 29 de Junho de 2012 (MATO GROSSO DO SUL, 2012).



**Figura 2:** Divisão do estado de Mato Grosso do Sul por regiões de saúde, a partir do ano de 2012.

Com essa nova configuração com 04 regiões de saúde, o estado de Mato Grosso do Sul passou a contar com 11 microrregiões de saúde e 23 módulos assistenciais, conforme descrito na Figura 3 (MATO GROSSO DO SUL, 2012).



**Figura 3:** Divisão do estado de Mato Grosso do Sul por microrregiões de saúde, a partir do ano de 2012.

O PDR, por se tratar de um documento de caráter técnico, descreve o contingente populacional de Mato Grosso do Sul da seguinte forma (MATO GROSSO DO SUL, 2011a):

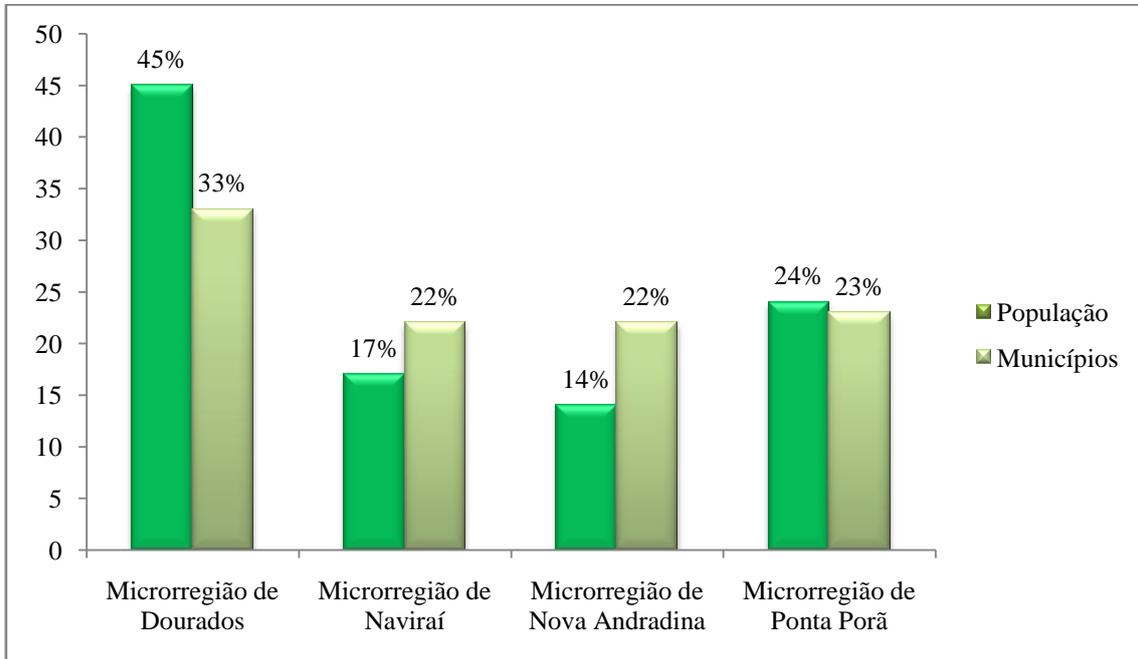
O estado possui 2.499.498 habitantes, distribuídos nas 4 regiões de saúde, sendo que Campo Grande possui 1.364.688 habitantes; Dourados possui 739.269 habitantes; Três Lagoas possui 272.221 habitantes e Corumbá possui 123.320 habitantes.

### 2.3 CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DE SAÚDE DE DOURADOS

A caracterização da região de saúde de Dourados por microrregiões foi uma tarefa árdua pela escassez de referencial teórico para esta descrição. Dessa forma, foi utilizada a fonte oficial governamental e única da assessoria de planejamento do estado, onde há a exposição dos diagnósticos microrregionais, disponíveis *on line* na página da secretaria do estado de saúde, justificando as fontes dos parágrafos seguintes.

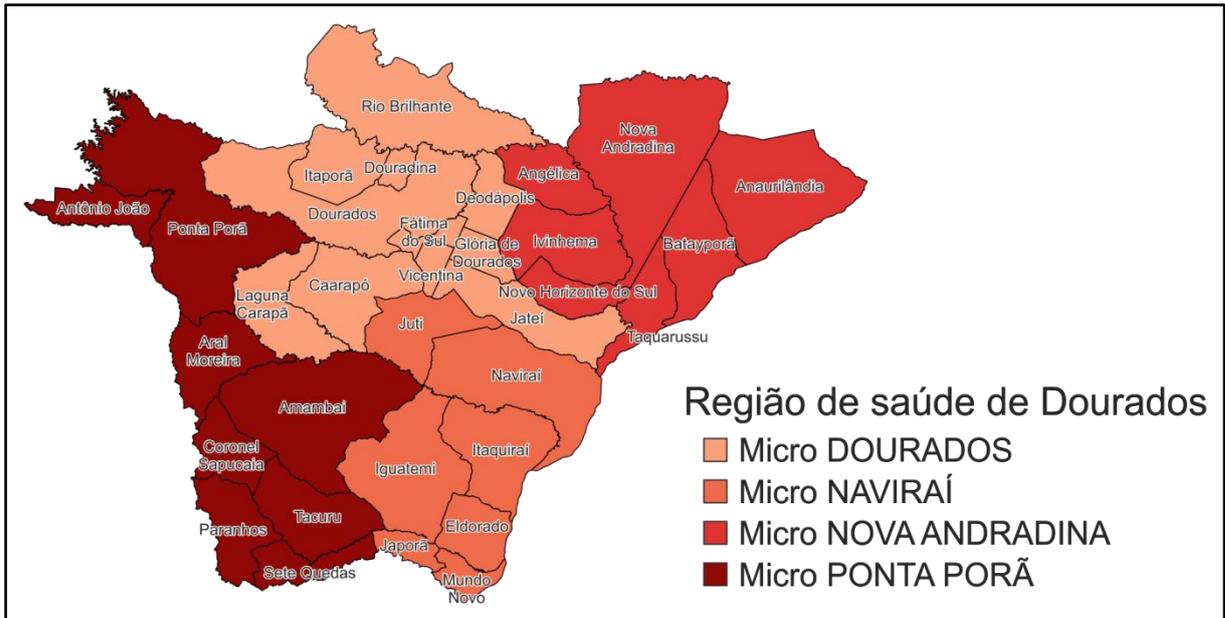
A região de saúde de Dourados, que é objeto do presente estudo, está localizada na porção meridional do estado e é composta por 4 microrregiões (Dourados, Naviraí, Nova Andradina e Ponta Porã), 9 módulos assistenciais e 33 municípios que somam uma população

de 739.269 habitantes, o que corresponde a 30% da população total do estado (PEREIRA, 2004; IBGE, 2010).



**Figura 4:** Descrição da porcentagem da população e quantidade de municípios por microrregiões na região de saúde de Dourados-MS.

A região faz fronteira com o estado do Paraná e com o Paraguai. É a região que possui o maior número de municípios adscritos e sua área ocupa 18,35% do território estadual. Também detém a maior densidade demográfica do estado: 9,82 hab/km<sup>2</sup>, conforme Figura 5 (PEREIRA, 2004; MATO GROSSO DO SUL, 2011a).



**Figura 5:** Região de saúde de Dourados, com suas quatro microrregiões, no estado de Mato Grosso do Sul.

Na região de saúde de Dourados, a microrregião que concentra o maior número de população é a de Dourados com 45%, seguida da microrregião de Ponta Porã com 24%, microrregião de Naviraí com 17% e a microrregião com menor concentração de habitantes é Nova Andradina com 14%.

Já em relação ao contingente de profissionais da APS na região de saúde de Dourados, os números são apresentados no Quadro 1.

**Quadro 1:** Distribuição percentual do contingente de profissionais de saúde da APS, na região de saúde de Dourados-MS.

Profissionais da APS	Microrregião de saúde de Dourados				TOTAL
	Dourados	Naviraí	Nova Andradina	Ponta Porã	
Nível Superior	47%	17%	16%	20%	100%
Nível Médio	47%	17%	16%	20%	100%
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	42%	16%	18%	24%	100%

**Fonte:** (BRASIL, 2013).

### 2.3.1 Caracterização da microrregião de saúde de Dourados

É composta por 11 municípios, 33% da concentração de municípios da região de saúde de Dourados e possui uma população estimada em 336.198 habitantes, o que representa 14% da população total do Estado, sendo composta pelos municípios de Caarapó, Douradina, Itaporã, Laguna Carapã, Rio Brilhante, Deodápolis, Fátima do Sul, Glória de Dourados, Jateí,

Vicentina e Dourados, que é sede e tem uma população de 200.729 habitantes, e possui o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) variando entre 0,71 à 0,78 entre esses municípios (IBGE, 2010).

A microrregião de Dourados concentra 45% dos profissionais da APS da região sul do estado, tendo 47% dos profissionais de nível médio e superior respectivamente e 42% de ACS.

As redes de apoio laboratoriais na microrregião de Dourados, contam com a participação de algumas cidades como Caarapó, que possui três laboratórios privados que prestam serviços ao SUS; Vicentina que possui apenas serviço terceirizado e atraso de aproximadamente 15 dias para entrega dos resultados e Deodápolis que possui déficit de servidores, sendo realizadas as coletas e encaminhadas para o laboratório central de saúde pública (LACEN) todos os exames da Vigilância Sanitária e controle de qualidade da água para consumo humano (MATO GROSSO DO SUL, 2011b).

O município de Dourados possui Serviço de Atendimento Especializado e o Centro de Testagem e Aconselhamento (SAE/CTA), que realiza diagnóstico de sífilis e sorologia de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Hepatites B e C. Carga viral, CD4/CD8 e genotipagem são enviados ao LACEN. Possui também o Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), que realiza o teste rápido para o diagnóstico de Leishmaniose canina e o Programa de Controle de Tuberculose e Hanseníase que atende as três Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as 42 equipes de ESF (MATO GROSSO DO SUL, 2011b).

O laboratório do hospital universitário atende todos os municípios da microrregião, quando necessitam de exames referentes à Portaria/ GM nº 104 de 25 de janeiro de 2011, que define a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória, e que não realiza em seu município, os enviam ao LACEN, e os resultados são emitidos via sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) *on line* (MATO GROSSO DO SUL, 2011b).

A rede de atenção especializada do município de Dourados conta com a maior concentração de serviços especializados, por ser sede da microrregião, porém cinco dos onze municípios vêm conseguindo gradativamente melhorar a capacidade de fixação de profissionais especialistas, destacando-se Caarapó, Itaporã, Fátima do Sul, Vicentina e Rio Brillante (MATO GROSSO DO SUL, 2011b).

Na microrregião, a rede de apoio hospitalar conta com 06 Hospitais de Pequeno Porte, 02 municípios são contratualizados como Hospitais Filantrópicos do SUS e 02 municípios com contratualização estadual. O município de Deodápolis conta com um Hospital privado

com contrato por produção. No município de Dourados há cinco Hospitais que atendem o SUS, quatro não estão contratualizados, sendo utilizada forma de contratualização própria do município. Apenas o município de Douradina não possui hospital. Considerando-se os parâmetros da Portaria GM/MS nº 1.101/02, faltam em média, 348 leitos hospitalares para a microrregião (MATO GROSSO DO SUL, 2011b).

A principal causa de internação hospitalar, dentre aquelas que são consideradas como sensíveis à atenção primária à saúde, foi a pneumonia, com predominância em menores de 5 anos (37,5%) e em idosos (33,1%) (MATO GROSSO DO SUL, 2011b).

### 2.3.2 Caracterização da microrregião de saúde de Naviraí

É composta por 7 municípios, 17% da concentração dos municípios da região de saúde de Dourados, com uma população total na microrregião de 122.821 habitantes, o que representa 5% da população total do Estado sendo composta pelos municípios de Eldorado, Iguatemi, Itaquiraí, Japorã, Juti, Mundo Novo e a sede Naviraí, com uma população de 50.692 habitantes, sendo que os municípios apresentam IDH abaixo da média estadual, com o município de Japorã com o pior IDH (0,636), ocupando o último lugar no ranking estadual e Mundo Novo registrando o melhor IDH da microrregião (0,761), ocupando o 20º lugar no ranking estadual (IBGE, 2010).

A microrregião de Naviraí concentra 16% dos profissionais da APS da região sul do estado, tendo 17% dos profissionais de nível médio e superior respectivamente e 16% de ACS.

Possui na sede da microrregião que é Naviraí o Centro de Especialidades Médicas (CEM), que é unidade de referência para a microrregião em algumas especialidades, contando com atendimentos em oftalmologia, cardiologia, psiquiatria, ortopedia (colocação de gesso) e ginecologia (colposcopia, cauterização, cirurgia de alta frequência (CAF)) e exames como ultrassonografia e Raio-X (MATO GROSSO DO SUL, 2011b).

Os 07 municípios da microrregião de Naviraí possuem 179 leitos disponíveis ao SUS, apenas o município de Japorã não possui hospital (MATO GROSSO DO SUL, 2011b).

O perfil da morbidade hospitalar por causa e faixa etária observado é de pneumonias, complicações da gravidez e/ou parto, doenças do aparelho urinário e doenças infecciosas intestinais, sendo as principais causas de mortalidade registradas infarto agudo do miocárdio (idosos), diabetes (idosos), pneumonia (crianças e idosos), Acidente Vascular Cerebral (AVC)

(idosos), hipertensão arterial (idosos), disparo por arma de fogo (adolescentes e adultos jovens) (MATO GROSSO DO SUL, 2011b).

### 2.3.3 Caracterização da microrregião de saúde Nova Andradina

É composta por 07 municípios, 22% da concentração de municípios da região de saúde de Dourados e uma população estimada em 102.763 habitantes, o que representa aproximadamente 4,0% da população total do Estado, sendo composta pelos municípios de Angélica, Anaurilândia, Batayporã, Ivinhema, Novo Horizonte do Sul, Taquarussu e Nova Andradina, sendo este último o município sede, com uma população de 50.010 habitantes. O município de Batayporã possui o menor IDH (0,684), ocupando o 71º lugar no ranking Estadual e o município de Nova Andradina o melhor IDH (0,721), ocupando o 6º lugar no ranking do Estado (IBGE, 2010).

A microrregião de Nova Andradina concentra 17% dos profissionais da APS da região sul do estado, tendo 16% dos profissionais de nível médio e superior respectivamente e 18% de ACS.

Apesar do município de Nova Andradina ser sede da microrregião, o laboratório atende apenas seu município. Os demais municípios quando necessitam de exames referentes à Portaria/GM Nº 104 de 25 de janeiro de 2011, enviam ao LACEN, e os resultados são emitidos via sistema GAL *on line*, como os demais municípios da região de saúde de Dourados (MATO GROSSO DO SUL, 2011b).

A microrregião de Nova Andradina possui uma rede de serviços especializados limitada, porém em expansão, concentrada na média complexidade ambulatorial, especialmente na área de diagnóstico (Ultrassom, Mamografia, Endoscopia, Tomografia e Oftalmologia), todos concentrados no município sede sem grande impacto como referência para a microrregião. Conta com o Centro de Especialidades Médicas (CEM), o Centro de Referência Saúde da Mulher, o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e o Centro Regional de Reabilitação no município de Nova Andradina, que ofertam atendimentos para os demais municípios da microrregião (MATO GROSSO DO SUL, 2011b).

A microrregião dispõe de 107 leitos hospitalares ofertados ao SUS. O município de Ivinhema possui um hospital privado com 09 leitos cadastrados no SUS, que será descredenciado após conclusão da reforma do Hospital Municipal. O município de Nova Andradina possui 02 hospitais privados e 01 hospital regional (Fundação Estatal de Direito Privado) que iniciou suas atividades em janeiro de 2011 (MATO GROSSO DO SUL, 2011b).

O perfil da morbidade hospitalar por causa e faixa etária observado na microrregião de Nova Andradina em menores de 5 anos é de pneumonia, diarreia/gastroenterite e asma; em idosos é de pneumonia, insuficiência cardíaca e hipertensão arterial; e em adolescentes a principal causa de internação é por complicações da gravidez e/ou parto (MATO GROSSO DO SUL, 2011b).

As principais causas de mortalidade registradas na microrregião foram: Infarto do Miocárdio, AVC, Diabetes, Doença Cardíaca Hipertensiva, Câncer de pulmão, Hipertensão Essencial e Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (MATO GROSSO DO SUL, 2011b).

#### 2.3.4 Caracterização da microrregião de saúde de Ponta Porã

É composta por 08 municípios, 23% da concentração de municípios da região de saúde de Dourados e uma população total na microrregião de 177.487 habitantes, o que representa 7% da população total do Estado, sendo composta pelos municípios de Amambai, Antônio João, Aral Moreira, Coronel Sapucaia, Paranhos, Sete Quedas, Tacuru e Ponta Porã, sendo este último o município sede com uma população de 85.251 habitantes. Todos os municípios da microrregião apresentaram IDH abaixo da média do Estado de 0,70 (IBGE, 2010).

A microrregião de Ponta Porã concentra 22% dos profissionais da APS da região sul do estado, tendo 20% dos profissionais de nível médio e superior respectivamente e 24% de ACS.

Na microrregião de Ponta Porã há maior concentração de serviços especializados no município sede Ponta Porã, enquanto o município de Amambai se caracteriza como o segundo a oferecer variedades de especialidades (MATO GROSSO DO SUL, 2011b).

O município sede da microrregião, que é Ponta Porã, oferece os serviços de otorrinolaringologia, dermatologia, ortopedia, gastroenterologia, angiologia, cirurgia geral, neurologia, nutrição, fonoaudiologia, saúde do trabalhador, fisioterapia, saúde da mulher gestação de alto risco, colposcopia, CAF, ultrassonografia, Raio RX, CEO, além de realizar análises clínicas para atender a atenção primária à saúde, o Hospital Regional, o SAE o Serviço de Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária (MATO GROSSO DO SUL, 2011b).

A microrregião conta com 09 hospitais de pequeno porte, sendo todos públicos. O hospital municipal de Ponta Porã possui 101 leitos, presta atendimento de urgência e emergência de média complexidade e internação nas áreas de clínica médica, clínica cirúrgica, obstetrícia e pediatria. Não há leito de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) na

unidade hospitalar. Considerando-se os parâmetros da Portaria GM/MS n° 1.101/02, faltam em média, 263 leitos hospitalares para a microrregião. Os casos graves são encaminhados via central de regulação, para a capital Campo Grande e para a sede da região de saúde que é o município de Dourados (MATO GROSSO DO SUL, 2011b).

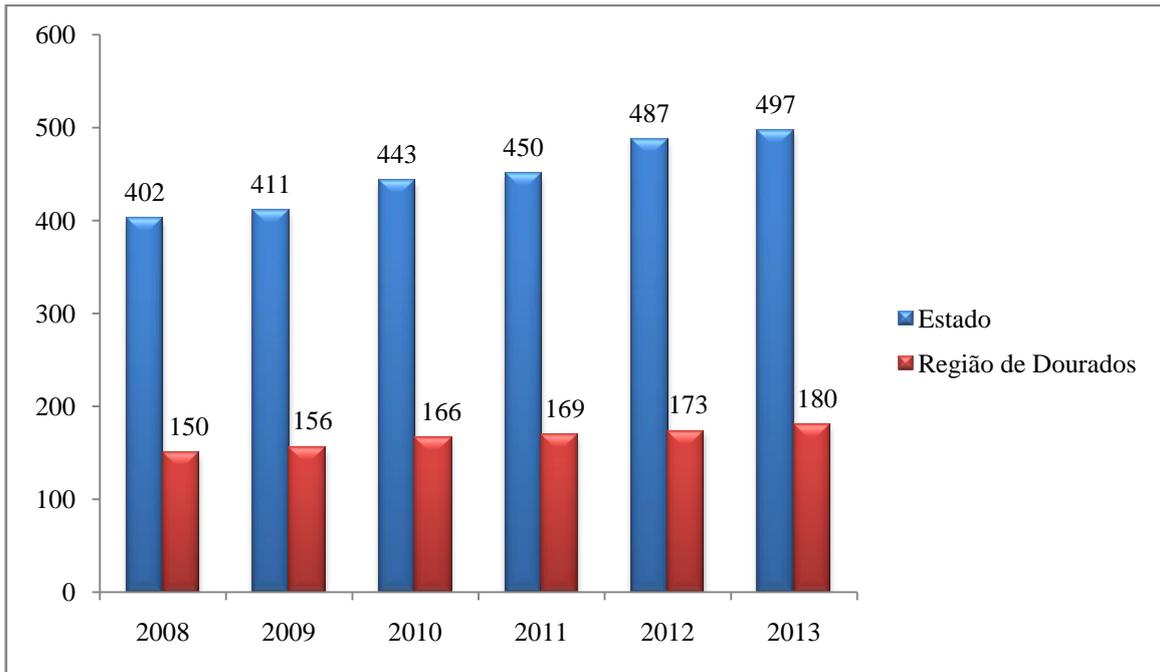
O perfil da morbidade hospitalar por causa e faixa etária observado na microrregião de Ponta Porã é de doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias, causas externas e doenças do aparelho circulatório (MATO GROSSO DO SUL, 2011b).

As principais causas de mortalidade registradas na microrregião foram: infarto agudo do miocárdio (idosos), agressão e disparo arma de fogo (adolescentes e adultos jovens), AVC (idosos). Diabetes (idosos), pneumonia (idosos) e diarreia (crianças) (MATO GROSSO DO SUL, 2011b).

#### 2.4 TRAJETÓRIA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM MATO GROSSO DO SUL

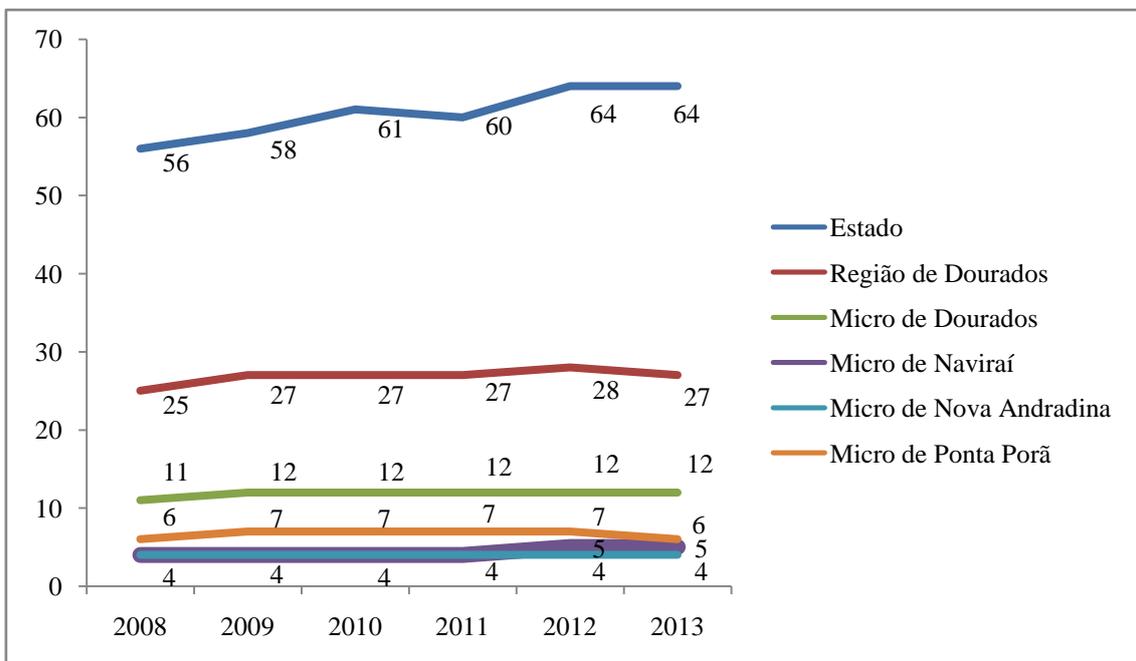
O PSF foi implantado em Mato Grosso do Sul em 1998, com apenas 07 equipes credenciadas pelo MS em 06 municípios e 20.700 pessoas atendidas, o que correspondia, à época, a cerca de 1,05% da população coberta no estado. No ano de 2013, já chamada de ESF, havia 497 equipes implantadas nos 78 municípios do estado e 1.606.747 de população coberta, uma porcentagem de 64,14% do estado (BRASIL, 1998c).

A Figura 6 tem uma representação da evolução do número de equipes de estratégia de saúde da família, implantadas pelo MS no estado de Mato Grosso do Sul em relação aos municípios da região de saúde Dourados-MS, comparativamente com os dados estaduais.



**Figura 6:** Evolução do número de equipes de ESF implantadas em Mato Grosso do Sul e na região de saúde de Dourados, no período de 2008 a 2013.

A Figura 7 apresenta a porcentagem da população coberta pelas equipes de ESF em relação Estado, na região e por microrregião de saúde de Dourados-MS.



**Figura 7:** Porcentagem da população coberta pelas equipes de ESF em relação Estado, na região e por microrregião de saúde de Dourados-MS.

Observa-se que a cobertura de ESF na região de saúde de Dourados é relevante por representar de 25% a 27% de toda cobertura existente no estado, que por sua vez teve uma evolução de cobertura de 56% a 64% no mesmo período estudado.

Considerando que a informação é a base para o planejamento de uma equipe de trabalho (Franco, 2012), entende-se que o conhecimento histórico e a caracterização das condições estudadas permite identificar de forma mais adequada os riscos existentes em determinada localidade, além de evidenciar as tendências necessárias à atenção à saúde da população. Com isso, é possível otimizar os resultados das intervenções, evitando o desperdício de tempo e esforços em ações pouco efetivas.

## 2.5 INDICADOR SÓCIO-DEMOGRÁFICO DE SAÚDE

Constamos o subsídio do indicador demográfico que é uma forma de organização dos dados de: população; razão entre os sexos; crescimento populacional; taxa de fecundidade; taxa bruta de natalidade; mortalidade proporcional por idade em menores de um ano; esperança de vida ao nascer; índice de envelhecimento, entre outros, que nos permite conhecer as características de uma determinada população e sua evolução ao longo do tempo no território, sendo essas ferramentas utilizadas para identificar, monitorar, avaliar ações e tomadas de decisões (FRANCO, 2012).

### 2.5.1 O índice de desenvolvimento humano

O conceito de Desenvolvimento Humano parte do pressuposto de que para aferir o avanço na qualidade de vida de uma população é preciso ir além do viés puramente econômico e considerar outras características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade da vida humana. Esse conceito é a base do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e do Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH), publicados anualmente pelo PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) (PNUD, 2014).

O IDH é um índice que serve de comparação entre os países, com objetivo de medir o grau de desenvolvimento econômico e a qualidade de vida oferecida à população, que é calculado com base em dados econômicos e sociais, sendo que os valores vão de 0 (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total). Dessa forma, quanto mais próximo de 1, mais desenvolvido é o país. Este índice também é usado para apurar o

desenvolvimento de cidades, estados e regiões. O relatório anual de IDH é elaborado pelo PNUD, órgão da ONU (Organizações das Nações Unidas) (PNUD, 2014).

No cálculo do IDH são computados os seguintes fatores: educação (anos médios de estudos), longevidade (expectativa de vida da população) e Produto Interno Bruto (PIB) per capita.

Conforme o PNUD, a classificação do IDH deve ser feita da seguinte forma:

- 25% do menor IDH - desenvolvimento humano baixo (geralmente países pobres).
- 25% acima dos países de menor IDH - desenvolvimento humano médio (geralmente países em processo de desenvolvimento).
- 25% abaixo dos países de melhor IDH - desenvolvimento humano alto (geralmente países em rápido processo de crescimento econômico - emergentes).
- 25% acima dos países de melhor IDH - desenvolvimento humano muito alto (geralmente países ricos e bem desenvolvidos).

No contexto dos RDH, o IDH se propõe a municiar aos elaboradores de políticas um cenário básico do nível de desenvolvimento humano de seus países. Para que o IDH fosse um instrumento efetivo de sinalização do desenvolvimento humano, dois princípios foram instituídos: que o IDH se mantenha simples para propiciar uma ampla compreensão, e que se baseie em dimensões fundamentais do desenvolvimento humano (PNUD, 2014).

Raworth e Stewart (S/D) dizem que o IDH terá interesse e utilidade aos gestores, responsáveis pela formulação de políticas públicas, caso apresentem algumas características, dentre as quais os autores destacam:

- uma alternativa ideológica ao PIB,
- uma medida do estoque de desenvolvimento humano,
- uma ferramenta para objetivos de planejamento focalizados (quando desagregados nacionalmente por região/gênero/etnia), e
- um reflexo do impacto de suas políticas.

De acordo com dados de 2012, o IDH do Brasil é 0,730 (85º entre 187 países). Embora apresente deficiências no sistema educacional, o IDH do Brasil é considerado de alto desenvolvimento humano, pois o país vem apresentando bons resultados econômicos e sociais. No estado de Mato Grosso do Sul o IDH é o 10º entre os estados da federação, a expectativa de vida tem aumentado, colaborando para a melhoria do índice nos últimos anos (IBGE, 2010).

Sabendo dessas características do IDH, entende-se que a melhora nas condições de vida da população passa, necessariamente, pela melhora na qualidade dos serviços públicos oferecidos. Com isso, é possível fazer uma ligação entre o indicador de desenvolvimento humano e a necessidade de adequada formação dos profissionais que irão atender a população, por meio das políticas públicas de saúde. Nesse sentido, a educação permanente em saúde também está direcionada à melhora das condições de vida da população, fato este que permite uma análise entre variáveis relacionadas à formação profissional e o IDH de determinados grupos populacionais.

## 2.6 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Como forma de implementação e reestruturação do sistema de saúde brasileiro, foi criada em 2003 pelo MS, a Política de Gestão do Trabalho, com o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, por meio da Portaria GM/1.430/2003, que inclui, por sua vez, a criação no mesmo ano, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), ligada ao Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho (DEGERTS), que está organizado em duas coordenações gerais: Ações Estratégicas em Educação na Saúde, que atua no campo da educação superior nas profissões de saúde e Ações Técnicas em Educação na Saúde, voltada para a educação profissional dos trabalhadores da saúde (FORTES, 2009).

Para a implementação das ações de educação permanente que já eram desenvolvidas no âmbito do SUS, a PNEPS foi consolidada pelo MS por meio da Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007). Desde esse período, a proposta é que todas as ações de educação permanente sejam voltadas à transformação das práticas profissionais, a fim de aproximar os princípios e diretrizes do SUS com o serviço prestado à população.

Para diferenciar as propostas de Educação Permanente e Profissional, que são assim divididas nas portarias de financiamento da PNEPS, o decreto 5.154, de 23 de julho de 2004, traz a educação profissional em saúde como sendo a formação inicial ou continuada, a formação técnica média e a formação tecnológica superior (BRASIL, 2004b).

A educação profissional pode ser realizada em serviços de saúde desde sua formação inicial até as instituições de ensino com formação técnica e tecnológica. Sendo a formação técnica a forma de ensino integrado, concomitante ou subsequente ao ensino médio (BRASIL, 2004b).

A educação profissional em saúde de nível técnico, para o nível médio tem o desafiador papel de praticar três princípios básicos que são a educação problematizadora, a humanização e a integralidade do SUS, a fim de formar trabalhadores com potencial crítico, reflexivo e criativo, considerando o tácito e importante conhecimento, através da experiência ocupacional acumulada (PEREIRA; LIMA, 2009).

Tem o objetivo de adaptar os trabalhadores ao mercado de trabalho, lutando por uma educação e saúde que possa por fim, construir uma sociedade mais humana e solidária (PEREIRA; RAMOS, 2006).

Já a educação permanente é caracterizada pelo Ministério da Saúde como a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano do serviço. Propondo que os processos de capacitação dos trabalhadores em saúde, partam da necessidade das pessoas e população, a fim de transformar as práticas de trabalho (BRASIL, 2004c).

A educação permanente é uma estratégia que possibilita construir um novo estilo de formação, através da integração dos docentes das instituições de ensino e o profissional, atendendo as necessidades desses trabalhadores que constroem sua própria história (OLIVEIRA, 2007).

Seguindo a mesma concepção teórica, Ceccim e Ferla (2009) indicam que a educação permanente em saúde constitui uma estratégia para transformações no cotidiano de trabalho, a fim de tornar espaços para a atuação crítica, reflexiva, compromissada e tecnicamente competente.

Corroborando as idéias citadas anteriormente, Cardozo (2010) descreve que a necessidade de mudança, transformação ou crescimento nasce da percepção de fazer ou pensar em algo insatisfatório ou insuficiente do cotidiano do trabalho que está em desacordo com as necessidades vividas ou percebidas individualmente, coletivamente ou institucionalmente.

Nessa perspectiva, nota-se que novas competências profissionais são necessárias aos trabalhadores da área da saúde. Para que isso ocorra, há dados indicando que o caminho mais apropriado é exatamente aquele proposto pela lógica da educação permanente em saúde, a qual prevê ações de caráter interdisciplinar, com o propósito de modificação dos processos de trabalho na busca de soluções para os problemas do cotidiano profissional (SAUPE; CUTOLO; SANDRI, 2008).

Para que haja efetividade da política de educação permanente, é necessário que ocorra construção de relações e processos que surgem no ambiente de trabalho, especialmente no

interior das equipes multiprofissionais, para que se desenvolva a atuação conjunta, desde as práticas organizacionais, da instituição e/ou o setor da saúde, às interinstitucionais e/ou intersetoriais, até as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde (CECCIM, 2005).

Sendo assim, é possível afirmar que a educação permanente em saúde corresponde à educação em serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica, submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar (LUZ, 2010). Além disso, preconiza-se o uso da pedagogia problematizadora e espera como resultados, a mudança institucional, a apropriação ativa do saber científico e o fortalecimento das ações em equipe (SAUPE; CUTOLO; SANDRI, 2008).

A educação permanente dos profissionais da APS é de responsabilidade conjunta das SMS e das SES nos estados, e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (BRASIL, 2006).

Os conteúdos mínimos da educação permanente devem priorizar as áreas estratégicas da atenção primária à saúde, acordadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), acrescidos das prioridades estaduais, municipais e do Distrito Federal (ARAÚJO, 2007).

Devem compor o financiamento da Educação Permanente recursos das três esferas de governo acordados na CIT e nas CIB. Os serviços de atenção primária à saúde deverão adequar-se à integração ensino-aprendizagem de acordo com processos acordados na CIT e nas CIB (SANTANA et. al, S/D).

No âmbito das SES, o papel de promover a capacitação e o desenvolvimento de recursos humanos na atenção primária à saúde, com ênfase em educação permanente, é uma das atribuições previstas para esse ator social, dentro da complexa organização do SUS (BRASIL, 2004a).

No estado de Mato Grosso do Sul, a Política de Educação Permanente em Saúde foi estruturada a partir do Plano Estadual de Educação Permanente 2008/2009. Com esse documento foram estruturados os CGR nas três regionais de saúde existentes à época no Estado de Mato Grosso do Sul (Dourados, Três Lagoas e Campo Grande), e também a CIES, como espaços de validação de demandas de educação permanente em saúde, viabilizando e constituindo a história mais recente da educação permanente no estado (MATO GROSSO DO SUL, 2009).

Quanto ao repasse financeiro, há a determinação da portaria 1.996 de 20 de agosto de 2007, onde define-se os recursos por estado, sendo pactuado em CIB que no Estado de Mato Grosso do Sul o valor destinado à Educação Permanente em Saúde será distribuído entre a

Secretaria Estadual de Saúde (40%) e as regiões de saúde (20% para cada) (MATO GROSSO DO SUL, 2013).

É importante salientar que o estado de Mato Grosso do Sul possuía uma organização política administrativa com três regiões de saúde na ocasião da Portaria 1996/2007. No entanto, no ano de 2012 houve a criação de mais uma região de saúde (Mato Grosso do Sul, 2011a), mas ainda não há registro de qualquer discussão oficial envolvendo essa nova região de saúde de Corumbá e a política de educação permanente em saúde (MATO GROSSO DO SUL, 2012).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Conhecer o desenvolvimento da Política de Educação Permanente na região de saúde de Dourados-MS e sua interação com a Atenção Primária, no período de 2008 a 2013.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar a atenção primária na região de saúde de Dourados no período de 2008 a 2013 em relação à implantação das ESF, porcentagem de cobertura e categoria profissional.
- Identificar os projetos de educação permanente em saúde, desenvolvidos na região de saúde de Dourados no período de 2008 a 2013.
- Descrever as características dos cursos identificados, quanto a carga horária, número de vagas, recursos investidos.
- Estudar a interface entre a Política de Educação Permanente em Saúde e a APS na região de saúde de Dourados.

## 4 METODOLOGIA

Realizada pesquisa documental com desenho quantitativo, descritivo, seccional, baseado em dados secundários (ANDRADE, 2013), sobre os projetos de educação permanente realizados de 2008 a 2013, na região de saúde de Dourados-MS.

A fonte de dados para as análises realizadas foram 72 atas do período de 30/03/07 à 03/12/2013 da CIR da região de saúde de Dourados-MS, contemplando assim todos os cursos realizados a partir de 2008 e 42 atas do período de 02/04/08 à 16/10/13 da CIES, no período de junho a dezembro de 2013, que são de domínio público e encontram-se disponíveis no *site* da SES de Mato Grosso do Sul. Além disso, também utilizou-se a base de dados da Escola Técnica do SUS (ETSUS) (MATO GROSSO DO SUL, 2013) e Escola de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul (ESP), especialmente para identificar o número de concluintes de cada projeto realizado, quando desenvolvidos pela ESP ou pela ETSUS, ambas vinculadas a Coordenadoria Estadual de Educação na Saúde (COES).

Todas as atas e base de dados mencionados anteriormente correspondem ao período de 2008 a 2013, as quais foram verificadas e delas extraídos especificamente os dados necessários para o alcance dos objetivos propostos para o presente estudo. Para isso, elaborou-se um instrumento para coleta dos dados (APÊNDICE A), o qual inclui variáveis relacionadas à caracterização do projeto em relação à abrangência geográfica; carga horária total do projeto; período de realização do projeto; público alvo; total de vagas disponibilizadas; município sede; municípios contemplados; valor (custo) utilizado para o desenvolvimento do projeto e número de concluintes.

Os critérios de inclusão para utilização dos dados foram os projetos que utilizaram recurso financeiro oriundo das portarias da educação permanente; projetos aprovados pela CIES e homologados pela CIB; projetos concluídos até 2013.

Os critérios para exclusão utilizados foram os projetos de educação permanente com dados incompletos, que não apresentaram, no mínimo, duas variáveis de interesse para o presente estudo, elencadas no instrumento para coleta de dados.

Os dados foram tabulados no programa *Excel for Windows*<sup>®</sup> e analisados pelo programa estatístico Epi-Info 7<sup>®</sup>.

Para a análise estatística do presente estudo, foram utilizadas variáveis que demonstrem de maneira quantitativa a real situação das microrregiões em relação a equipes; cobertura; profissionais de Ensino Superior; profissionais Técnicos e ACS.

As microrregiões estudadas foram Dourados, Naviraí, Nova Andradina e Ponta Porã.

Primeiramente foi realizado o teste de Correlação Linear entre as variáveis dos municípios (equipes, cobertura, profissionais do ensino superior, profissionais técnicos e agentes comunitários de saúde) e seus respectivos IDH, sendo que o teste foi realizado com 95% de confiabilidade.

Posteriormente, cada variável foi analisada por microrregião, descritivamente em relação ao índice de ocorrências para cada 10.000 habitantes e calculado o crescimento desse índice no período de análise, que foi entre 2008 e 2013. A criação do índice ocorrências para cada 10.000 habitantes foi feita para melhor visualização dos resultados em relação ao índice normalmente utilizado em percentual.

Em respeito aos preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme previsto na Resolução CNS 466, a pesquisa foi realizada após parecer favorável do comitê de ética em pesquisa com seres humanos com protocolo n.407.007. Por se tratar de estudo que utilizou apenas dados secundários, elaborou-se o Termo de Compromisso para utilização de informações de bancos de dados (ANEXO A).

## 5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram analisados os dados dos cadastros da ETSUS e da ESP, dos anos de 2008 à 2013, bem como utilizado relatório final de 2013 da educação permanente das referidas escolas, realizando um comparativo dessas informações com as 72 atas da CIR, no período de 30/03/07 à 03/12/2013 sendo utilizada desde a primeira reunião para contemplar todos os cursos realizados a partir de 2008 e 42 atas da CIES no período de 02/04/08 à 16/10/13, porém ambas foram inconclusivas, por não haver continuidade nas pautas no decorrer dos anos (MATO GROSSO DO SUL, 2013).

Nesta análise observou-se que os documentos relacionados à educação permanente em saúde reforçam a idéia de que a APS é o contato inicial da população com o sistema de saúde no país, sendo o responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e coletividade, a fim de proporcionar melhora à saúde da população e equidade na distribuição de recursos (STARFIELD, 2002).

Em Mato Grosso do Sul, a APS caminha de forma crescente, conforme observa-se na Tabela 1, que apresenta a quantidade relativa de equipes de saúde da família e percentual de cobertura populacional da ESF na região de saúde de Dourados-MS, com as respectivas taxas de crescimento entre 2008 e 2013.

**Tabela 1:** Quantidade relativa e percentual de variação das equipes de ESF e cobertura populacional da ESF na região de saúde de Dourados-MS, no período de 2008 a 2013.

Microrregião	Equipes		Cobertura	
	1/10.000	Δ (2008-2013)	Percentual	Δ (2008-2013)
Dourados	2,37	21,7%	95,9%	19,8%
Naviraí	2,25	7,4%	85,4%	8,8%
Nova Andradina	2,55	21,7%	91,8%	6,6%
Ponta Porã	1,95	15,6%	75,7%	-5,5%
<b>Média</b>	<b>2,27</b>	<b>17,9%</b>	<b>87,2%</b>	<b>7,4%</b>

A partir dos dados da Tabela 1, observa-se que a quantidade de equipes de ESF a cada 10.000 habitantes não é tão diferente entre as microrregiões estudadas, apenas com uma diferença na microrregião de Ponta Porã, que apresentou valor inferior às demais. Já em relação ao percentual de cobertura da ESF, a microrregião de Ponta Porã também ficou com valor inferior às demais.

Outro dado que chamou a atenção foi a variação negativa na cobertura populacional no período de 2008 a 2013 na microrregião de Ponta Porã. Esse dado diverge das demais microrregiões, que apresentaram variação positiva no mesmo período mencionado.

Quando se observa a cobertura populacional, as quatro microrregiões possuem cobertura acima de 70% de seu território, porém novamente a microrregião de Ponta Porã fica com percentual abaixo da média da região de saúde que é de 87,2% e uma variação negativa no período citado, que sinaliza um déficit de cobertura nesta microrregião, ou seja a evolução de ESF não acompanhou o desenvolvimento das demais microrregiões. Observa-se a maior expansão da cobertura de ESF na microrregião de Dourados 19,8%, seguida de Naviraí 8,8% e Nova Andradina 6,6%.

Não é possível afirmar com exatidão os problemas que houveram na microrregião de Ponta Porã, para a implementação das ESF, uma vez que este não foi objeto do presente estudo. No entanto, sabe-se que geralmente estão relacionados à dificuldade de substituir o modelo e a rede tradicional de atenção à saúde, proposta denominada pelo MS como de conversão de modelo, aspectos afetos à inserção e desenvolvimento de recursos humanos, e o monitoramento efetivo do processo e resultados da ESF, incluindo os instrumentos e estratégias de sua avaliação (RODRIGUES; RAMIRES, 2012).

De acordo com Franco e Merhy (1999) a ESF não encontra dificuldades de implementação em municípios de pequeno porte, com uma pequena ou nenhuma capacidade instalada, porém necessita de uma rede consolidada de assistência. Esse parece ser o caso da microrregião de Ponta Porã, na qual os municípios variam de 8.612 habitantes, em Antônio João, até 85.251 em Ponta Porã (IBGE, 2010). No entanto, essa microrregião não possui a esperada capacidade instalada, uma vez que tem déficit de 263 leitos hospitalares para a retaguarda das equipes de ESF, que é o que pode ter contribuído com esse índice negativo na variação de cobertura de ESF no período de 2008 a 2013 da microrregião de Ponta Porã, que possui os menores municípios da região de saúde de Dourados-MS.

Na Tabela 2 são apresentados os resultados referentes a quantidade de profissionais de ensino superior, técnico e ACS para cada 10.000 habitantes e suas respectivas variações entre o período de 2008 e 2013.

**Tabela 2:** Quantidade relativa e percentual de variação do número de profissionais vinculados à ESF por microrregiões, na região de saúde de Dourados-MS, no período de 2008 à 2013.

Microrregião	Ensino Superior		Técnicos		ACS	
	1/10.000	Δ (2008-2013)	1/10.000	Δ (2008-2013)	1/10.000	Δ (2008-2013)
Dourados	7,1	23,5	7,1	21,7	15,1	10,5
Naviraí	6,7	7,4	6,7	7,4	17,7	21,8
Nova Andradina	8,2	20	8,2	20	18,3	6,9
Ponta Porã	5,5	12,9	5,5	12,9	16,1	11,7
<b>Média</b>	<b>6,8</b>	<b>17,9</b>	<b>6,8</b>	<b>17,1</b>	<b>16,2</b>	<b>12,1</b>

Os dados apresentados na Tabela 2 indicam que em relação à cobertura dos ACS, não há uma grande diferença entre as microrregiões estudadas, ficando apenas a microrregião de saúde de Dourados apresentando a menor cobertura (15,1%) ACS para cada 10.000 habitantes e a microrregião de saúde de Nova Andradina é a que apresenta a maior oferta desta categoria profissional (18,3%).

Já a variação do número de ACS encontrada no período de 2008 a 2013 ocorreu de forma positiva em todas as microrregiões, apenas com a microrregião de Nova Andradina com um valor inferior às demais (6,9%).

Normalmente essa categoria profissional (ACS) é bastante frequente nas equipes de saúde da família, não apenas por fazer parte da equipe mínima da estratégia de saúde da família, mas porque esses profissionais fazem importantes intervenções com as famílias sobre cuidados com sua própria saúde e também com a saúde do coletivo (BRASIL, 1999). Com isso, a categoria profissional se destaca pelo vínculo estabelecido com a comunidade, tornando mais forte a relação entre trabalho e vida social (FERRAZ; AERTS, 2005).

Sendo esses profissionais o elo entre a equipe de saúde e a comunidade por eles assistida, a formação se torna fundamental pela amplitude do seu papel, de acordo com a realidade em que se está inserido. Deve-se considerar a percepção do ambiente e da cultura onde se vive, sendo claramente presente no desempenho de suas funções, pois essa visão fundamenta o fato de que a formação cultural influencia muitos aspectos da vida das pessoas, interferindo fortemente no processo de trabalho (MARZARI, 2011).

O trabalho em equipe favorece uma ação inter/transdisciplinar, que é imprescindível para o desenvolvimento de uma prática comunicativa orientada para o entendimento mútuo, sendo a abordagem integral dos indivíduos/famílias na ESF facilitada pela soma de olhares dos diversos profissionais, a fim de que a construção da integralidade se concretize, é necessário que os profissionais individualmente utilizem seu potencial criativo de forma

integrada com a equipe em um esforço coordenado para a produção e a promoção de seu cuidado em prol do usuário (VIEGAS; PENNA, 2013).

As práticas integrais da equipe multiprofissional têm como objetivo obter impactos sobre os fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro sendo ambos transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (ARAÚJO, 2007).

Faz-se necessário, portanto, o desenvolvimento de um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos na incorporação não apenas de novos conhecimentos, mas mudança na cultura e no compromisso com a gestão pública, que garanta uma prática pautada nos princípios da promoção da saúde (ALMEIDA, 2001).

Ainda em relação às informações da Tabela 2, quando analisados os dados referentes aos profissionais de nível superior e técnico, a microrregião de Ponta Porã é a que possui o menor número de profissionais, cerca 5,5 tanto de nível superior como técnico para cada 10.000, ficando a microrregião de Nova Andradina em primeiro lugar na oferta desses profissionais 8,2 para cada grupo de 10.000 habitantes, apesar de não concentrar um número elevado de especialidades e procedimentos de média complexidade. Dourados a seguir que é sede da região e concentra o maior número especialidades de média e alta complexidade, cerca de 7,1 profissionais para cada 10.000 habitantes, seguido da microrregião de Naviraí que é contribuinte com os demais municípios de sua microrregião no oferecimento de especialidades, porém concentra apenas 6,7 profissionais a cada 10.000 habitantes.

Já a variação encontrada destas categorias profissionais no mesmo período, ocorreu de forma positiva em todas as microrregiões, com destaque para a microrregião de Naviraí com a menor variação (7,4%) e Dourados com maior variação (21,7%). Isso indica que todas as microrregiões aumentaram o número de profissionais de nível médio e nível superior entre 2008 e 2013.

Contrariamente, a oferta de cursos voltados para a microrregião de Ponta Porã foi o mais elevado no período estudado, onde teoricamente cerca de 78% dos profissionais receberam a oferta para cursos, contra 60% da oferta de cursos aos profissionais das demais microrregiões, ou seja, podemos afirmar que houve investimento após a implantação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde na microrregião de Ponta Porã, exercitando o princípio da integralidade preconizado pelo SUS, onde deve-se considerar as necessidades específicas, ainda que em um grupo minoritário de pessoas de acordo com as necessidades, inclusive nos níveis de complexidade variado como é o caso de Ponta Porã,

bem como a equidade para melhorar as condições de saúde da população reduzindo as disparidades, buscando um equilíbrio (HORTA, 2009).

Albuquerque (2008) menciona que as categorias profissionais de nível superior e técnico geralmente recebem maiores investimentos na educação permanente, tal como ocorrido no presente estudo, onde podemos observar o investimento em qualificação profissional sendo contemplado na microrregião de Ponta Porã.

Destaca-se nesta microrregião supracitada uma cobertura menor de ESF, evidenciando um menor percentual que as demais microrregiões, inclusive com taxas negativas de variação entre 2008 e 2013, bem como o percentual de variação do número de profissionais vinculados à estratégia de saúde da família inferior, se comparado as demais microrregiões.

Não há como precisar o que ocorre em particular com esta microrregião em destaque, porém o que é possível evidenciar que há problemas no processo de trabalho, que precisam ser superados e esses podem estar relacionados a rotatividade de profissionais de saúde em função da fragilidade dos vínculos estabelecidos.

Essa fragilidade do vínculo impede o acolhimento, impossibilita o acesso às ofertas de ações e serviços adequados, contribuindo com a insatisfação do usuário. O vínculo entre profissional/paciente estimula a autonomia e a cidadania, promovendo ambas participações durante a prestação de serviço (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Segundo Campos (1997), o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Dessa forma, ao identificar uma situação em que uma possível rotatividade de profissionais de saúde na atenção primária está ocorrendo de forma sistemática, é preciso rediscutir o processo de trabalho e não apenas investir na realização de novos cursos para novos profissionais que estão naquela localidade.

Considerando que há um esperado aumento no número de habitantes com o decorrer dos anos, o que requer aumento no contingente de trabalhadores de saúde, é importante analisar a relação que alguns indicadores sociodemográficos têm com variáveis relacionadas à atenção primária, uma vez que esse nível de atenção é considerado o ordenador de todo o sistema de saúde.

Nesse sentido, o presente estudo realizou a correlação entre alguns indicadores relacionados à ESF e o IDH, conforme descrito na Tabela 3.

**Tabela 3:** Correlação entre IDH e equipes de saúde da família, cobertura populacional da ESF, profissionais de ensino superior, profissionais técnicos e ACS, na região de saúde de Dourados-MS.

Variável	IDH	
	Correlação	p
Equipes de Saúde da Família	0,121	0,502
Cobertura populacional da ESF	0,064	0,727
Profissionais - Ensino Superior	0,052	0,774
Profissionais Técnicos	0,052	0,774
Agentes Comunitários de Saúde	-0,143	0,427

Os dados da Tabela 3 indicaram que em nenhuma das variáveis analisadas houve correlação estatisticamente significativa. Tal informação permite afirmar que em nenhum dos casos a quantidade relativa de equipes, cobertura ou quantidade de profissionais nos municípios da região de saúde de Dourados interfere no IDH.

A opção pela análise do IDH decorreu do fato de que tal índice foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para ser um instrumento que permite fazer evidências sobre o desenvolvimento social de determinadas localidades, uma vez que são considerados três aspectos para a configuração do índice: conhecimento (obtido por meio da média de anos de estudo da população adulta e o número esperado de anos de estudos); saúde (calculado através da expectativa de vida ao nascer); renda (Renda Nacional Bruta (RNB) per capita).

O IDH tem sido bastante utilizado, inclusive no Brasil, e inspirado outros como o Índice de Condições de Vida (ICV). Desse modo, pode-se dizer que a questão da qualidade de vida diz respeito ao padrão que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar, consciente ou inconscientemente, e ao conjunto das políticas públicas e sociais que induzem e norteiam o desenvolvimento humano, as mudanças positivas no modo, nas condições e estilos de vida, cabendo parcela significativa da formulação e das responsabilidades ao denominado setor saúde (MINAYO, 2000).

O IDH se baseia na noção de capacidades, isto é, tudo aquilo que uma pessoa está apta a realizar ou fazer. Nesse sentido, o desenvolvimento humano teria, como significado mais amplo, a expansão não apenas da riqueza, mas da potencialidade dos indivíduos de serem responsáveis por atividades e processos mais valiosos e valorizados. Assim, a saúde e a educação são estados ou habilidades que permitem uma expansão das capacidades. Inversamente, limitações na saúde e na educação seriam obstáculos à plena realização das potencialidades humanas (PNUD, 2014).

Assim, ao correlacionar o IDH com as variáveis mencionadas, buscou-se obter, mesmo de forma indireta, uma constatação da influência que os indicadores da atenção primária têm com esse índice. Essa tentativa tem apoio no relato de Fiuza et al. (2012), que mencionam a importância da formação profissional, seja em nível de graduação ou educação permanente, na consolidação de um serviço de saúde de boa qualidade prestado à população. Os autores acrescentam ainda que a melhora na qualificação profissional refletirá em melhor processo de educação dos usuários do sistema de saúde, o que implicará em acréscimo no IDH da localidade onde tal condição ocorrer.

No entanto, no presente estudo a situação identificada foi um pouco diferente, uma vez que a mensuração dos indicadores de quantidade relativa de equipes, cobertura e quantidade de profissionais nos municípios da microrregião de saúde de Dourados não se correlacionaram com o IDH. É possível que tais indicadores não sejam suficientes para modificar as condições de desenvolvimento humano apontados pelo IDH, em função dos componentes desse índice não ficarem restritos às variáveis de análise no presente estudo.

Observou-se que após a implantação da Política de Educação Permanente em Saúde no estado de Mato Grosso do Sul, os primeiros cursos oferecidos com uso de recursos das portarias 37/2007, 23/2008, 12/2009, 16/2010 e 2.200/2011, foram cursos técnicos, visto que a ETSUS desenvolve a qualificação e formação de trabalhadores de nível médio, que atuam no SUS (MATO GROSSO DO SUL, 2013).

Na Tabela 4 está apresentada a relação de cursos obtidos a partir do levantamento de dados junto às duas escolas de formação profissional para o SUS em Mato Grosso do Sul e à secretaria estadual de saúde.

**Tabela 4:** Relação de cursos da política de educação permanente em saúde, desenvolvidos na região de saúde de Dourados-MS de 2008 a 2013.

<b>Cursos de Educação Permanente</b>	<b>Classificação</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Capacitação em Urgência e Emergência para Técnicos do PSF e Hospitais de Pequeno Porte	APS	-	1	-	-	-	-
Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial	AE/Gestão	-	1	-	-	-	-
Capacitação em Saúde Bucal em HIV/Hepatite	APS	-	-	1	-	-	-
Cuidador de Pessoas Idosas com Dependência	APS	-	-	1	-	-	-
Curso de pós-graduação em Assistência Farmacêutica	AE/Gestão	-	-	1	-	-	-
Curso de Formação de Facilitadores em Educação Permanente no Âmbito Hospitalar em Mato Grosso do Sul	AE/Gestão	-	-	1	-	-	-
Oficina de Atualização em Gestão do Trabalho	AE/Gestão	-	-	-	-	1	-
Oficina de Acolhimento	APS	-	-	-	-	1	-
Seminários sobre Observatórios da Saúde	AE/Gestão	-	-	-	-	1	-
Curso Nacional de Ativação para o Desenvolvimento da Prática do Controle Social no SUS-QUALICONSELHOS	AE/Gestão	-	-	-	-	-	1
<b>Cursos de Educação Profissional</b>							
Técnico de Enfermagem (complementação-Módulo III)	APS	-	-	2	3	2	1
Técnico em Imobilização Ortopédica	AE/Gestão	-	-	-	1	1	-
Técnico de Enfermagem (completo-Módulo I, II, III)	APS	-	-	-	1	-	3
Técnico em Saúde Bucal	APS	-	-	-	2	-	-
Técnico em Hemoterapia	AE/Gestão	-	-	-	-	-	1

\*APS: Cursos voltados à Atenção Primária à Saúde, conforme a ementa do projeto.

\*AE/Gestão: Cursos voltados à Atenção Especializada e/ou gestão, conforme a ementa do projeto.

Observa-se que a Tabela 4 traz a descrição dos cursos oferecidos pela política de educação permanente no período de 2008 a 2013, na região de saúde de Dourados-MS. Nota-se certa diversidade de tipos de cursos, os quais variam de projetos mais curtos até pós-graduações para nível superior e cursos técnicos para profissionais de nível médio.

Com este panorama podemos evidenciar que 67% dos cursos foram voltados para educação permanente em saúde propriamente dita, onde esta é vista como estratégia para construção de um novo estilo de formação, atendendo as necessidades desses trabalhadores que constroem sua própria história constituindo uma estratégia para transformações no

cotidiano de trabalho, a fim de tornar espaços para a atuação crítica, reflexiva, compromissada e tecnicamente competente (CECCIM; FERLA, 2009; OLIVEIRA, 2007).

Destes cursos da educação permanente 60% foram direcionados à atenção especializada e/ou gestão, restando 40% para o público da atenção primária em saúde, limitando assim as transformações das práticas de construção coletiva, que são os modelos preconizados que por sua vez é a grande ordenadora do serviço de saúde no SUS.

Para a educação profissional a oferta da Política de Educação Permanente no Estado foi de 33%, desses 60% foram voltados para atender os profissionais da atenção primária em saúde, contra 40% deles voltados a gestão e/ou atenção especializada.

Podemos afirmar que a educação profissional em saúde de nível técnico, para o nível médio tem o desafiador papel de praticar três princípios básicos que são a educação problematizadora, a humanização e a integralidade do SUS, a fim de formar trabalhadores com potencial crítico, reflexivo e criativo, considerando o tácito e importante conhecimento, através da experiência ocupacional acumulada (PEREIRA; LIMA, 2009).

A partir dessa constatação, é necessário relacionar a diversidade de cursos de educação permanente com os preceitos básicos dessa política pública, os quais são mencionados por Silva e Peduzzi (2011) onde afirmam que as demandas de educação permanente devem iniciar pela construção coletiva, na realidade do trabalho, de forma que haja a possibilidade para que o “educando” (profissional de saúde), participe da produção do saber, propondo essa iniciativa como uma prática inovadora no processo de trabalho, a fim de realizar a atenção integral ao indivíduo. Nesse sentido, Tesser (2011) afirma que deve haver uma construção de demandas para a prevenção, terapêutica e promoção da saúde, incluindo os diferentes níveis de atenção à saúde.

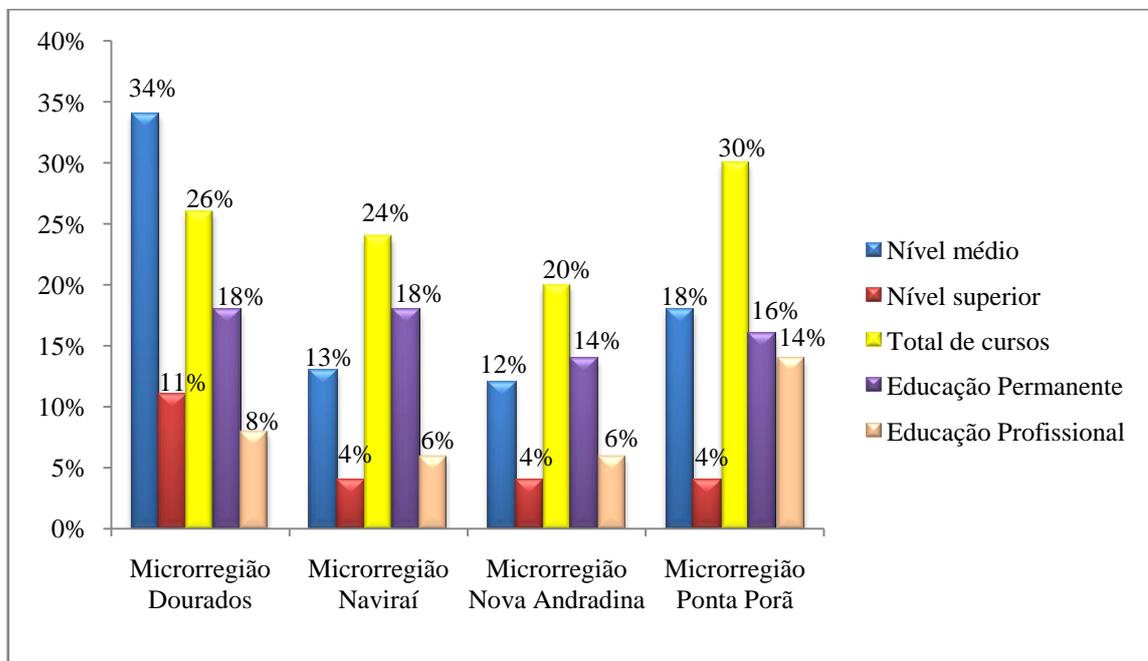
Porém, não é possível afirmar que o modelo de levantamento de demandas de educação permanente, oriundas das necessidades do serviço, tenham sido adequadamente utilizadas para determinação dos cursos listados na Tabela 4. Tal constatação é feita a partir do diagnóstico de que as demandas partiram do Plano Diretor de Atenção à Saúde (PDA) de Mato Grosso do Sul, no qual cada região de saúde indicou, por meio de seu representante, as escolhas das capacitações para o coletivo de trabalhadores do SUS dessas localidades (MATO GROSSO DO SUL, 2011c).

Tesser (2011) e Muniz et al (2010), relacionam a falta de adequação na determinação de prioridades dos cursos oferecidos pela política de educação permanente em saúde, em função da má qualificação de quem faz tais escolhas, uma vez que a maioria desses profissionais, segundo os autores mencionados, são egressos de escolas formadoras de

profissionais que atuam de forma tradicional, trazendo o modelo hospitalocêntrico e fragmentado, além de metodologia não problematizadora, limitando assim as transformações das práticas de construção coletiva, que são os modelos preconizados na atenção primária, que por sua vez é a grande ordenadora do serviço de saúde no SUS. Os autores afirmam ainda que é necessário o estímulo e o apoio institucional para que os profissionais de saúde possam ressignificar seus processos de leitura e análise da realidade, de forma a revalorizar e, porque não dizer, potencializar o trabalho, a realidade dos usuários, para gerarem propostas de ações para capacitações, condizentes com as necessidades do serviço.

A distribuição dos cursos da Política de Educação Permanente em Saúde, quando visualizados a partir de uma distribuição por microrregião de saúde, indica uma situação de repetição das ações (Tabela 5). No entanto, é preciso cautela na análise desses dados, uma vez que muitas ações de educação permanente são desenvolvidas mais de uma vez, para atender os trabalhadores das diferentes localidades, dentro de uma mesma microrregião de saúde.

Para facilitar a comparação entre os diferentes elementos dos cursos da política de educação permanente em saúde, realizados na região de saúde de Dourados e mencionados em tabelas anteriores, a Figura 10 concentra tais informações.



**Figura 8:** Porcentagem dos profissionais de nível médio, nível superior da atenção primária, dos cursos de educação permanente e educação profissional desenvolvidos pela política de educação permanente por microrregião de saúde na região de Dourados-MS de 2008 a 2013.

Conforme descrito na Figura 8, houve alocação disparitária entre as microrregiões que compõem a região de saúde de Dourados, pois os cursos da política de educação permanente em saúde, realizados no período de 2008 a 2013, não foram igualmente distribuídos, apesar dos recursos contemplarem toda a região.

Destaca-se nesse sentido, a microrregião de Ponta Porã que possui 18% de profissionais de nível médio e 4% de profissionais de nível superior, totalizando 22% dos profissionais de toda a região de saúde de Dourados. Esta microrregião foi contemplada com 16% dos cursos de educação permanente e 14% dos cursos de educação profissional, totalizando com 30% dos cursos oferecidos pela política de educação permanente oferecidos nesta região de saúde de Dourados, que vem corroborar com a política de educação permanente e os princípios do SUS, no sentido de promover momentos para reduzir as disparidades locais, conforme destacado por Horta (2009).

O objetivo deste fortalecimento foi adaptar os profissionais ao mercado de trabalho, uma vez que a construção de uma sociedade mais humana e solidária, segundo Pereira e Ramos (2006), necessita de uma adequada formação profissional para intervir em tais condições, com a intenção de acompanhar as demandas e necessidades de saúde dos grupos populacionais.

Observa-se ainda na Figura 8 que a microrregião de saúde de Dourados possui a maior quantidade de profissionais, 34% de nível médio e 11% de nível superior, totalizando 45% de todos os profissionais da região de saúde, tendo recebido 26% dos cursos oferecidos pela política de educação permanente, sendo que deste quantitativo geral, 18% foram voltados para educação permanente e 8% para educação profissional.

Em seguida vem a microrregião de saúde de Naviraí que possui 17% dos profissionais de saúde da região de Dourados, 13% profissionais de nível médio e 4% profissionais de nível superior, que receberam 24% dos cursos oferecidos pela política no período de 2008 à 2013, 18% voltados para educação permanente e 6% para educação profissional.

Por fim a microrregião de Nova Andradina com 16% dos profissionais, 12% deles de nível médio e 4% de nível superior, que foram contemplados com 20% dos cursos ofertados a região de saúde de Dourados, desses 14% para educação permanente e 6% para educação profissional.

Essa diferença no quantitativo de cursos destinadas a cada microrregião de saúde analisada pode ser vislumbrada por diferentes perspectivas. Uma delas encontra embasamento nas afirmações de Testa (1995), que considera importante respeitar o tempo necessário que cada localidade precisa para desenvolver suas políticas, assim como a adequada apropriação

dos procedimentos e tecnologias específicas dos territórios e da população adscrita. Por outro lado, em uma perspectiva mais crítica, Castro (2012) afirma que é esperada certa diferença na quantidade de cursos oferecidos nos diferentes níveis de atenção à saúde, sendo que o autor indica que naturalmente deve haver maior oferta de ações de educação permanente na atenção primária à saúde, uma vez que essa é ordenadora do sistema de saúde.

Outra possibilidade de análise pela vertente da equidade, indica uma divisão de ações de forma a atender mais aqueles com maiores necessidades e um pouco menos aqueles com necessidades menores, conforme observamos na coluna central da Figura 8. Por outro lado, se forem observados apenas os dados gerais, pela quantidade de profissionais da atenção primária à saúde fica evidenciado que a maior microrregião (Dourados) foi, proporcionalmente, menos contemplada com as ações da política de educação permanente em saúde, no período estudado.

Em relação aos níveis de atenção à saúde, Mendonça (2010) reforça a necessidade de investimento de ações de educação permanente na atenção primária. O autor saliente ainda que é importante haver trabalhadores em cada equipe de saúde da família, com condições de participar de todos os cursos realizados por meio da política de educação permanente em saúde.

Dessa forma, se houver um levantamento das necessidades de educação permanente em saúde, é possível distribuir de forma adequada as ações dessa política, de modo a contemplar não apenas de forma igualitária cada microrregião de saúde, mas sim com a realização de uma divisão regida pelo princípio da equidade.

No caso dos projetos apresentados na Tabela 4, considera-se relevante a iniciativa da gestão de Mato Grosso do Sul, em função da abrangência das ações, tanto de forma técnica quanto na distribuição geográfica. Mesmo assim, ressalta-se a importância de se analisar a forma mais adequada de busca para uma conciliação entre as necessidades de saúde da população e as demandas de educação permanente em saúde, conforme alertado por Horta (2009).

Outra variável a ser analisada nas ações de educação permanente em saúde é a carga horária dos cursos oferecidos. Nesse caso, a Tabela 5 descreve as características desse item, nos cursos realizados no período de 2008 a 2013 na região de saúde de Dourados-MS.

**Tabela 5:** Somatória da carga horária dos cursos, desenvolvidos pela política de educação permanente na região de saúde de Dourados-MS, de 2008 à 2013, conforme o ano de conclusão.

<b>Destinação das ações</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>Total</b>
Educação permanente	-	612	730	-	96	80	<b>1.518</b>
Educação profissional	-	-	526	4.912	1.726	3.280	<b>10.544</b>
Atenção primária à saúde	-	40	726	3.712	566	1.820	<b>6.864</b>
Atenção especializada e/ou gestão		572	530	1.200	1.256	1.540	<b>5.098</b>
<b>Carga horária total por ano</b>	<b>00</b>	<b>612</b>	<b>1.256</b>	<b>4.912</b>	<b>1.822</b>	<b>3.360</b>	<b>11.962</b>

Os dados da Tabela 5 indicam que a educação profissional é o tipo de formação que demanda maior carga horária, quando comparada com a educação permanente. Já quando a comparação é feita entre atenção primária à saúde e atenção especializada/gestão, há pouca diferença na carga horária total destinada a cada um desses níveis de atenção à saúde.

Considerando que a educação permanente em saúde visa à transformação dos processos de trabalho, a partir da mudança de valores e conceitos que se formam nos processos de ensino/aprendizagem (Costa, 2010), é preciso que seja despendida uma carga horária adequada para cada ação, a fim de modificar a realidade com a qual se está interagindo.

Nesse sentido, os dados da Tabela 5 indicam a diferença em relação à carga horária dos cursos mais pontuais, com menor duração, quando comparados aos cursos de formação técnica, com duração maior.

Salienta-se que, apesar do período estudado contemplar do ano de 2008 à 2013, não foram encontrados registros de cursos concluídos em 2008.

Observa-se que os cursos concluídos em 2009 foram voltados 100% a educação permanente, que possuem uma carga horária menor, pois visam a transformação das práticas do cotidiano de trabalho (Brasil, 2004c), em comparação à educação profissional que é voltada para o nível técnico para a formação qualificada dos profissionais de nível médio (Pereira; Lima, 2009). No entanto, estes cursos de educação permanente foram ofertados prioritariamente aos profissionais da atenção especializada e/ou gestão (94%), em detrimento dos profissionais da atenção primária à saúde (6%).

Em 2010 ocorreu a distribuição paritária com 58% dos cursos sendo de educação permanente e oferecidos nesta mesma proporção para a atenção primária à saúde e 42% de educação profissional, contemplando a mesma porcentagem para a atenção especializada.

Considerando as conclusões dos cursos de educação profissional que duram em média 2 anos, em 2011 foram 100% voltados à educação profissional, contemplando a maioria para

o fortalecimento da atenção primária à saúde (75%), comparativamente à atenção especializada e/ou gestão (25%).

No ano de 2012 a educação profissional se manteve liderando os cursos com 95%, e a educação permanente 5%, porém neste ano o fortalecimento ocorreu com a atenção especializada e/ou gestão (55%), equilibrando então os investimentos dos anos anteriores, e 45% em atenção primária à saúde.

No último ano estudado (2013), os cursos que foram finalizados até dezembro, sendo em sua maioria voltados à educação profissional (87%) e a educação permanente (13%), mantendo o fortalecimento da atenção primária à saúde com 57% e atenção especializada 43%.

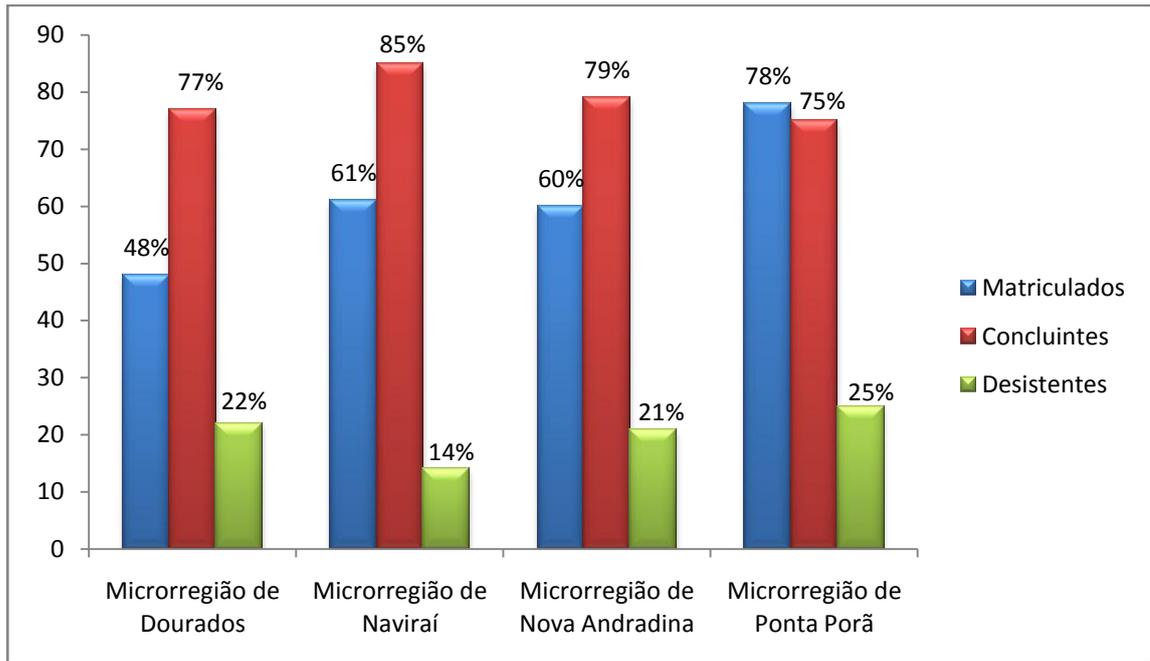
Assim afirma-se que os investimentos anuais para o fortalecimento da atenção primária à saúde, que é o objeto deste estudo, ocorreram de forma mais acentuada em 2009, 2010 e 2013, com a educação profissional prevalecendo em 2011 e 2012.

Como a carga horária de uma ação de educação permanente em saúde está relacionada diretamente ao conjunto de conteúdos e saberes que se pretende discutir no processo formativo, sabe-se que a integração ensino-serviço-comunidade precisará de adequação nesse quesito. Muniz et al (2010) e Silva (2011) discutem esse contexto ao afirmarem que é tarefa árdua formar profissionais para o SUS, uma vez que ainda há carência de afinamento das ações conjuntas entre instituições de ensino e instituições de atenção à saúde.

A formação aqui mencionada é entendida como um processo contínuo que ocorre no transcorrer da vida e não se reduz a um curto espaço de tempo, ou seja, à duração de um curso, e é vinculada tanto ao desenvolvimento profissional como ao crescimento pessoal (AMESTOY et al, 2008).

É possível que a carga horária dos cursos seja um dos itens que precise de maior atenção nesse processo formativo, uma vez que haverá pouca possibilidade de intervenção nos cursos, quando esses estiverem em andamento.

Fato que merece destaque é a situação de realização dos cursos técnicos com maior carga horária, o que implica em um período de tempo proporcionalmente maior na execução de tais projetos. Mesmo assim, observou-se no presente estudo que houve baixa evasão desse tipo de curso, conforme pode ser observado na Figura 9.



**Figura 9:** Distribuição das vagas e evasão dos cursos desenvolvidos por meio da política de educação permanente, em relação à quantidade de profissionais da região de saúde de Dourados-MS de 2008 a 2013.

Chama atenção na Figura 9 a microrregião de Ponta Porã, que concentra 22% dos profissionais de saúde da região de Dourados e foi a que teve do seu quadro 78% do total de servidores matriculados nos projetos da política de educação permanente, ou seja, do quadro total de funcionários (profissionais de nível superior, médio ou ACS da APS) durante o período estudado receberam algum tipo de capacitação, desses 75% concluíram os cursos nos quais se propuseram a participar. Ao mesmo tempo, essa microrregião apresentou o maior percentual (25%) de desistentes, que foram os servidores que por algum motivo não concluíram a capacitação.

Observa-se que a microrregião de Dourados, apesar de concentrar o maior número de profissionais de saúde, apenas 48% de seus profissionais receberam a oferta de cursos, sendo que desses, 77% concluíram, com o segundo maior índice de evasão (22%), tendo a maioria dos cursos profissionais realizados no município sede Dourados e os de educação permanente nos próprios municípios a fim de descentralizar os locais de oferta, facilitando a aproximação do servidor às atualizações.

Quando se faz uma análise considerando a menor proporção de evasão, as microrregiões de Nova Andradina 21% e de Naviraí 14% tiveram melhor aproveitamento, com destaque para esta última, que obteve os melhores resultados.

Não é possível afirmar com exatidão o motivo das evasões dos cursos desenvolvidos em toda a região de saúde de Dourados, por meio da política de educação permanente em

saúde, uma vez que esse item não foi objeto do presente estudo. Mesmo assim, é possível inferir que podem ter ocorrido situações em que as demandas não foram adequadamente dimensionadas, ocasionando assim um possível desinteresse dos trabalhadores em permanecer nos cursos iniciados. Nesse sentido, Muniz (2010) alerta para a constante necessidade de propor estratégias de levantamento de demandas de educação permanente, que sejam realmente oriundas das necessidades dos serviços de saúde, para que sejam adequadamente desenvolvidas e contem com pequeno percentual de evasão entre seus participantes.

Na mesma linha de análise, Batista et al. (2005) e Franco (2007) afirmam que a redução na evasão dos cursos de formação profissional, sejam na graduação ou na educação permanente, é resultado de adequados levantamentos de informações prévias com os trabalhadores da saúde. Para isso, os autores destacam a importância de profissionais que sejam capazes que leve em consideração os conhecimentos prévios dos trabalhadores, a partir da realidade vivenciada por eles, o que os levará a uma maior reflexão sobre a importância da participação nos processos formativos realizados.

Simultaneamente à discussão sobre a adequada observação das demandas de educação permanente em saúde, também é preciso observar se há disponibilidade adequada de recursos financeiros para a execução das ações planejadas. Nesse caso, desde a reformulação da política nacional de educação permanente em saúde, ocorrida no ano de 2007, foram emitidas Portarias que determinaram os valores destinados para cada UF. Para o estado de Mato Grosso do Sul os valores são apresentados na Tabela 6.

**Tabela 6:** Distribuição dos recursos, conforme portarias específicas, destinados à política de educação permanente em saúde, no estado de Mato Grosso do Sul e na região de saúde de Dourados-MS, de 2007 à 2013.

Portarias	Recursos da Ed. Permanente		Recursos da Ed. Profissional	
	Mato Grosso do Sul	Região de Dourados	Mato Grosso do Sul	Região de Dourados
37 de 31/10/2007	R\$382.369,72	R\$273.121,23	R\$546.242,49	R\$191.184,86
23 de 17/12/2008	R\$385.182,14	R\$192.591,07	R\$550.260,22	R\$275.130,09
12 de 16/12/2009	R\$354.354,64	R\$177.177,32	R\$506.220,92	R\$253.110,46
16 de 17/12/2010	-	-	R\$777.367,02	-
2.200 de 14/09/2011	R\$356.791,02	R\$9.185,00	R\$968.701,44	R\$134.850,72
<b>Total</b>	<b>R\$1.478.697,52</b>	<b>R\$642.889,62</b>	<b>R\$3.348.792,09</b>	<b>R\$854.276,13</b>

Os repasses de recursos, conforme descrito na Tabela 6, são diferenciados em recursos da educação permanente e recursos da educação profissional, assim divididos por se entender que na educação permanente há o investimento para a transformação no cotidiano do serviço

e a educação profissional os investimentos são voltados para a mudança no processo de trabalho com cursos profissionalizantes desde sua formação inicial sendo a formação técnica, concomitante ou subsequente ao ensino médio (BRASIL, 2004b).

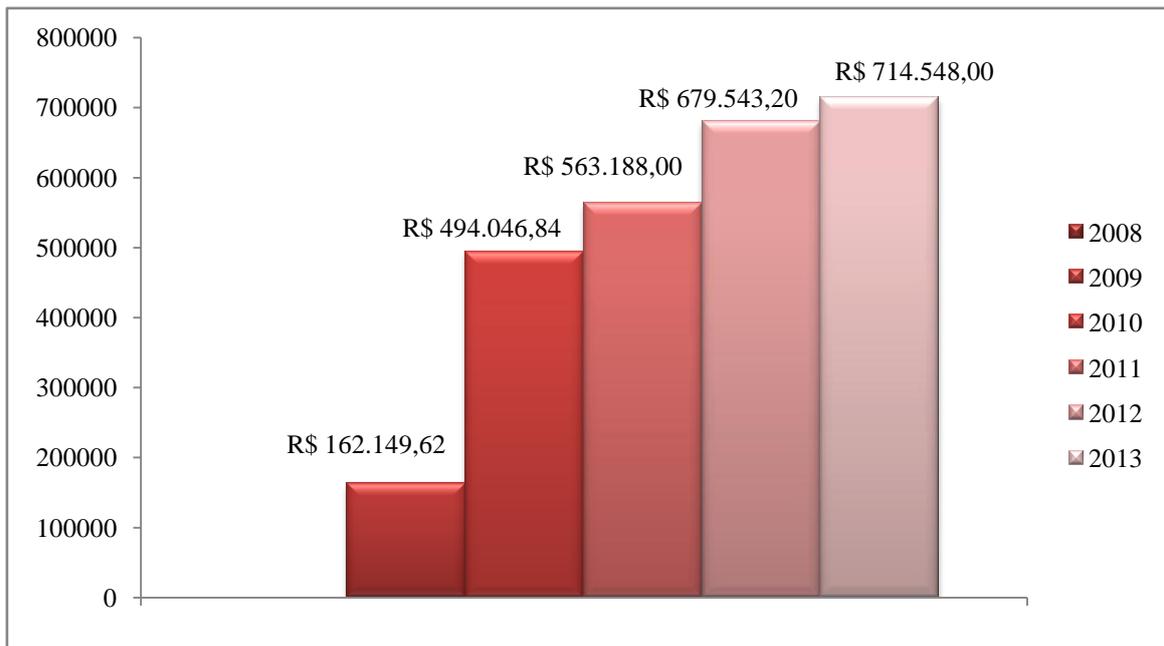
Quando os recursos da Política de Educação Permanente em Saúde foram alocados em Mato Grosso do Sul, a CIB optou por uma divisão entre as macrorregiões de saúde e a SES, sendo esta última contemplada com 40% do valor e cada uma das outras três macrorregiões existentes na época do início da reformulação da educação permanente, contemplada com 20% do valor para cada.

Dessa forma, o valor total de investimentos da política de educação permanente no estado de Mato Grosso do Sul, no período de 2008 a 2013, foi de R\$ 4.827.489,61, sendo 40% deste valor destinados à secretaria da saúde do estado e 20% deste investimento, que corresponde a R\$ 1.497.165,75, destinado a cada região de saúde (MATO GROSSO DO SUL, 2013).

O investimento dos recursos para o desenvolvimento dos projetos da política de educação permanente ocorreu de forma gradual e crescente, com recursos específicos para tal finalidade. Esse acréscimo gradual de investimentos se dá possivelmente pelo crescimento da demanda dos serviços de saúde que são expandidos a cada ano, em função do aumento populacional e do número de trabalhadores de saúde.

Acredita-se que é indispensável a criação e adoção de políticas públicas, dentre as quais a de educação permanente em saúde, que contribuam positivamente para a promoção da saúde e colaborem para o trabalho e comunidade, com vistas ao bem-estar individual e coletivo. Para isso, salienta-se a importância de serem destinados maiores investimentos para a formação permanente dos profissionais da saúde, pois estes constituem a essência da instituição e, através de seu trabalho, as organizações poderão prestar uma assistência mais qualificada, minimizando possíveis complicações, iatrogenias e reduzindo assim os custos com os serviços de atenção à saúde (AMESTOY, 2008).

Após a alocação dos recursos, determinados inicialmente pelas Portarias específicas e seguindo distribuição indicada pela CIB, a região de saúde de Dourados desenvolveu diversos projetos de educação permanente em saúde, utilizando parte desse total de recursos. A aplicação dos recursos ao longo do período de 2008 a 2013 na região de saúde de Dourados pode ser observada na Figura 10.



**Figura 10:** Distribuição dos recursos aplicados à política de educação permanente em saúde, nos cursos desenvolvidos na região de saúde de Dourados-MS de 2008 a 2013.

Nota-se que houve, de fato, aplicação de parte dos recursos advindos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, em projetos executados na região de saúde de Dourados, tal como apresentado na Figura 10.

Observa-se que houve um investimento nos cursos realizados na região de saúde de Dourados no valor de R\$ 2.613.475,66 (Figura 10), valor superior ao recebido pelas portarias no período mencionado R\$ 1.497.165,75 (Tabela 4), que só foi possível em função da contrapartida realizada pela SES de Mato Grosso do Sul, para a formação dos profissionais nesta referida região de saúde.

Quanto aos investimentos na Política de Educação Permanente em Saúde, Moraes (2012), destaca que a evolução desta política pública, feita por meio dos crescentes projetos e investimentos, ocorreu de forma progressiva devido às experiências aprendidas, em função da evolução dos problemas encontrados, buscando assim a implementação das soluções.

É importante o registro do fato de que em Mato Grosso do Sul a política de educação permanente em saúde também recebeu a colaboração da Fiocruz Cerrado-Pantanal, que desenvolveu projetos de educação permanente que contemplaram o mesmo público alvo do presente estudo, no entanto sem utilizar especificamente os recursos oriundos do governo federal para o desenvolvimento dos cursos já apresentados e mencionados anteriormente neste trabalho.

## 6 CONCLUSÕES

Tanto a estratégia de saúde da família quanto a política de educação permanente em saúde foram propostas pelo Ministério da Saúde como estratégias para suprir as necessidades encontradas pelos profissionais que compõem o SUS, sendo esta última voltada para a formação e qualificação dos profissionais de saúde.

No caso da política de educação permanente em saúde, esta se desenvolveu conforme o objetivo para o qual foi proposta na região de saúde de Dourados no período de 2008 a 2013, com o desenvolvimento de vários cursos de educação profissional neste período, a fim de contemplar as necessidades de formação e qualificação dos servidores públicos principalmente voltados para o ordenador do serviço de saúde que é a atenção primária, corroborando com os princípios e diretrizes preconizados pelo SUS.

A maioria dos cursos desenvolvidos pela política de educação permanente em saúde realizados na região de saúde de Dourados, no período de 2008 a 2013, foram no âmbito da educação profissional. Esse fato colaborou para que a maior parte dos recursos destinados a tal política fosse consumida com a formação de profissionais de nível técnico. Além disso, a mesma circunstância pode ter sido colaboradora para a elevada evasão constatada nas microrregiões de Dourados (22%) e Ponta Porã (25%), uma vez que esse tipo de formação demanda longos períodos de tempo, chegando a ultrapassar 24 meses em algumas ocasiões.

A quantidade de profissionais de saúde vinculados às equipes de saúde da família é um importante indicador para verificar a abrangência dessa estratégia de atenção à população, mas tal variável não se correlacionou com o IDH dos municípios estudados. Por isso, as condições de desenvolvimento humano apontados pelo IDH devem ser melhor analisadas, para identificar com quais informações estão associadas na região de saúde de Dourados.

A microrregião de saúde de Ponta Porã merece maiores investigações, uma vez que apresentou dados que apontaram uma variação negativa de cobertura populacional com a ESF, mas ao mesmo tempo recebeu elevado investimento da política de educação permanente em saúde, comparativamente às demais microrregiões estudadas.

Portanto, verifica-se a necessidade de elaboração de estratégias para adequação do processo de trabalho na região de saúde de Dourados, bem como novas formas de desenvolver a política de educação permanente em saúde, não só naquela região, mas em todo o estado de Mato Grosso do Sul.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, V. S. et. al; A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol. 32, p. 356-362. Rio de Janeiro, 2008.
- ALMEIDA, C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad em América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los anos 80 y 90. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.18, p. 905-925. Rio de Janeiro, 2002.
- ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface-comunicação, saúde, educação**, vol. 9, p. 150-153. Botucatu, 2001.
- AMESTOY, S. C.; et al. Educação permanente e sua inserção no trabalho da enfermagem. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, jan.-mar., 2008.
- ANDRADE, S. M. O. de **A pesquisa científica em saúde: concepção e execução**. Campo Grande, 6 ed. 2013.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 12, p. 455-464. Rio de Janeiro, 2007.
- BATISTA, N., BATISTA S.H., GOLDENBERG, P., SEIFFERT, O., SONZOGNO, M.C. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. **Revista de saúde pública**, v.39, n.2, p.231-237. São Paulo, abr., 2005.
- BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. Ed. Ática. São Paulo, 2004.
- BRASIL a. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **A Reforma administrativa do sistema de saúde**. Cadernos MARE 33 p. Brasília-DF, 1998.
- BRASIL b. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília - D.F., p.22, 1998.
- BRASIL c. Portal da Saúde. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**, Brasília-D.F., 13 jun. 1998. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php). Acesso em: 13 jun. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família no Brasil: linhas estratégicas para o quadriênio 1999/2002**. Brasília-D.F., 1999.
- BRASIL a. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.023, de 23 de setembro de 2004. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília - D.F., Seção 1, p.45, 2004.
- BRASIL b. Ministério da Educação. Regulamentação, Dispositivos, Lei De Diretrizes E Bases Da Educação Nacional, Correlação, Curso De Formação, Programa, Formação Profissional, Educação, Ensino Profissional. Decreto n. 5.554, de 23 de julho de 2004. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília - D.F., p.18, 2004.

BRASIL c. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Diário Oficial da União n. 32**, Poder Executivo, Brasília - D.F., Seção 1, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 648, de 28 de março de 2006. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília - D.F., 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1996, de 20 de agosto de 2007. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília - D.F., Seção 1, p.46, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília - D.F., Seção 1, p.1, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Equipes e população. Brasília, 2013. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em 10 out. 2013.

CAMPOS, G. W. de S. Conheça A História e como funciona o SUS, **Revista Ciências e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.12, n.2, mar.- abr. 2007.

CAMPOS, G.W.S. Considerações **sobre a arte e a ciência da mudança**: revolução das coisas e reforma das pessoas. Editora Hucitec, p. 29-87, São Paulo, 1997.

CARDOZO, D. D.; **Educação Permanente e Continuada em Saúde e suas influências no processo de trabalho de equipes de atenção primária em saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Práticas Pedagógicas para o Ensino em Saúde). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, vol.27, n.78, p. 7-26. São Paulo, 2013.

CASTRO, R. C. L. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cadernos de saúde pública**, vol. 28, n. 9, p. 1772-1784, Rio de Janeiro, set, 2012.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Educação e Saúde**. V.9, n.16, p.161-177. Botucatu, 2005.

CECCIM, R. B., FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de saúde pública**, v.20, n.5, p. 1400-1410, Rio de Janeiro, set.-out. 2004.

CECCIM, R. B., FERLA, A., A.; Educação Permanente em Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

COSTA, V. Z. et al. Educação permanente no programa saúde da família: um estudo qualitativo. **Revista Investigación y Educación en Enfermería**, vol. 28, núm. 3, p. 336-344, Rio Grande, 2010.

ESCORES, S.; TEIXEIRA, L.A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Editora FIOCRUZ, p. 333-384. Rio de Janeiro, 2008.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol.10, p. 347-355, Rio de Janeiro, 2005.

FIÚZA, T. M. et al. Necessidades educacionais dos profissionais da estratégia de saúde da família (ESF): possibilidades de educação em saúde no município de Fortaleza-CE. **Revista Brasileira de medicina de família e comunidade**. Florianópolis, jul.-set. 2012.

FONTINELE JÚNIOR, K. **Programa Saúde da Família (PSF)** comentado. P. 41-56, Goiânia, 2008.

FORTES, D. R. **Precarização do vínculo empregatício e suas implicações subjetivas para os docentes da escola técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão”**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2009.

FRANCO, J. L. F. Indicadores demográficos e de saúde: a importância dos sistemas de informação. **Sistema de Informação**, unidade 8, p. 119-121, São Paulo, abr. 2012.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface-Comunicação, Educação e Saúde**. Botucatu, v.11, n.23, p.427-438, set.-dez. 2007.

FRANCO, T B; MERHY; E E. **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. São Paulo, 1999. Disponível em: <http://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptBR&q=PSF%3A+contradi%C3%A7%C3%B5es+de+um+programa+destinado+%C3%A0+mudan%C3%A7a+do+modelo+teconoassistencial.+&btnG=&lr=>. Acesso em: 20 de ago. 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia** – saberes necessários à prática educativa. Ed. Paz e Terra. São Paulo, 2005.

GERSCHMAN, S.; SANTOS, M. A. B. O Sistema Único como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 21, n. 61, p. 177-227, 2006.

HORTA, N. C. et al. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n.4, jul.-ago., 2009.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico: resultados preliminares - São Paulo**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=500270>. Acesso em: 28 de fev. 2014.

LUZ, F. M. **Educação Permanente em Saúde (EPS): Uma estratégia que possibilita transformações no processo de trabalho**. Monografia (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG, Varginha, 2010.

MADEIRA, K. H. **Práticas do Trabalho Interdisciplinar na Saúde da Família: Um estudo de Caso.** Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2009.

MARZARI, C. K.; JUNGES, J. R.; SELLI, L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol.16, p. 873-880, Rio de Janeiro, 2011.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Coordenadoria de Educação na Saúde. **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde – 2008/2009.** Campo Grande, 2009.

MATO GROSSO DO SUL a. Secretaria do Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução n. 075/SES/MS, de 14 de outubro de 2011. **Diário Oficial do Estado de Mato Grosso do Sul**, n.8061 p.14, Campo Grande, nov. 2011. Disponível em: <https://ww1.imprensaoficial.ms.gov.br/search/>. Acesso em 22 de nov. 2014.

MATO GROSSO DO SUL b. Secretaria de Estado de Saúde. Coordenadoria de Planejamento. **Diagnósticos Microrregionais.** Campo Grande, out. 2011. Disponível em: [http://www.saude.ms.gov.br/index.php?templat=vis&site=116&id\\_comp=3821&id\\_reg=9201&voltar=lista&site\\_reg=116&id\\_comp\\_orig=3821](http://www.saude.ms.gov.br/index.php?templat=vis&site=116&id_comp=3821&id_reg=9201&voltar=lista&site_reg=116&id_comp_orig=3821). Acesso em 22 de nov. 2014.

MATO GROSSO DO SUL c. Secretaria de Estado de Saúde. Coordenadoria de Planejamento. **Plano Diretor Regional de Atenção à Saúde Macro - Região de Dourados.** Campo Grande, ago. 2011.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. **Comissão de Intergestores Bipartite.** Resolução n. 059/SES/MS, de 29 de junho de 2012. **Diário Oficial do Estado de Mato Grosso do Sul**, n.8.221 p.14, Campo Grande, jun. 2012. Disponível em: <https://ww1.imprensaoficial.ms.gov.br/search/>. Acesso em: 22 de nov. 2014.

MATO GROSSO DO SUL. Escola Técnica do SUS “Profª Ena de Araújo Galvão”. **Relatório Educação Permanente e Profissional Escola Técnica do SUS “Profª Ena de Araújo Galvão”-2013.** Campo Grande, 2013.

MATTOS, R. A.; COSTA, N. R. Financiando o SUS: algumas questões para debate. **Trabalho, Educação e Saúde**, vol.1 p. 315-334, Rio de Janeiro, 2003.

MENDONÇA, F. F. et al. Avaliação de tutores e facilitadores sobre o processo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde no município de Londrina, Paraná. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 15, Rio de Janeiro, 2010.

MINAYO, M. C. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, vol. 5. Rio de Janeiro, 2000.

MIRANZI, M. A. S; ASSIS, D. D. de; REZENDE, D. V. de; IWAMOTO, H. H. Compreendendo a história da saúde pública de 1870-1990. **Saúde Coletiva**, vol. 41, núm. 7, p. 157-162. Editorial Bolina, São Paulo, 2010.

MORAES, K. G. **Análise do processo de implementação da política de educação permanente em saúde no Distrito Federal.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade de Brasília. Brasília D.F., 2012.

MUNIZ, L. D. R. C.; COSTA, L. A.; MUNIZ, V. R. C. **Formação de profissionais pra o SUS: a importância da educação permanente em saúde.** Trabalho de conclusão do curso de Medicina. Universidade Federal do Piauí. Terezina, 2010.

OLIVEIRA, M. A. N., Educação à Distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.60, n. 5, p. 585-589, Brasília-D.F, 2007.

PAULUS JÚNIOR, A.; CORDONI JÚNIOR, L. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, v.8, n.1, p.13-19, Londrina, 2006.

PEREIRA, S. S. S. **Organização dos Espaços Microrregionais de Saúde:** o caso do Mato Grosso do Sul. Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/MS, Campo Grande, 2004.

PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. N. Educação profissional em saúde. **Coleção Temas da Saúde.** Fiocruz. Rio de Janeiro, 2006.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. Educação Profissional em Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

PIRES, J. M. Condicionantes políticos e econômicos da política social. **Pesquisa & Debate**, 18, número 1 (31) p. 131-153, São Paulo, 2007.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Informe sobre desenvolvimento humano.** Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

RAWORTH, K.; STEWART, D. **Críticas ao Índice de Desenvolvimento Humano:** Uma revisão. S/D. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/texto6.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2014.

RODRIGUES, M. J.; RAMIRES, J. C. L. Saúde da Família nos municípios mineiros com população superior a 100 mil habitantes: uma análise da cobertura populacional. **Caderno Prudentino de Geografia**, n.34, v.1, p.117-137, Presidente Prudente, jan.-jul. 2012.

SAUPE, R.; CUTOLO, L. R. A.; SANDRI, J. V. A. Construção de descritores para o processo de educação permanente em atenção básica. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v.5, n.3, p.433-452, rio de Janeiro, 2008.

SANTANA, J. P.; CAMPOS, F. E.; SENA, R. R. **Formação profissional em saúde:** desafios para a universidade. (Curso de especialização em desenvolvimento de recursos humanos de saúde)-Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, S/D.

SCHUCH, E. **Resgate histórico da implantação do programa agente comunitário de saúde-PACS e da estratégia saúde da família-ESF.** (Trabalho de conclusão do curso de enfermagem) – Universidade do Vale do Itajaí, Biguaçu, 2007.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, vol.20, p. 1487-1494. Rio de Janeiro, novembro, 2004.

SECO, R. **O valor da informação** (Parte II: A evolução dos meios de comunicação), 2008. Disponível em: <<http://www.quintalvirtual.blog.br/?p=119>>. Acesso em 17 de fev. 2013.

SILVA, J. A. M.; PEDUZZI, M. Educação no Trabalho na Atenção Primária à Saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Revista Saúde e Sociedade**, v.20, n.4, p.1018-1032, São Paulo, 2011.

SILVA, W. A. da. **Fronteira e Regionalização da Saúde: Os Dilemas da Microrregião de Corumbá-MS**. Dissertação (Mestrado em Estudos Fronteiriços) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. UNESCO/Ministério da Saúde. Brasília-D.F, 2002.

TESSER, C. D. et al. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, vol. 16. Rio de Janeiro, 2011.

TESTA, M. **Pensamento Estratégico e Lógica de Programação – O Caso da Saúde**. Ed. HUCITEC, p. 306. São Paulo/Rio de Janeiro, 1995.

VIANA, A. L. Á.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, vol. 8, p. 11-48, Rio de Janeiro, 1998.

VIANA, A. L. Á.; MACHADO, C. V. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, vol. 18, p. 645-684, Rio de Janeiro, 2008.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. **A integralidade no trabalho da equipe saúde da família**. Escola Anna Nery, vol.17, p. 133 – 141. Rio de Janeiro, jan-mar 2013.

**ANEXO A - Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Bancos de Dados.**

**TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE BANCOS DE DADOS**

**Título da Pesquisa:** Educação permanente e sua interface com a atenção primária nos municípios da região de saúde de Dourados/MS.

**Nome da Pesquisadora:** Flavia Claudia Krapiec Jacob de Brito.

**Bases de dados a serem utilizadas:** atas das reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de saúde de Dourados e da Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES), disponíveis no *site* da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, no endereço: [www.saude.ms.gov.br](http://www.saude.ms.gov.br). Caso necessário, serão utilizados os dados do banco de dados da Coordenadoria Estadual de Educação na Saúde (COES) da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, em relação ao número de pessoas concluintes em cada projeto de educação permanente realizado no período de estudo.

Como pesquisadora supra qualificada comprometo-me com utilização das informações contidas nas bases de dados acima citadas, protegendo a imagem das pessoas envolvidas e a sua não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em seu prejuízo ou das comunidades envolvidas, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico-financeiro.

Declaro ainda que estou ciente da necessidade de respeito à privacidade das pessoas envolvidas em conformidade com os dispostos legais citados e que os dados destas bases serão utilizados somente neste projeto, pelo qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso que venha ser necessário ou planejado, deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa e que deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa e que deverá, por sua vez, sofrer o trâmite legal institucional para o fim a que se destina.

Por ser esta a legítima expressão da verdade, firmo o presente Termo de Compromisso.

Campo Grande, 20/06/13.

Flavia Claudia Krapiec Jacob de Brito

**APÊNDICE A - Instrumento para coleta de dados.****INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**

Tipo de projeto desenvolvido:

 curso técnico. capacitação ou aperfeiçoamento. pós-graduação. outro: \_\_\_\_\_

Abrangência geográfica do projeto:

 institucional. municipal. microrregional. macrorregional. outro: \_\_\_\_\_

Carga horária total do projeto: \_\_\_\_\_ horas.

Período de realização do projeto:

• Início: \_\_\_\_\_ (mês e ano).

• Final: \_\_\_\_\_ (mês e ano).

Público alvo do projeto e profissões contempladas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Total de vagas disponibilizadas: \_\_\_\_\_

Município sede (local de realização) do projeto: \_\_\_\_\_

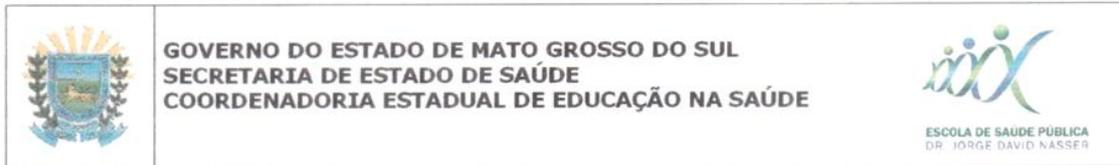
Municípios contemplados com vagas para o projeto:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Valor total do projeto: R\$ \_\_\_\_\_

Número de concluintes: \_\_\_\_\_

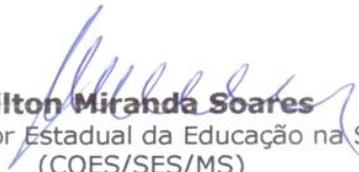
**APÊNDICE B - Autorização para uso do banco de dados da Coordenadoria Estadual de Educação na Saúde (COES).**



**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins, que a pesquisadora **Flávia Claudia Krapiec Jacob de Brito**, aluna do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), está autorizada a acessar os bancos de dados da Secretaria Acadêmica da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul (ESP/SES/MS) e da Escola Técnica do SUS (ETSUS/SES/MS), exclusivamente para obtenção dos dados necessários ao desenvolvimento da pesquisa intitulada "**Educação permanente em saúde e sua interface com a atenção primária à saúde nos municípios da macrorregião de Dourados/MS**", que será apresentada como dissertação para o curso de mestrado mencionado anteriormente.

Campo Grande-MS, 30 de julho de 2013.

  
**Milton Miranda Soares**  
Coordenador Estadual da Educação na Saúde  
(COES/SES/MS)

**Milton Miranda Soares**  
Coordenador - Matr.: 1798253  
COES/DEGE/SES