



**GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

RESOLUÇÃO – CIB Nº 062 /2004, de 05 de agosto de 2004.

Dispõe sobre o Plano Estratégico de Desenvolvimento da Política de Educação Permanente no Estado do Tocantins.

O PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO TOCANTINS, no uso de suas atribuições legais e regimentais, conferidas através das disposições da Portaria nº 931/1997, em especial o art. 2º, expedida pela Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins, c/c os arts. 5º e 14º, do Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/TO, e,

Considerando a análise, discussão e pactuação do Plenário da Comissão Intergestores Bipartite em Reunião Ordinária realizada em 05 de agosto de 2004;

Considerando, a Portaria 198 GM/MS de 13 de fevereiro de 2004, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor;

Considerando ainda, a importância que têm o processo de construção coletiva do Plano de Ação do Pólo de Educação Permanente do Estado do Tocantins, para a implementação da política de educação permanente para o SUS;

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar em bloco, os projetos do Pólo de Educação Permanente em Saúde do Estado do Tocantins, que compõem o Plano Estratégico de Desenvolvimento da Política de Educação Permanente no Estado do Tocantins; na forma dos anexos:

I – Implantação de Núcleos de Educação Permanente nos Municípios do Estado do Tocantins.

II – Diagnóstico da Formação de Profissionais de Saúde e da Capacidade Docente do Estado do Tocantins.



**GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

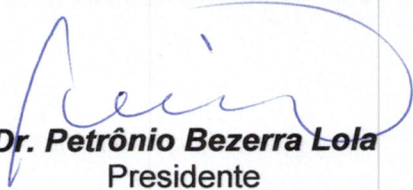
III- Fortalecimento e Mobilização dos Segmentos Identificados – municípios, trabalhadores da saúde, movimentos sociais, estudantes e outros – para participarem efetivamente da roda de Educação Permanente no Estado.

IV- Formação de Facilitadores e Docentes para a Educação Permanente.

V- Articulação dos processos educativos em andamento na lógica da Educação Permanente no Tocantins.

VI- Implantação do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor nesta data, após sua publicação.


Dr. Petrólio Bezerra Lola
Presidente

**PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DO
ESTADO DO TOCANTINS**

*anexo
res. 062*

**PLANO ESTRATÉGICO
DE DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA
DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO
ESTADO DO TOCANTINS**

JULHO – 2004

APRESENTAÇÃO

O presente documento é resultado de um processo de construção coletiva do plano de ação do Pólo de Educação Permanente do estado do Tocantins para a implementação da política de educação permanente para o SUS (Sistema Único de Saúde).

A partir da divulgação do Documento: Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS > Caminhos para Educação Permanente em Saúde > Pólos de Educação Permanente em Saúde, no estado do Tocantins iniciou-se um intenso movimento de aproximação e diálogo entre diversos atores e instituições, que historicamente no estado, construíram frágeis relações entre si, apesar de acompanharem processos educativos e/ou organizativos que, em grande parte, determinam a construção do SUS.

Portanto, os segmentos do ensino, da gestão, da atenção e do controle social, mobilizados pelo convite que a política da educação encampada pelo Ministério da Saúde como resposta aos desafios postos para a área da formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS , enfrentam o desafio de construir rodas de gestão da educação a partir da diversidade de olhares que constitui o quadrilátero da educação permanente no SUS.

Este plano, em poucas páginas e letras registra a intenção maior dos tocaninenses de reconstruir suas intenções e modelos educativos, amparados na concepção de educação permanente como "aprendizagem no trabalho, onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Este exercício de ressignificar processos educativos e de trabalhos vêm ensinando a reconstruir efetiva e afetivamente a forma como os atores e instituições se inserem nas relações do mundo do trabalho: o encontro com o

O Plano de Ação do Pólo converte-se em Projetos de Ação que objetivam desencadear processos de implantação da política de educação permanente no estado nos serviços do SUS, nas instituições de ensino, nos movimentos sociais, no movimento estudantil, no conjunto de trabalhadores, na gestão de saúde construindo rodas de discussão e de educação para transformação do SUS. Estes projetos foram construídos, num período de cinco meses e expressa o entendimento e o compromisso da roda do Tocantins com a política de educação e por isso são PROJETOS ESTRUTURANTES para inverter o modelo atual de fragmentação e verticalização presentes na educação continuada. Propõe-se estabelecer processos de gestão colegiada, de municipalização, democratização, de inclusão e mudança nas práticas atuais de trabalhadores, educadores e gestores, militantes e demais atores que desenvolvem educação para o SUS,

quanto ao modelo e concepção pedagógica dos processos de ensino-aprendizagem vigentes.

MARCO SITUACIONAL

1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO

Com área territorial de 278.420,7 km e população de 1.207.014 milhão de habitantes em 2003, a Unidade Federada do Tocantins tem fronteiras com o Mato Grosso, Pará, Maranhão, Piauí, Bahia e Goiás. O sistema de governo e sua organização político-administrativa compreendem o estado, 18 Regiões Administrativas de Governo, 139 municípios e a Capital Palmas, sede de governo.

O Tocantins encontra-se política e geograficamente dividido em dez regiões distintas, que possuem trocas comuns nos aspectos físicos, humanos econômicos e culturais. Os limites de cada Região Administrativa de Governo são: Extremo Norte (22), Norte (13), Noroeste (15), Nordeste (9), Centro-Oeste (11), Central (11), Leste (8), Sul (10), Sudoeste (6) e Sudeste (18). Todas coincidem com as fronteiras dos estados, exceto a Região Central.

O Estado ocupa 3,3% do território brasileiro e 7,2% da Região Norte. A densidade populacional média do estado é de 4,35 habitantes por Km², com valores extremos nas Regiões Central (72,62 habitantes por Km²) e Leste (0,18 habitantes por Km²).

Em 2003, 74,32% da população total habitava áreas urbanas, e a razão de sexo era de 104,6 homens para 100 mulheres.

A taxa geométrica anual de crescimento da população tocantinense é de 2,49% (projeções baseadas no período de 1991/2000).

Avaliando o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) Municipal, o Tocantins está em 8º lugar no ranking nacional, com aumento na variação entre os anos de 1991 (0,631) a 2000 (0,721), dos 08 indicadores que compõe o IDH – M, demonstrando melhora de 13,6 % na expectativa de vida em geral do povo tocantinense. O Tocantins está na 12ª colocação do ranking nacional segundo o IDH – M – Longevidade (a saúde e sobrevivência). A variação entre os anos de 1991 (0,657) e 2000 (0,703), alcançou um incremento de 7% deste indicador, ou

seja, a criança que nasce hoje, tem uma esperança de vida ao nascer de 7% a mais do que a que nasceu em 1991.

Demograficamente, em 2003, o Tocantins apresentou um percentual de 87,80% da população até 49 anos de idade, 11,90% de seus habitantes são crianças menores de 05 anos de idade e 48,80% do total populacional são mulheres, tendo 64,60% dessa população feminina idade fértil.

Dos municípios do Tocantins em 2003, 59%(82) possuem populações inferiores a 5.000 habitantes, 33,8%(47) entre 5.000 e 20.000 habitantes e somente 7,2%(10) apresentam população acima de 20.000 habitantes. Desses, apenas 02 municípios apresentam população superior a 100 mil habitantes (Palmas e Araguaína).

O abastecimento de água por rede pública supre 71,32% da população, enquanto 28,68% é abastecida através de poços, nascentes e outros, sendo que desse percentual 78,91% trata a água por filtração, fervura e/ou cloração, no domicílio. Cerca de 21,09% não tem nenhum tipo de tratamento de água.

A destinação dos resíduos sólidos domiciliares se distribui da seguinte forma: 65,53% é feito por coleta pública, 17,25% são queimados ou enterrados e 17,22% são depositados, ainda, a céu aberto, de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB 2003.

O sistema de informação referido acima mostra que no Estado as características das habitações são as seguintes: 83,69% são construídas de tijolos, 8,00% de taipa revestida ou não, 5,12% de madeira e 3,27% de material aproveitado e outros, sendo que nesses domicílios, em relação ao destino dos dejetos, somente 5,92% apresenta sistema de esgotamento sanitário público, 72,75% possui fossa séptica e rudimentar e em 21,33% a destinação é a céu aberto.

Na educação, a rede estadual de ensino está atendendo mais de 396.500 alunos, em 2.417 estabelecimentos de ensino, do pré-escolar ao nível médio. O SIAB-2003, mostra que 87,59% da população na faixa etária de 7 a 14 anos está na escola e que a taxa de analfabetismo na população de 15 anos e mais é de 13,56%.

As características acima descritas compõem o quadro que determina o processo de saúde e doença da população tocantinense.

2. HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO PÓLO

O Pólo de Educação Permanente do Estado do Tocantins começou a ser constituído com a I Oficina de EP realizada nos dias 2 e 3 de dezembro de 2003, na sala de reunião da Secretaria Estadual de Saúde. Esta primeira Oficina foi organizada pela Secretaria Estadual e contou com a participação de quatro Assessores/técnicos do Ministério da Saúde, Técnicos da SESA; Técnicos da SEMUS-Palmas; Instituições de Ensino Superior: UFT – Universidade Federal do Tocantins, UNIRG – Universidade Regional de Gurupi, Ulbra – Universidade Luterana do Brasil, Unitins – Universidade Estadual do Tocantins, ITPAC – Instituto Tocantinense Antônio Carlos, FMT – Fundação de Medicina Tropical; Instituições de Ensino de Nível Técnico, Colégio Supremo, SENAC, Representante da SEDUC – Secretaria Estadual de Educação; Estudantes da área da saúde, Enfermagem – Ulbra, Medicina – Unirg, ITPAC.

Nesta reunião ficou estabelecido a realização da II Oficina do Pólo de Educação Permanente (18 de setembro) para discussão do documento da Tripartite, e começar a estruturar o Pólo do Tocantins. Para a organização da II Oficina do Pólo, foi montada uma comissão com este propósito. Esta comissão era composta por representantes dos gestores municipais e estadual, estudantes, Universidades e escolas técnicas.

A II Oficina para estruturação do Pólo de EP do Tocantins foi realizada no CEULP/ ULBRA nos dias 18 e 19 de dezembro de 2003. Foram dois dias de intensa discussão e apropriação do objeto da Educação Permanente. Nesta Oficina houve um aumento significativo na participação de diversos atores, entre

eles SESAU, SEMUS, UNIVERSIDADES, MOVIMENTOS SOCIAIS, ESTUDANTES, SENAC, Associações de Classes.

Nesta oficina, dentre os encaminhamentos, foi ampliada a constituição da comissão provisória, passando a integrar esta Associações de classes maior número dos atuais representantes. Dentre as atribuições desta comissão ampliada que teve um prazo de 120 e maior autonomia para organizar a III Oficina de EP, bem como uma proposta de regimento do Pólo e os eixos gerais do Projeto do Pólo que foram apresentados nesta III oficina.

A III Oficina de EP aconteceu no período de 3 a 5 de Março de 2004 no auditório do Senac, com a presença de Assessores e Técnicos do Ministério da Saúde e novamente teve grande mobilização dos diversos atores participantes do processo, esta oficina contou com cerca de 200 pessoas. Nela foi apresentado e discutido e aprovado o regimento do Pólo do Tocantins, nesta mesma Oficina definiu-se a constituição do Conselho Gestor.

O Conselho Gestor do Pólo é constituído por:

- Representante do Gestor Estadual (02)
- Representante do Gestor Municipal (02)
- Representante do município sede do Pólo (01)
- Representante dos Serviços (09), Atenção Básica, Média e Alta Complexidade.
- Representante dos Movimentos Sociais (03)
- Representante das Instituições de Ensino Superior (03)
- Representante das Instituições de Ensino Técnico (03)
- Representante dos trabalhadores de Saúde (01)
- Representante dos Estudantes (03)
- Representante do COSEMS (01)

Apesar do grupo considerar como Pólo de Educação Permanente do Estado desde as primeiras discussões, após a aprovação do regimento interno considerou-se de fato o Pólo Constituído.

A I Oficina do Pólo de Educação Permanente do Tocantins, após a aprovação do Regimento Interno, foi realizada nos dias 5 e 6 abril de 2004, no auditório do SENAC, com o objetivo de elaborar os projetos do Pólo, esta Oficina contou com a presença de 03 Assessores do Ministério da Saúde, os atores dos diversos segmentos puderam discutir e assuntos e trabalhar os temas, para elaboração do Projeto, a partir do produto da oficina anterior que discutiu os eixos gerais para o projeto.

A II Oficina do Pólo de Educação Permanente do Tocantins aconteceu no dia 25 de maio de 2004 no auditório da ATM (Associação Tocantinense de Municípios), onde foram apresentados os projetos do Pólo para 2004. Nesta reunião foram aprovados 06 projetos, que visam estruturar o Pólo no Estado.

No período de 21 a 23 de abril de 2004 foi realizada a Oficina de Imersão em Educação Permanente, tendo como facilitador o Prof. Dr. José Inácio Mota da ENSP e Assessor do Ministério da Saúde, com o objetivo de ampliar o conhecimento da Educação Permanente, participou desta oficina os membros do Conselho Gestor, atores estratégicos para a implantação da política de educação permanente no estado.

Em reunião ocorrida no 05 de abril de 2004, definiu-se dentre os membros do Conselho Gestor a coordenação do Pólo e a Secretaria Executiva ambas, ficaram sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde e compondo ainda a secretaria executiva mais três segmentos, sendo estes movimentos sociais – Movimento Nacional de Luta pela Moradia, Gestor Municipal – Sec. Municipal de Saúde de Palmas, Universidade – Universidade Federal do Tocantins.

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SAÚDE

Situação Epidemiológica

O Estado do Tocantins possui características ambientais, sócio-econômicas e demográficas favoráveis ao surgimento de algumas doenças principalmente as vetoriais e/ou zoonoses. Em vista destas características, o Estado é considerado área endêmica para algumas doenças e agravos tais como: Dengue Febre amarela, Malária e Leishmaniose Tegumentar e Visceral, Acidente por Animais Peçonhentos. Nas transmissíveis há um destaque para os casos de Hepatites Virais e Meningites, DST/AIDS, Tuberculose e Hanseníase e nas crônicas aos casos de câncer e complicações cardiovasculares.

Tabela 01
Frequência dos Principais Agravos e Doenças Notificadas
Residentes no Tocantins de 1999 – 2003*

DOENÇAS E AGRAVOS	Casos notificados por ANO									
	1999	%	2000	%	2001	%	2002	%	2003*	%
HIPERTENSAO ESSENCIAL	913	18,29	6.625	22,61	9.067	20,68	12.680	24,76	13.245	23,67
DENGUE	132	2,64	2.998	10,23	8.013	18,27	4.012	7,83	5.448	9,74
DIABETES MELLITUS NE	189	3,79	1.366	4,66	2.864	6,53	2.290	4,47	2.281	4,08
HANSENIASE	1.522	30,49	1.293	4,41	1.269	2,89	1.437	2,81	1.540	2,75
ACIDENTE POR ANIMAIS PEÇONHENTOS	53	1,06	492	1,68	760	1,73	1.020	1,99	1.097	1,96
HEPATITE VIRAL	155	3,10	1.225	4,18	1.401	3,20	522	1,02	1.174	2,10
LEISHMANIOSE VISCERAL	3	0,06	172	0,59	295	0,67	311	0,61	744	1,33
LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA	22	0,44	793	2,71	795	1,81	675	1,32	677	1,21
TUBERCULOSE	316	6,33	257	0,88	296	0,68	311	0,61	240	0,43
MENINGITE	12	0,24	108	0,37	107	0,24	84	0,16	71	0,13
AIDS	47	0,94	41	0,14	75	0,17	65	0,13	63	0,11
FEBRE AMARELA	0	0,00	21	0,07	4	0,01	2	0,00	11	0,02
Total Casos Notificados	4.992	100,00	29.304	100,00	43.849	100,00	51.208	100,00	55.957	100,00

Fonte: SINAN W/ SESAU-TO

* dados parciais

Segundo a tabela 01, dentre os principais agravos e doenças ocorridos no Estado nos últimos anos, o agravo com o maior número de notificações é hipertensão arterial com 13.245 casos notificados em 2003, seguidos da dengue com 5.448. As doenças crônicas possuem uma importância epidemiológica considerável com 2.281 casos de diabetes mellitus e 1.540 casos de hanseníase. Tem ocorrido nos últimos anos um aumento do número de casos de acidentes por animais peçonhentos provocados por vários fatores destacando-se: a criação de assentamentos rurais, construção de hidrelétricas e barragens, incentivos para aumento da produção agrícola, aumento da malha viária do Estado e construção da ferrovia Norte-Sul, que provocaram o aumento do acesso e permanência de pessoas em locais rurais e habitat destes animais.

Destacamos abaixo o perfil epidemiológico de algumas destas doenças e agravos, a saber :

Leishmaniose Visceral Americana - LVA

Em relação à Leishmaniose Visceral Americana (LVA) no período de 5 anos entre os anos de 1999 à 2003, 48 municípios já tiveram casos notificados de Leishmaniose Visceral Americana, correspondendo à 34,53% dos municípios do Estado, segundo critério de classificação das áreas de transmissão. Onde observamos a media de casos nestes anos, concentrada nas regiões central, norte e sul do Estado, envolvendo os municípios de Palmas(45,2), Porto Nacional(22,4), Paraíso(15,8), Araguaína(6,0), Tocantinópolis(16,0) totalizando em 2003 cerca de 73,23% dos casos notificados, considerada áreas de transmissão intensa. Observam – se uma transmissão moderada em apenas 2 municípios (Cristalândia e Buriti do Tocantins), enquanto que em 41 municípios a transmissão é esporádica e nos demais 72 municípios apresentaram sem transmissão de casos.

A incidência da Leishmaniose Visceral Americana é maior na zona urbana em relação à zona rural. Essa mudança de zona rural para urbana é um fenômeno epidemiológico que vem sendo observado pelos pesquisadores, segundo literatura

desde da década de 70. Atualmente, no Brasil a LVA está registrada em 19 das 27 Unidades da Federação, com aproximadamente 1.600 municípios apresentando transmissão autóctone.

A ocorrência dos casos de Leishmaniose Visceral Americana no Estado é maior em pessoas do sexo masculino 55% que do sexo feminino 45%. A faixa etária mais acometida é em menores de 9 anos de idade, com predominância na faixa etária específica de 0 - 4 anos. A taxa média de letalidade no Estado é de 3% para este agravo.

A Leishmaniose Visceral Americana encontra-se em processo de expansão no Estado, evidenciado pelo aumento da incidência e pelo número de municípios com transmissão.

Dengue

Dos casos de dengue notificados em 2001, 26% ocorreram em Palmas, 15% em Araguaína e 12% em Gurupi. Durante esse período registrou-se cinco (5) casos confirmados de Febre Hemorrágica do Dengue – FHD, dos quais um (1) resultou em óbito.

Em 2002 notificou-se 4010 casos em todo o Estado. Quanto a Febre Hemorrágica do Dengue (FHD) foram confirmados dois (2) casos, não sendo registrado óbitos nesse ano. Ocorreu um declínio de aproximadamente 50% dos casos no ano de 2002 (4010) quando comparados a 2001 (8013).

No ano de 2003 foram notificados 5483 casos da doença, destes, 7 casos foram da forma hemorrágica e 01 caso de dengue com complicação. E até a 22ª semana epidemiológica do ano de 2004 já foram notificados 2233 casos de dengue, esse valor corresponde a um decréscimo de cerca de 31% quando comparados ao número de casos notificados no mesmo período de 2003 (3.245). Nesse ano foi constatado 01 caso da forma hemorrágica e 02 casos de dengue com complicação.

Haviam 119 municípios infestados e 115 com transmissão de dengue no ano de 2001, em 2002 existiam 122 municípios infestados e 103 com transmissão.

Em 2003 existiam 107 municípios infestados, dos quais 48 com transmissão e, 18 municípios estão sob investigação.

Atualmente 108 municípios do Estado estão infestados pelo *Aedes aegypti*, destes, evidenciada-se, porém, a transmissão da doença em 40 municípios.

Malária

Até a semana epidemiológica 48, já haviam sido notificados no Tocantins cerca de 3.924 casos sendo 1098 casos confirmados. Destes, 576 são importados de outros estados em sua maioria oriundos do Pará e 522 são autóctones, sendo que 06 municípios (Araguacema, Caseara, Marianópolis, Araguatins, São Salvador e Peixe) possuem cerca de 82% do total de casos confirmados localizando-se no extremo –oeste do Estado no limites do rio Araguaia e em locais de assentamento e outros 02, em virtude da construção da Usina do Peixe, na parte sul do Estado.

Hanseníase

O Estado do Tocantins dentro dos parâmetros de Organização Mundial de Saúde é considerado hiperendêmico para Hanseníase, possuindo 1473 casos novos em 2002, com uma taxa de incidência de 12/10.000 habitantes e uma prevalência 14/10.000 habitantes. Em 2003 até a Semana Epidemiológica 45 já havia cerca de 1.147 casos novos.

No geral ocorreu um aumento de cerca de 115% na detecção de casos novos entre os anos de 1996 e 2002.

A taxa de abandono é em torno de 6%, a cura em 72% para os casos paucibacilares e em 56% para os multibacilares.

Tuberculose

Em 2003, foram notificados 195 casos novos de tuberculose, apresentando um coeficiente de incidência de 15,85/100.000 habitantes. Neste ano, atingimos

apenas 64% da meta estimada para descoberta de casos. No ano de 2002, a taxa de abandono foi de 9%, considerada alta em relação à meta de abandono que é de 5%.

Hepatites Virais

Foram notificados em 1999, 155 casos de hepatites virais, ocorrendo uma melhoria na notificação dos casos com um incremento de 87,35% dos dados em relação ao ano de 2000 com 1.225 casos oscilando entre os anos de 2002 e 2003 com 522 e 1.174 casos respectivamente. Os dados sobre hepatites informados até 1999 são de difícil interpretação, pois somente em 2000 passou – se a registrar separadamente os tipos A, B, C e D. Em 2003 foram notificados 107 casos de hepatite B e 27 de hepatite C, entre novos e antigos. Sua distribuição geográfica é heterogenia com prevalência mais elevada na região norte do país.

AIDS

Do início da epidemia em 1988, até julho de 2003, foram notificados 375 casos de aids no Estado. Observa-se que a epidemia está em crescimento, mesmo tendo um número menor de notificações em 2002 que em 2001, o que pode ser atribuído a atraso nas notificações. A aids está presente em todas as regiões do Estado, com predominância na microrregião de Palmas (40%), seguido das microrregiões de Araguaína (32%) e Gurupi (13,6%). Dos 139 municípios, em 39% temos pelo menos 1 caso de aids. As maiores incidências concentram-se nos municípios com menos de 10.000 habitantes, evidenciando a interiorização da epidemia.

Em 2002 o município de maior incidência foi Bom Jesus do Tocantins (44/100.000 hab.), seguido dos municípios de Cristalândia (42/100.000 hab.), Palmeiras (40/100.000hab.) e Ponte Alta do Bom Jesus (22/100.000 hab.) .

A expressiva participação das mulheres no perfil epidemiológico da doença pode ser constatada na progressiva redução da razão de sexo que era de 5 em

1991, para 1 em 2002 demonstrando a feminilização da AIDS. Uma das conseqüências diretas dessa maior participação feminina é o possível aumento da transmissão vertical e aumento de crianças órfãs da AIDS.

Quanto a distribuição dos casos de AIDS segundo categoria de exposição hierarquizada, a Heterossexual vem aumentando em ambos os sexos (62,4% dos casos), mas para o sexo masculino há um considerável percentual em homossexuais (23%) e bissexuais (16%). É importante ressaltar a presença de 7,5% de categoria ignorada, o que indica que essa variável ainda é muito problemática em termos de preenchimento. Quanto à distribuição dos casos segundo faixa etária, observa-se que a mais atingida está entre 25 e 39 anos concentrando 65% dos casos. Devido ao longo período desde a infecção até o aparecimento dos sintomas, verifica-se que os adolescentes estão mais expostos à infecção pelo HIV.

Imunização

A vacinação de rotina dos menores de um ano de idade, realizada no triênio 2001-2003, alcançou coberturas médias anuais de superior a 95% contra poliomielite (três doses), tuberculose e sarampo, e de 93%-94% contra difteria, tétano e coqueluche (três doses). Entretanto, cerca da metade dos municípios brasileiros apresentou, em 2002 cobertura abaixo de 90% para as três doses das vacinas DPT e contra poliomielite. Em 57% dos municípios, a cobertura vacinal contra sarampo era inferior a 95%. Além da vacinação de rotina na infância, são realizadas campanhas periódicas, dirigidas a doenças e ou grupos populacionais. As estratégias especiais de intervenção são adotadas segundo tipos de vacinas ou áreas específicas, com base em programação pactuada em níveis estadual e municipal.

As estratégias de ação para erradicar o sarampo incluíram duas campanhas nacionais de vacinação realizadas em 1997 e 2000, e a organização de um grupo – tarefa para dinamizar as atividades de vigilância e controle de

focos. Em 1996, a rubéola foi integrada às ações de vigilância do sarampo e, em 2001, foi introduzida a vigilância da síndrome de rubéola congênita.

Têm sido mantidas campanhas anuais de vacinações e ações de vigilância de paralisia flácidas agudas, com a meta de detectar pelo menos um caso anual por 100 mil menores de 15 anos de idade, no Estado foram pactuados 04 casos de paralisia flácidas agudas para o ano de 2003, sendo notificados 07 casos, garantida a coleta de uma amostra fecal até 15 dias após o início da paralisia.

O tétano neonatal persiste no Tocantins com 01 caso, em 2000, para 02 em 2002, e 01 caso em 2003, mas sua incidência está em constante declínio há mais de uma década em todo país.

Foram notificados, em 2000, 09 casos de meningite por *Haemophilus influenzae* tipo B, dos quais 04 (44,44%) em menores de um ano de idade, principal grupo de risco. Os dados para 2003 registraram apenas 21 casos, 08 (38,10%) deles em menores de um ano de idade.

Mortalidade

O sistema de informação sobre mortalidade (SIM) processa anualmente, em torno de 5.500 óbitos no Estado. Estima-se que sua cobertura média tenha alcançado 64,84% em 2003, com valor abaixo da preconizada pelo Ministério da Saúde (90%). Esta proporção tenderá a aumentar com a incorporação de dados de fontes complementares, com a notificação de óbitos por agentes comunitários de saúde. O preenchimento das declarações de óbitos é praticamente completo para as variáveis sexo (0,02%) e idade (6,61%); a proporção de causas mal definidas – que engloba os óbitos sem assistência médica – diminuiu 80,86% nos últimos anos, situando – se em cerca de 6,78% em 2003. A análise por sexo evidencia o maior peso das mortes masculinas, em praticamente todas as idades, representando cerca de 60,85% dos óbitos totais. A distribuição etária mostra que a proporção de mortes em menores de um ano de idade, sobre o total de óbitos, reduziu – se de 15,50%, em 1996, para 9,31 em 2003. Em contrapartida, 48,42%

dos óbitos informados em 2003 ocorreram na faixa etária de 60 anos ou mais de idade.

No ano de 2003 o estado registrou 717 óbitos por causas externas representando 14,73% dos 4.866 óbitos nesse ano, dos quais 432 (60,25%) foram registrados como acidentes de trânsito, 195 (27,20%) como homicídios e 70 (9,76%) de suicídios.

Analisando os acidentes de trânsito, verifica – se que a faixa etária de 20-39 anos corresponde a de maior incidência, com 119 óbitos equivalendo a 52,19% dos 179 (78,51%) do sexo masculino. No sexo feminino, a faixa etária de maior predominância de óbitos é de 15 - 29 anos com 23 ocorrências e percentual de 46,94% dos 49 óbitos.

Dos óbitos por causas externas, 195 homicídios, 175 (89,74%) foram masculinos, e destes, 130 (74,29%) ocorreram na faixa etária de 20-49 anos. Enquanto no sexo feminino do total de 20 óbitos, 11 (55,00%) ocorreram na faixa etária de 20-49 anos. Quanto aos suicídios, 53 óbitos foram no sexo masculino e a faixa etária mais acometida foi de 20-59 anos com 38 óbitos, correspondendo a 71,70%, já no sexo feminino dos 17 óbitos totais, houve predominância na faixa etária de 20-39 anos com 09 óbitos (52,94%) e na faixa etária de 20 – 59 anos correspondeu ao percentual de 70,59%, (totalizando 12 óbitos).

Excluídos os óbitos por causas mal definidas, a distribuição proporcional das demais causas mostra discretas variações entre 2002 e 2003. Excetua - se a tendência ascendente das neoplasias, responsáveis por 8,96% dos óbitos totais em 2003 e vindo a substituir as causas externas como segunda razão de morte, em 2003. As doenças do aparelho circulatório mantiveram – se como primeira causa de morte nos anos de 2002 e 2003 com taxas de 117,07 e 127,14 por 100 hab. / ano, respectivamente. As taxas por 100 mil habitantes foram de 127,14 para as doenças do aparelho circulatório, 58,28 para causas externas, de 44,14 para as infecções originadas no período perinatal, 35,44 para as neoplasias, 29,75 as doenças do aparelho respiratório para o ano de 2003.

Dos óbitos maternos a taxa por 100 mil Nascidos Vivos – NV no Tocantins foram de 58,4 com um total de 15 óbitos para o ano 2002, sendo desses 07

ocorridos na microrregião de Palmas, com uma taxa de 89,4. A microrregião de Araguaína e Dianópolis respectivamente apresentaram 57,8 e 57,4. E para o ano de 2003, registrou-se uma taxa de mortalidade materna de 70,63/100 mil NV para o Estado com um total de 18 óbitos, Palmas, Araguaína e Gurupi com taxa de 53,98, 147,44 e 142,45 respectivamente. As principais causas de óbitos foram às complicações do parto e puerpério, infecção puerperal, eclampsia, descolamento prematuro de placenta e aborto.

Dados relativos a nascidos vivos no período de 2002 e 2003 mostram que cerca de 6,37 e 6,68% apresentaram baixo peso ao nascer, sem variações significativas entre os anos observados. Esses valores excedem os esperados em condições ideais para o crescimento intra – uterino, embora se situem abaixo do limite máximo de 10% admitido mundialmente.

Em 2003, a taxa de mortalidade infantil situou – se em 17,78 óbitos por mil nascidos vivos, valor 26% inferior à taxa de 1996, que foi de 24,00 por mil.

A mortalidade tende a concentrar – se no período neonatal, à medida que decresce a proporção de mortes evitáveis por ações básicas de saúde e saneamento. Em 2003, 61,81% dos óbitos infantis ocorreram no primeiro mês de vida e 51,00% na primeira semana. Nesse ano, as afecções originadas no período perinatal causaram 56,95% das mortes infantis, seguindo – se as doenças infecciosas e parasitárias (11,26%), anomalias congênitas (9,71%) e as doenças do aparelho respiratório (8,83%).

O sistema de informação sobre nascidos vivos – SINASC, foi implantado na década de 1990 no país no estado do Tocantins sua implantação efetivou – se em 1993, a partir deste ano é que se dispõe de dados para a produção de diversos indicadores relativos à atenção pré – natal e ao parto. Em 1993 e 2003 suas coberturas médias foram de 66,32% e 71,40%, em relação ao número estimado por métodos demográficos.

Uma das preocupações do Estado é a melhoria da qualidade da informação, tais como: a declaração da causa de óbitos maternos e busca da subnotificação através do Programa Saúde da Família – PSF, melhorando a cobertura da Declaração de Óbitos – DO e Declaração de Nascidos Vivos – DN.

Os óbitos do capítulo IX – Doenças do Aparelho Circulatório do Código Internacional de Doenças – CID 10, correspondem a 29,9% do total de óbitos ocorridos no Estado e desses as 04 principais causas foram: acidente vascular cerebral (23,2%); infarto agudo do miocárdio (45,5%); insuficiência cardíaca (12,1%) e hipertensão essencial (8,3%).

Morbidade Hospitalar

No Tocantins a morbidade hospitalar por local de residência, demonstrou que as internações hospitalares realizadas no sistema público de saúde em 2003, tiveram como principais causas capítulos do Código Internacional de Doenças – CID 10, às doenças do aparelho respiratório com (17,20%), algumas doenças infecciosas e parasitárias (11,36%), doenças do aparelho circulatório (7,06%), doenças do aparelho geniturinário (6,95%) e doenças do aparelho digestivo (6,93%).

A análise por sexo e distribuição etária demonstra que a proporção é maior no sexo masculino em relação ao feminino, apresentando como as cinco principais causas de morbidade hospitalar: Capítulo X – as doenças do aparelho respiratório (23,83%) onde a faixa etária mais acometida foi a <1 ano (19,43%) e 1 – 4 a (32,33%), totalizando 51,78% desta causa; Capítulo I – algumas doenças infecciosas e parasitárias (15,69%) destacando o grupo etário 0 – 4a (48,03%); Capítulo XIX – Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüência causas externas (13,32%), predominando as faixas etárias 5 – 14a (21,03%), 15 – 24a (23,70%) e 25 – 34a (19,76%) com um total de 64,49%; Capítulo XI doenças do aparelho digestivo (9,91%) demonstrando a predominância nos grupos etários 25 – 34a (15,62%), 35 – 44a (13,77%) 45 – 54a (14,61%) e 65a e + (16,52%) e Capítulo IX doenças do aparelho circulatório destacando a faixa etária 65a e + (49,14%), seguida do grupo etário 55 – 64a (18,35%) com uma proporção nestas faixas etárias de 67,49%. Deve – se ressaltar que nos menores de 1 ano no sexo masculino as principais causas de internação – CID 10 foram nas doenças do aparelho respiratório, em algumas doenças infecciosas e parasitárias e em

algumas afecções originadas no período perinatal, apresentando proporções de 37,72%, 27,06% e 25,60% respectivamente.

Enquanto que no sexo feminino as principais causas de morbidade hospitalar tiveram o comportamento diferenciado, apresentando: Capítulo X – as doenças do aparelho respiratório (12,97%) predominando as faixas etárias <1 ano (17,22%) e 1 – 4 a (30,65%); Capítulo I – algumas doenças infecciosas e parasitárias (8,60%) destacando os grupos etários <1 ano (19,68%) e 1 – 4 a (27,87%); Capítulo XIV – doenças do aparelho geniturinário (7,31%) demonstrando a predominância nos grupos etários 15 – 24a (22,05%), 25 – 34a (23,03%); Capítulo IX doenças do aparelho circulatório (5,30%) onde a faixa etária mais acometida foi 65a e + (45,77%) e Capítulo XI – doenças do aparelho digestivo (5,04%) destacando os grupos etários 25 – 34 a (17,94%), 35 – 44a (15,04%) e 45 – 54a (13,91%).

A principal causa de internações demonstrados pelo Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS, refere-se às causas ligadas à gravidez, parto e puerpério com 20.384 internações representando 26,35% do total das morbidades hospitalares.

MARCO CONCEITUAL

(Trechos da Reflexão coletiva da Oficina de Educação Permanente com Professor Inácio)

“Há uma baixa acumulação teórica e conceitual em torno dos processos e metodologias de Educação Permanente nos sistemas de saúde, incluindo os diversos atores que os compõem aqui entendidos como atores estratégicos que são atores que estimulam a discussão e a negociação para a construção de pactos a partir da elaboração de consensos. Além disso, cabe aos atores formular e propor políticas de base loco-regional. Isto se torna difícil devido ao processo histórico do Estado brasileiro de expropriação do direito de voz dos atores locais.

Ainda que a idéia de educar permanentemente os indivíduos seja antiga, a resposta institucional em torno de propostas de programas de educação continuada/permanente se inicia no século passado. A Educação Continuada e a Educação Permanente se inserem no ramo da educação para adultos, pressupostos distintos daqueles comuns da educação infantil com base em Piaget e Vigotsky.

Nos anos 50 e 60 o mundo vive um período de pós-guerra, um período desenvolvimentista que estimula a urbanização e a migração da população para as cidades.

MATRIZES DE ORIGEM

Os conhecimentos se tornam obsoletos rapidamente, o que gera a necessidade de processos de educação que complementem a formação universitária. Neste momento foi criado o sistema S: SENAI, SENAC, Sesi. Este sistema veio com a responsabilidade de fazer a educação para adultos. O programa de educação de

adultos pode ser uma requalificação de trabalhadores já inseridos no mercado de trabalho e também a qualificação de pessoas para a sua inserção nesse mercado.

Um dos fatores que geraram a necessidade de aceleração do processo da ciência e tecnologia foi o processo de industrialização da modernidade, que de acordo com Boaventura Souza Santos se confunde com o momento de desenvolvimento do capitalismo mundial, estruturado em dois pilares: Regulação Social (Estado, mercado e Comunidade) e emancipação do conhecimento (estética, artística, cognitiva, instrumental – aplicação do poder da ciência gerando conhecimento e moral/ética) Estes dois pilares deveriam estar em equilíbrio.

Entretanto, no pilar da regulação, o Estado e o Mercado são hegemônicos em detrimento do potencial de regulação da comunidade. No pilar do conhecimento, a racionalidade cognitivo-instrumental é hegemônica em relação à estética/artística.

De acordo com Foucault, a regulação social do mercado se deu a partir do financiamento do conhecimento científico/instrumental. A guerra gera a necessidade de produção de conhecimento para responder a um problema surgido com a guerra. Pode-se usar como exemplo o desenvolvimento de antibióticos. Com a guerra fria, a polarização do mundo exige a produção de tecnologias que propiciem produtos de baixo custo, alta eficiência e rápida produção. O que ocorre é fruto de uma pactuação entre o meio acadêmico e científico com a lógica de produção capitalista.

'Maio de 68 na França'

Os estudantes retiravam os tijolos seculares das ruas de Paris e jogavam contra as forças de repressão policial. Neste momento houve a compreensão de que a formação das profissões nunca dará conta da complexidade do campo de conhecimento que conforma aquela prática, ou seja, o objeto de intervenção das profissões é sempre muito mais complexo que a capacidade de formação das

instituições formadoras. O efeito dominó no mundo gerou a necessidade da criação de programas de requalificação profissional.

Necessidades do mercado

Reconhecimento da necessidade de aumentar a produção do mercado, e tanto maior será a produção, quanto maior o nível de escolaridade. O nível de escolaridade e a empregabilidade aumentam ainda o potencial de consumo da população e a possibilidade de ampliação dos mercados consumidores e, portanto, a ampliação do lucro.

As fragilidades expostas dos processos de educação geram a produção de metodologias distintas para o processo de educação de adultos, que no caso de Paulo Freire, por exemplo, representa uma politização dos educandos e, portanto, um movimento de resistência ao processo anterior. Ao longo da história ocorre uma cisão ideológica nos processos de requalificação para o trabalho

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Desde a primeira Conferência em 1947, até a VII CNS, não havia a participação popular. Este quadro muda com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Há uma hierarquia no sistema de saúde, na qual o profissional médico é priorizado em detrimento dos outros profissionais de saúde. Isso está em consonância com a política de organização da atenção em saúde fundamentada na lógica de ações programáticas. Estas ações compartimentalizadas terão impacto na lógica de organização dos serviços e também na lógica de formação de RH em saúde.

A III Conferência Nacional de Saúde inicia um processo de discussão sobre a descentralização das ações de saúde no país. Entretanto, com o Golpe Militar de 1964 este movimento fica paralisado, até a VIII CNS em 1986.

Na VIII CNS se discute o PREV-SAÚDE, que já continha a idéia de sistemas descentralizados, organizados por nível de complexidade e se constituía numa política de resposta aos acordos firmados na Conferência de Alma Ata. Nesta Conferência se reconhece a necessidade da formação de Recursos Humanos no país como estratégia de implantação dessa política. A I Conferência Nacional sobre Recursos Humanos em Saúde ocorre em 1986 e a II CNRH ocorre em 1993. Em 2005 será convocada a III CNRHS. Eixos da gestão da força de trabalho e do desenvolvimento de RH em saúde.

Estas conferências reconhecem a confusão conceitual em torno dos programas de qualificação dos recursos humanos em saúde. Em 1993 a Conferência estimulou que as Secretarias de Saúde pudessem organizar em sua estrutura as áreas de desenvolvimento de RH, uma estrutura que pudesse estar respondendo às necessidades de desenvolvimento de trabalhadores em nível local.

Nos anos 80 a OPAS (Organização Pan-americana de Saúde) iniciou um processo de discussão dos programas de requalificação profissional e os programas de educação permanente. Este processo de reflexão gera um conjunto de produção conceitual e bibliográfica que possibilita a reflexão sobre os enunciados relevantes para a Educação Permanente. Esta série de publicações discute a dimensão pedagógica da Educação Permanente.

O projeto em larga escala era uma proposta de formação de auxiliares de enfermagem. O seu diferencial era a utilização dos enunciados gerados na OPAS. Estabeleceu-se um currículo de formação integrado para a formação desses profissionais. Outra experiência foi a rede de cursos descentralizados da Escola Nacional de Saúde Pública em 1995. Foi realizado um experimento de natureza metodológica de aplicação dos pressupostos de Educação Permanente da OPAS nos sistemas locais de saúde.

Nos anos 90 o Programa de Saúde da Família gera a necessidade de reorganizar as práticas de saúde e reorientar os fluxos de gestão do sistema. Ocorre assim o reconhecimento da fragilidade no desenvolvimento de RH, tanto no perfil de competências dos profissionais que estão sendo formados como na formação do trabalhador pelos próprios serviços de saúde.

A tentativa de resposta foi a criação dos pólos de formação, capacitação e educação permanente em saúde da família. Os pólos deveriam propiciar uma articulação entre academias e serviços de saúde. Entretanto, na prática real dos pólos de saúde da família, os processos de educação permanente tiveram pouca expressão e houve a manutenção de cursos a partir das áreas programáticas.

A Rede Unida articula serviços de saúde, instituições formadoras e comunidade, em torno da discussão para formação, requalificação de profissionais de saúde e integração com o sistema de saúde. Em 2001 a rede unida foi convidada pelo Ministério da Saúde para avaliar a implantação dos pólos. Além da rede, participavam 16 pólos de saúde da família de todo o país.

EIXOS DE AÇÃO DOS PÓLOS

O Pólo têm autonomia de pensar a sua realidade local e pensar as respostas necessárias aos seus problemas, assim como as dificuldades de implementar sistemas de avaliação.

Quanto aos programas de residência e especialização, será necessário discutir a perspectiva pedagógica e a distribuição por especialidades. Se há um financiamento público, precisa haver uma regulação desses programas. Não se faz um planejamento das necessidades de formação de acordo com os problemas reais do sistema de saúde. O currículo desses cursos precisa discutir que competências se desejam gerar no sistema. Do ponto de vista da Educação

Permanente, como se dá a relação da clínica com o conjunto de saberes que estão além da clínica, como o campo das ciências sociais, por exemplo.

Os pólos estavam organizados na lógica de formação por demandas de cursos organizados em áreas programáticas. Surgiam listas de capacitações desconexas e desarticuladas para dar respostas isoladas aos problemas identificados pelo Ministério da Saúde.

- Qualificações iniciais para a inserção no trabalho
- Programas de residência e especialização para tornar os atores sujeitos do seu próprio trabalho
- Estabelecer formas de circulação de conhecimento em nível local
- Impactar as instituições de formação e estabelecer mudanças nos processos de formação dos profissionais de saúde.

Como podemos estabelecer uma prática geradora de consensos ?

Em uma discussão coletiva, geralmente a nossa fala vai a defesa de alguma coisa e se contrapõe à fala do outro. Precisamos aprender a abrir mão de interesses particulares e construirmos juntos uma terceira possibilidade. Para construir consensos, precisamos reconhecer que somos diversos, com instituições sociais diferentes, interesses diferentes, pactos sociais diferentes, discursos diferentes, mas que somos capazes de construir consensos.

Temos baixa capacidade no sistema de construir processos de avaliação. A avaliação incomoda. É difícil colocarmos as nossas experiências na roda por que temos medo de que sejam estabelecidos juízos de valor, que são desconfortáveis, mas são necessários e podem pautar os critérios de escolha. Precisamos definir critérios que irão pautar as nossas escolhas. A escolha é muito mais difícil pela negação do que pela afirmação.

O pólo é um exercício de definição coletiva de escolhas. Se não conseguirmos criar critérios e parâmetros para que sejam realizadas essas escolhas, não teremos um padrão para guiar as nossas escolhas. Será do diálogo entre o que foi definido como padrão que poderá definir as nossas escolhas e será exatamente o que irá dar credibilidade ao processo. Quais são os critérios coletivos que irão permear as nossas escolhas ?

Um dos grandes desafios de um processo dinâmico e processual é a capacidade que temos de incluir os outros. Numa política descentralizadora e municipalizadora é difícil por que a inclusão não significa ter a capacidade de fala garantida. Como o conhecimento pode gerar uma categoria construída pela Marilena Chauí denominada discurso de competências e como o discurso de competências retira a capacidade do outro de ser sujeito de seu próprio processo.

Ao refletir sobre o conceito de saúde é preciso pensar a matriz explicativa do processo de adoecimento. Discutir o processo saúde-doença é um ponto de partida comum para todos os atores envolvidos. Não somente porque o grupo era heterogêneo, mas pensar o conceito de saúde era uma tentativa de construir um consenso sobre a concepção de saúde. Como estamos participando de um processo de construção, a interdisciplinaridade traz diferentes ângulos de visão sobre a mesma categoria. As definições dos objetos estavam diretamente vinculadas à concepção de saúde.

Partindo do Conceito de saúde da OMS (1948): "O completo bem estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças." Ao formular um conceito de saúde e difundi-lo, ele tem coerência com a nossa ação. Ao fazer uma ação de saúde, ela deve ter coerência com algum enunciado conceitual. Existe uma coerência entre o conceito de saúde e as ações de saúde.

O conceito da OMS não traz a idéia de processo. O mais completo bem estar é um conceito estático e nega a idéia de processo. A idéia de processo é a idéia de

historicidade dos momentos. Na VIII CNS formulou-se um conceito de saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde.

Este conceito se relaciona com o objeto do trabalho em saúde. Saúde é capacidade de reação aos problemas e situações que oprimem. Uma das funções do profissional de saúde é aumentar a capacidade do coletivo em reagir e enfrentar os problemas causados pelas condições concretas de vida em que vive a população.

Ao assumir o conceito de saúde da Constituição, precisamos compreender a saúde como um problema complexo, ou seja, não é somente um evento biológico, é uma produção social. O conceito de saúde é um conceito afirmativo e amplo, que inclui o tratamento de doenças. Se a saúde contém elementos de cura, reabilitação, prevenção e promoção, as ações e práticas de saúde não podem somente combater as doenças, mas também promover qualidade de vida.

O trabalho em saúde é um campo intersetorial de práticas. O setor saúde não pode construir habitações, mas as condições de saúde dependem das condições de habitação – ou não habitação – dos sujeitos. O setor saúde é também um campo interdisciplinar de conhecimentos.

Os objetivos da Educação Permanente são: desencadear um processo a partir das necessidades, re-significação das práticas, redefinição de papéis, avaliar ações educativas para re-constituir, atender uma necessidade da nossa época, de um modelo democrático, descentralizador, uma alternativa para desenvolver as competências necessárias para que as instituições dêem resposta para as demandas da população, e desenvolver um processo que perceba e identifique qual a compreensão que os diversos atores têm dos problemas identificados no dia a dia.

O processo educativo deve ser inclusivo e os atores são a comunidade, os gestores e os profissionais para desenvolver a capacidade de compreender os problemas e participar da construção de alternativas. Os atores são os excluídos, os interessados e os participativos. Os sujeitos se transformam no trabalho. Se o sujeito não se compreender enquanto ator com voz nesse processo ele não

A Educação Permanente precisa contribuir para a reflexão e o entendimento da realidade, não necessariamente para construir instrumentos concretos de transformação, mas para iniciar um processo de reflexão para a construção desses instrumentos. Processo de reconstrução das representações e dos olhares sobre o objeto tendo em vista a sua integralidade. Educação Permanente é um processo permanente de educação construído a partir das necessidades dos processos de trabalho e de pedagogias críticas, reflexivas, transdisciplinares dos saberes e das práticas em saúde.

O conceito de EP se refere à categoria processo de trabalho. Existe um nicho social que conforma os espaços de trabalho. Será neste ambiente que poderemos identificar a origem das demandas. É na percepção de quem é o ator que demanda que se poderá pensar as metodologias. Este conjunto de atores está imerso em conflitos, com interesses diversos. Ao encontrar um ambiente de conflitos será necessário desenvolver estratégias para superar os conflitos. Por isso é importante identificar os atores responsáveis pela identificação de necessidades, prioridades e problemas de natureza pedagógica.

Como cada ator percebe o problema e a sua capacidade de influenciar a resposta do problema passa a ser de grande relevância para compreender os conflitos do grupo. Quanto maior os conflitos presentes no grupo, menor a governabilidade do grupo em responder ao problema. Para que o sistema de EP seja implementado é necessário que ocorram pactos políticos

PROJETOS

PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO ESTADO DO TOCANTINS

1 TÍTULO DA AÇÃO:

Articulação dos processos educativos em andamento na lógica da educação permanente no Tocantins.

2 APRESENTAÇÃO

Tendo em vista a efetiva implantação do Pólo de Educação Permanente em Saúde no Tocantins e sua legitimidade face aos objetivos que lhe são inerentes, tem-se a projeção e realização de uma série de ações estratégicas para garantir a implantação do Pólo. Estas ações e as atividades a elas inerentes foram identificadas pelo colegiado do Pólo, durante a I Oficina do Pólo de Educação Permanente em Saúde do Tocantins, realizada nos dias 6 e 7 de abril de 2004. Esta oficina reuniu representantes dos quatro atores do SUS: gestores, instituições de ensino, trabalhadores da saúde e estudantes da área da saúde e, após discussão coletiva na grande roda, identificaram-se três nós críticos, sendo eles: ausência de atores para a construção da política de Educação Permanente no Estado; fragmentação e desarticulação dos processos educativos

(cursos, treinamentos, capacitações, que são problemas conjunturais); fragilidade do conceito e da operacionalização da Educação Permanente, que é um problema estruturante. Os grupos de trabalho constituídos a partir das oficinas identificaram, dentro destes nós, necessidades de ações específicas, como:

- articulação e mobilização dos segmentos identificados, tais como municípios, trabalhadores da saúde, movimentos sociais, estudantes e outros segmentos para participarem ativamente da roda;
- definição de critérios que possibilitem articular os processos educativos em andamento e previstos para acontecer na perspectiva da integralidade e da educação permanente, junto a todos os segmentos da roda;
- expansão da formação de tutores/facilitadores/docentes para Educação Permanente;
- implantação de núcleos de Educação Permanente nos municípios, considerando a gestão, controle social, serviços e ensino;
- realização de diagnóstico da formação dos profissionais de saúde e de capacidade docente no Estado.

O presente projeto constitui-se, portanto, como parte integrante das ações estratégicas já expostas e adequadas ao formato orientado pelo Ministério da Saúde, contemplando os requisitos exigidos em sua forma e apresentando conteúdo relativo às ações de articulação dos processos

educacionais em andamento no Estado do Tocantins na perspectiva da integralidade e da Educação Permanente.

3 JUSTIFICATIVA

Historicamente, em razão da ausência de uma articulação entre o SUS e as instituições formadoras de profissionais para saúde, os cursos e programas de ensino têm sido desenvolvidos com base numa organização disciplinar, em suas diferentes especialidades, pautada em currículos dissociados dos paradigmas que contemplam a formação integral do cidadão, da visão holística da saúde, separando muitas vezes, a teoria da prática e contrariando a necessidade premente de uma educação profissional voltada para o atendimento das necessidades sócio-profissionais alinhada aos diferentes cenários do país.

Esse modo de formação tem sido criticado e seus reflexos percebidos especialmente pelos usuários do Sistema Único de Saúde como consequência da valorização do conteúdo, baixa eficácia das ações educacionais, desperdício de tempo e necessidade de requalificação. Esse quadro encontra-se presente em todos os Estados do Brasil e, especificamente no Estado do Tocantins, essa prática tem demandado vários problemas, principalmente no que se refere à qualidade, adequabilidade, acompanhamento e controle desses cursos e programas.

Em face dessa realidade e considerando a diversidade e complexidade dos processos educacionais, as modalidades diferenciadas e as múltiplas características dos atores interconviventes, surge a necessidade de desenvolver uma ação capaz de articular princípios, critérios e procedimentos a serem observados pelos sistemas de ensino e pelas escolas tocantinenses na organização e no planejamento dos cursos e programas de educação permanente em saúde para que o Sistema Único de Saúde –SUS venha a atender, efetivamente, as demandas que lhes são próprias .

Assim, coerentemente com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para o SUS, alinhada às diretrizes do Pólo de Educação Permanente em Saúde no Tocantins, propõe-se a articulação para a capacitação de recursos humanos na área da saúde, articulando-a aos componentes de gestão, atenção e participação popular na perspectiva de integralidade entre o ensino da saúde e o exercício das ações e serviços.

4. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

4.1 Objetivo Geral

Fomentar a articulação dos processos educativos em andamento e previstos para acontecer na perspectiva da integralidade e da Educação Permanente, em conjunto com as ações propostas pelo Pólo do Tocantins.

4.2 Objetivos Específicos

- Mapear os processos educativos em saúde existentes no Estado do Tocantins para o conhecimento, socialização e acompanhamento dos mesmos;
- Resignificar as práticas educativas e formativas em andamento, através da discussão entre os diferentes atores responsáveis pelos processos educativos e formativos em saúde para a importância do alinhamento destas ações na perspectiva da integralidade e da Educação Permanente, causando impacto real no processo de trabalho em saúde;
- Disponibilizar um documento com os princípios da educação permanente em saúde no Estado do Tocantins, que contemple as diretrizes dos SUS, voltado para as peculiaridades do Tocantins;
- Pactuar caminhos possíveis e apoio para o desenvolvimento de ações de educação permanente.

5. METAS

- Mapear, no mínimo, 80% dos processos educacionais existentes no Estado do Tocantins;
- Fomentar a realização de 05 rodas temáticas para discussão dos processos educacionais em andamento e sua adequação aos princípios da educação permanente em saúde;

- Elaborar e disponibilizar um documento com os princípios da Educação Permanente.

6. METODOLOGIA

- Realização de pesquisa em todos os segmentos que compõem o Pólo do Tocantins, para mapear os processos educativos em andamento ou previstos para acontecer, através da contratação de consultoria.
- A coordenação ampliada formada para execução desta ação irá articular os diversos atores que desenvolvem processos educativos e formativos, utilizando a instância do Pólo de Educação Permanente para a realização de rodas temáticas com os diversos atores para discutir de forma ampliada, metodologias adequadas à lógica da Educação Permanente e da integralidade, ressignificando estas práticas de forma a garantir um real impacto nos processos de trabalho em saúde.

7. INDICADORES

- Número de processos educativos e formativos discutidos e realizados na lógica da Educação Permanente;
- Relatório do mapeamento dos processos educacionais em andamento.

8. PÚBLICO ALVO

O público alvo para o qual se destinam as ações propostas constitui-se das entidades que realizam práticas educativas e formativas, sejam elas do ensino, da gestão, dos serviços de saúde ou do controle social.

9. VIGÊNCIA

07 meses a partir da assinatura do contrato.

10. INSTITUIÇÃO EXECUTORA

UNIRG –Universidade Regional de Gurupi.

11. INSTITUIÇÕES COORDENADORAS

A coordenação da ação será feita por um grupo de instituições que agregue os vários atores da roda: Secretaria Estadual de Saúde-SESAU, Universidade Regional de Gurupi-UNIRG, Centro Acadêmico de Enfermagem da UNIRG, Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos-ITPAC e Secretaria Estadual de Educação-SEDUC.

12. DADOS CADASTRAIS E BANCÁRIOS DA INSTITUIÇÃO EXECUTORA

13 . ORÇAMENTO

Itens	Valor
Material de consumo	10.000,00
Passagens (100 auxílios transporte)	15.000,00
Diárias	15.000,00
Serviços de Terceiros (PJ e PF)	17.000,00
Total	57.000,00

14 CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO:

PARCELA	DATA	VALOR
1ª Parcela	Na assinatura do Contrato	27.500,00
2ª Parcela	03 meses após o início do contrato.	27.500,00
Total		57.000,00

PÓLO DE EDUCAÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DO ESTADO DO TOCANTINS

1 TÍTULO DA AÇÃO:

Implantar Núcleos de Educação Permanente nos municípios do Estado do Tocantins.

2 . APRESENTAÇÃO

Diante da perspectiva de implementação da política de Educação Permanente em Saúde através do dispositivo dos Pólos de Educação Permanente - espaços de articulação interinstitucional loco-regional para formação e desenvolvimento de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde (SUS) – objetiva-se implantar Núcleos de Educação Permanente com base local com a participação de atores dos segmentos do ensino, gestão e controle social, com a intenção de responder aos nós críticos “fragilidade do conceito e da operacionalização da Educação Permanente (estruturante)” e “ausência de atores para a construção da política de Educação Permanente no Estado”.

Estes Núcleos possibilitarão a construção de propostas e formulação de estratégias que possam contribuir para o desenvolvimento da política de educação permanente e a ampliação da capacidade de proposição de atores estratégicos,

com autonomia de pensar a sua realidade local e propor respostas necessárias aos seus problemas.

O projeto de implantação dos núcleos visa oferecer meios de participação imediata dos municípios e dos diversos segmentos sociais, proporcionando articulação, integração e formação dos atores na lógica da Educação Permanente em Saúde. Núcleos estes que irão articular e implantar as rodas e micro rodas para a identificação de problemas e necessidades dos municípios, bem como propor estratégias de atendimento local.

3. JUSTIFICATIVA

A implantação da Política de Educação Permanente em Saúde no Estado do Tocantins aponta para a construção de novos cenários e movimentos interinstitucionais que ressignifiquem a lógica verticalizada, cartorial, fragmentada e centralizada na formação e desenvolvimento de profissionais da saúde para uma Gestão descentralizada e coletiva da política de educação para o SUS.

Contextualizando as atuais práticas educativas desenvolvidas no estado do Tocantins, verifica-se que estas se dão de forma isolada, fragmentada e na maioria das vezes não respondem às reais necessidades do SUS e aos novos paradigmas postulados tanto para os processos desenvolvidos pelas instituições de ensino como através das ações de requalificação promovidas pelo sistema.

Diante deste quadro, a proposição é de fazer emergir as diversidades regionais do Estado do Tocantins, com a construção de demandas e respostas pelos atores locais de forma que estes Núcleos atendam as necessidades dos trabalhadores em saúde e da população. Será nesse espaço que o conjunto de atores exercitarão a reflexão dos processos educativos e das possibilidades de construir políticas integradas no desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS, sendo preciso desenvolver mecanismos e metodologias sobre o processo de trabalho e a realidade que o circunda. Assim, estrutura-se uma ação que possibilita a maior participação de atores, que se tornam atores estratégicos no sistema de educação permanente. O ator estratégico considerado como ator da base loco-regional capaz de construir consensos e propor formulações inovadoras dentro do sistema.

Enfim, neste processo todos os atores dos municípios serão potencializados para constituir dispositivos de articulação interinstitucional mediante a criação de núcleos na perspectiva de municipalizar a política de Educação Permanente.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Implantar e estruturar núcleos municipais visando o fortalecimento da construção de sistemas locais de educação permanente.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fomentar o desenvolvimento de ações educativas permanentes em Saúde nos municípios;
- Construir práticas inovadoras de Educação Permanentes em Saúde, socializando saberes e práticas populares em saúde nos municípios, de acordo com as realidades do Estado de Tocantins;
- Garantir a participação de todos os segmentos dos municípios do Estado de Tocantins e dos demais atores, através das micro-rodas, na política de Educação Permanente em Saúde, visando o fortalecimento e a efetivação dos princípios do SUS;
- Estimular a confluência de atores da base do sistema que terão atribuição de captar a reflexão da necessidade de trabalho;
- Ampliar e fortalecer a participação popular dos diversos municípios do Estado de Tocantins nas instâncias de controle social.

5. METODOLOGIA

A metodologia adotada para implantação e estruturação dos núcleos de Educação Permanente em Saúde se dará através da divulgação da política e sensibilização dos atores para a importância de construir rodas de participação focando os atores como sujeitos do processo de Educação Permanente em Saúde.

A perspectiva da implantação dos núcleos nos municípios é de adesão voluntária, portanto os municípios deverão apresentar proposta de desenvolvimento dos núcleos e da política de Educação Permanente a partir de suas necessidades e realidades. As propostas serão analisadas e validadas pelo colegiado do Pólo, que garantirá assessoria técnica e financeira conforme recursos previstos neste projeto.

O modelo de financiamento subsidiará a articulação interinstitucional, pois os núcleos não se configuram como espaços de execução, mas sim de articulação e pactuação, necessárias para desenvolvimento da política de Educação Permanente na loco-região e nas instituições, não necessitando, portanto de investimento em estrutura física e material permanente.

6. INDICADORES

- Número de núcleos de Educação Permanente implantados e assessorados;
- Número de segmentos com participação ativa na roda nos municípios;
- Número de municípios apoiados financeiramente.

7. PÚBLICO ALVO

- Profissionais de saúde dos municípios, estudantes, docentes, representantes dos movimentos sociais, usuários, conselheiros de saúde e gestores.

8. NÚMERO DE BENEFICIADOS/VAGAS

O número de beneficiário, por ser uma proposta de adesão voluntária dependerá das proposições apresentadas pelos atores locais e dos recursos disponíveis. Em função da disponibilidade financeira prevê-se o atendimento de no mínimo 50 municípios.

9. VIGÊNCIA

01 (um ano) - Agosto de 2004/ agosto de 2005

10. METAS

- Assessorar tecnicamente 100% dos municípios que aderirem à proposta de constituição de Núcleos de Educação Permanente nos municípios.
- Apoiar financeiramente no mínimo 50 municípios do Estado.

11. ATIVIDADES

- Sensibilizar os atores de cada município, utilizando-se *das* oficinas regionais de Educação Permanente;
- Estimular e promover a criação de micro-rodas nos municípios;
- Constituir os núcleos de Educação Permanente em Saúde nos Municípios do Estado;
- Instituir equipes matriciais para apoiar e subsidiar o desenvolvimento dos núcleos, rodas e micro-rodas nos municípios.

12 . INSTITUIÇÃO EXECUTORA

Secretaria Municipal de Saúde de Palmas

12.1 COORDENAÇÃO AMPLIADA

A coordenação será feita por um grupo de instituições que agregue os vários atores da roda, ULBRA, SENAC, FMT, CASA 08 DE MARÇO, Secretarias Municipais de Saúde: Palmas, Araguaína, Gurupi.

13 DADOS CADASTRAIS E BANCÁRIOS DA INSTITUIÇÃO EXECUTORA

Incluir dados.

14 ITENS FINANCIÁVEIS PARA IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS POR MUNICÍPIO.

Considerando que os núcleos municipais não são espaços executivos, os itens financeiros não contemplarão materiais permanentes.

Itens Financiáveis			R\$
Material de consumo			
Passagens terrestres e aéreas			
Serviços	Terceiro	pessoa	
Jurídica/Física			
Diárias			
Valor Total			5.200,00

15 Orçamento para a Proposta de implantação dos núcleos municipais de Educação Permanente.

A previsão orçamentária para esta proposta é da ordem de R\$ 260.000,00, duzentos e sessenta mil reais.

PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO ESTADO DO TOCANTINS

1 TÍTULO DA AÇÃO

Diagnóstico da formação de profissionais de saúde e da capacidade docente do Estado do Tocantins.

2 CONTATO DO COORDENADOR DAS AÇÕES

3 APRESENTAÇÃO

Esta ação servirá para identificar os profissionais, sua qualificação e instituições formadoras, bem como sua área de atuação no Estado do Tocantins.

4 JUSTIFICATIVA

Considerando o processo de implantação da política de Educação Permanente no Estado do Tocantins, visando a melhoria da qualidade da assistência prestada à população, faz-se necessário conhecer a qualificação e os profissionais inseridos no Sistema Único de Saúde, assim como os profissionais e instituições formadoras.

5 METAS

Conhecer 100% dos profissionais de saúde, suas titulações e capacitações, onde trabalham, atividades que desenvolvem, em quais instituições se formaram, especializaram ou foram capacitados.

6 ATIVIDADES

- a) Visitas às Secretarias Estadual e Municipais de Saúde, instituições de ensino de nível médio e superior e unidades de saúde, conforme cronograma pré-estabelecido.
- b) Desenvolvimento e aplicação de instrumento semi-estruturado no setor de recursos humanos de cada órgão visitado e em visita ao profissional no próprio campo de trabalho.
- c) Confecção de relatório mensal com resultados parciais, e final com a sistematização dos indicadores propostos.

5. Proporção de profissionais de determinada categoria pela população atendida.
6. Local, instituição, órgão fomentador e ano de formação do profissional pelo total de profissionais.
7. Local, ano, fomento e instituição de capacitação.
8. Proporção de capacitações fomentadas por um determinado órgão em relação ao total de capacitações realizadas.

11. PÚBLICO ALVO

Profissionais de saúde das instituições formadoras, da sociedade civil e dos serviços de saúde vinculados ao SUS.

12 VIGÊNCIA

08 meses a partir da assinatura do convênio.

13. INSTITUIÇÃO EXECUTORA

CEULP/ULBRA

14. INSTITUIÇÕES COORDENADORAS

A coordenação da ação será feita por um grupo de instituições que compõem o colegiado do Pólo: ULBRA, UFT, SESAU, FMT, ITPAC.

15. DADOS CADASTRAIS E BANCÁRIOS DA INSTITUIÇÃO EXECUTORA

16 ORÇAMENTO

Itens	Valor
Material de consumo	R\$ 16.000,00
Passagens	R\$ 30.000,00
Diárias (profissionais, hotéis, alimentação)	R\$ 40.000,00
Serviços de Terceiros (PJ)	R\$ 40.000,00
Serviços de Terceiros (PF)	R\$ 20.000,00
Material Permanente	R\$ 14.000,00
Total	R\$ 160.000,00

17 CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

PARCELA	DATA	VALOR
1ª Parcela	Na assinatura do Contrato	R\$ 80.000,00
2ª Parcela	03 meses após a 1ª parcela	R\$ 80.000,00
Total		R\$ 160.000,00

PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO ESTADO DO TOCANTINS

1 TÍTULO DA AÇÃO

Formação de facilitadores e docentes em Educação Permanente.

2 APRESENTAÇÃO

A capacitação de atores para que atuem como facilitadores/docentes de processos que utilizem a lógica da Educação Permanente é uma necessidade. Esta capacitação promoverá ainda o desencadeamento de discussões em cada segmento que compõem o Colegiado do Pólo do Tocantins, pois estes atores serão agentes multiplicadores da política de Educação Permanente.

3 CONTATO DO COORDENADOR DAS AÇÕES

Pró-Reitoria de Extensão da UFT

4. OBJETIVO GERAL

Desencadear um processo de desenvolvimento e formação de facilitadores e docentes em Educação Permanente nas instituições que integram o Colegiado do Pólo no Estado do Tocantins.

4.1 Objetivos Específicos

- Possibilitar a reflexão da lógica da Educação Permanente entre os atores nas instituições colegiadas.
- Discutir os processos educativos a partir da realidade loco-regional.
- Qualificar conceitualmente os atores que desenvolvem processos educativos.

5. METODOLOGIA

A formação de facilitadores e docentes será desenvolvida com a participação dos atores que integram o Colegiado, através de metodologias

ativas, de modo a possibilitar mudanças no desenvolvimento dos processos educativos.

O curso será realizado em dois módulos com carga horária total de 80 horas, distribuído em quatro turmas de 30 pessoas cada, totalizando 120 pessoas. O curso será realizado de forma descentralizada, garantindo uma maior participação dos diversos atores, sendo uma turma na região Norte, uma no Sul e duas no Centro, onde há o maior número de atores.

Para a participação nos cursos os atores deverão atuar como facilitadores de processos educativos e terem disponibilidade de tempo para participarem do curso de forma integral.

A certificação será realizada pelo conjunto de instituições coordenadoras.

6 INDICADORES

Atores capacitados/nº de atores do Colegiado a serem capacitados x 100

7 PÚBLICO ALVO

Atores que integram o Colegiado do Pólo

8. NÚMERO DE BENEFICIADOS/VAGAS

120 pessoas

9 CARGA HORÁRIA

Será realizado em dois módulos com carga horária total de 80 horas, distribuído em quatro turmas (a,b,c e d) de 30 pessoas cada, totalizando 120 pessoas, sendo realizados de forma descentralizada, garantindo uma maior participação dos diversos atores.

10 VIGÊNCIA

Seis meses após a assinatura do Convênio.

11 INSTITUIÇÕES COORDENADORAS

A coordenação da ação contemplará um grupo de instituições com os vários atores da roda: ETSUS, ULBRA, UFT, CA Medicina UNIRG, MNLM.

12 INSTITUIÇÃO EXECUTORA

Universidade Federal do Tocantins - UFT

13 DADOS CADASTRAIS E BANCÁRIOS DA INSTITUIÇÃO EXECUTORA

A ser inserido.

14 ORÇAMENTO

15 Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Passagens aéreas	8	3.000,00	24.000,00
Passagens terrestres	120	150,00	18.000,00
Diárias	32	120,00	3.840,00
Serviços Terceiro pessoa jurídica /Física	4	15.000,00	60.000,00
Hora Aula	320	80,00	25.600,00
Material de consumo	8	3.000,00	24.000,00
Despesas eventuais			6.000,00
Total			161.440,00

15 CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

PARCELA	DATA	VALOR
1ª Parcela	Na assinatura do Contrato	81.440,00
2ª Parcela	03 meses após a 1ª parcela	80.000,00
Total		161.440,00

PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO ESTADO DO TOCANTINS

1. TÍTULO DA AÇÃO

Fortalecer/mobilizar os segmentos identificados – municípios, trabalhadores da saúde, movimentos sociais, estudantes e outros – para participarem ativamente da roda.

2. CONTATO DO COORDENADOR DAS AÇÕES

3. APRESENTAÇÃO

O Colegiado do Pólo – TO, em oficinas de trabalho, verificou que diversos segmentos do “quadrilátero” de atores do SUS – Gestão, controle social, estudantes e trabalhadores – não se fizeram presentes e/ou tiveram participação incipiente na construção da política de Educação Permanente no Tocantins.

Assim, percebeu-se a necessidade de buscar estratégias de fomentar a participação democrática de todos os atores no Pólo.

O presente projeto propõe a construção de espaços e momentos que viabilizem a identificação e integração dos atores do Pólo de Educação Permanente do Estado do TO a fim de consolidar a Política de Educação Permanente em Saúde no Tocantins.

4. JUSTIFICATIVA

A construção da Política de Educação Permanente em Saúde no Estado do Tocantins requer o fortalecimento de atores identificados por segmento, propiciando maior participação e responsabilização nos processos decisórios.

Nessa perspectiva define-se aqui a proposição de realização de atividades para ampliar a compreensão dos atores do sistema sobre Educação Permanente. Assim estrutura-se ações que possibilitam maior participação desses atores estratégicos com a necessidade de discutir e aprofundar seus conhecimentos em Educação Permanente, para que atuem como facilitador/estimulador das práticas de EP.

É preciso definir cenários de aprendizagem coletiva sobre o processo de trabalho em saúde, promovendo reflexão-ação-política articulada e desencadeada pelas instâncias, instituições, entidades e sociedade civil organizada, que darão sustentação para potencializar propostas negociadas e aceitas no seu interior as quais possam a compor a agenda de cada instância.

5. OBJETIVO GERAL

Identificar e integrar atores para a implantação e execução da Política de Educação Permanente em Saúde no Estado do Tocantins.

6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivos Específicos	Atividades	Metas	Beneficiados/Vagas
a) Elaboração de mecanismos de comunicação do Pólo de Educação Permanente em Saúde do Estado do Tocantins para ser enviado aos segmentos via fax, e-mail ou correio, utilizando o cadastro da SESAU, da ANEPS e outras fontes.	a.1) Impressão e distribuição de um jornal bimestral com linguagem acessível a todos os segmentos da roda; a.2) Criação de informativos virtuais mensais (por e-mail ou sítio virtual) para difusão das deliberações e encaminhamentos da Roda;	a.1) Tiragem de 5000 exemplares;	a.1) estim.: 1000 exemp./ segmento;
b) Articulação com o COSEMS, CIB, Conselhos, etc.	b.1) Participar das reuniões mensais do COSEMS, CIB e Conselhos Municipais e Locais de Saúde.	b.1) Participar das 07 (sete) reuniões durante o semestre.	b.1) 05 (cinco) participantes
c) Promover a articulação dos atores da Roda de Educação Permanente do Tocantins	c.1) Realizar reuniões do Conselho Gestor do Pólo; c.2) Realizar reuniões do Colegiado do Pólo de Educação Permanente em Saúde do Estado do Tocantins.	c.1) Realizar 07 (sete) reuniões do Conselho Gestor do Pólo; c.2) Realizar 03 (três) reuniões do Colegiado do Pólo de Educação Permanente em Saúde do Estado do Tocantins.	c.1) 27 (vinte e sete) representantes/reunião; c.2) 150 (cento e cinquenta) participantes/reunião

d) Reuniões regionais por segmentos e intersetoriais para desenvolver o conceito de participação na roda, e ainda, a inserção de pessoas que estão no Pólo dentro dos eventos dos diversos segmentos, para divulgar as atividades e a importância da participação no mesmo.	d.1) Formar Comissões de mobilização.	d.1) Formar 04 (quatro) Comissões de mobilização: • Controle Social (movimentos sociais e populares); • Gestores; • Movimento Estudantil; • Trabalhadores em Saúde.	d.1) 04 (quatro) vagas/segmento, totalizando 16 vagas.
e) Realização de Seminários Regionais de Educação Permanente em Saúde.	e.1) Realizar seminários nas macrorregiões e na microrregião sudeste; e.2) Realizar oficinas nas macrorregiões e na microrregião sudeste; Micro Região de Augustinópolis.	e.1) Realizar: • 01 (um) Seminário na Macrorregião Norte (Araguaína); • 01 (um) Seminário na Macrorregião Central (Palmas); • 01 (um) Seminário na Macrorregião Sul (Gurupi); • 01 (um) Seminário na Microrregião Sudeste (Dianópolis). e.2) Realizar: • 01 (um) Oficina Estadual do Movimento Estudantil de Saúde; • 01 (um) Oficina Estadual dos Gestores Municipais de Saúde; • 01 (um) Oficina com Gestores Estaduais de Saúde/educação; • 01 (um) Oficina Estadual dos Movimentos Sociais e Populares; • 01 (um) Oficina Estadual das Instituições de Ensino em Saúde; • 01 (um) Oficina Estadual dos Trabalhadores em Saúde.	e.1) 150 vagas/seminário; e.2) 100 vagas/oficina.

7. ESTRATÉGIA DE EXECUÇÃO

- Construção do material de divulgação;
- Divulgação através de e-mails, ofícios, jornais, folders, informativos, etc.;
- Organização de estrutura física para realização dos seminários e oficinas;
- Reuniões da Comissão de Mobilização com os segmentos para apresentação das atividades e mobilização;
- Elaborar o conteúdo programático dos seminários e das oficinas;

7.1- A metodologia será elaborada durante a execução das ações.

- Considerar a representatividade dos vários segmentos que compõem a roda.
- Garantir que a metodologia possibilite a construção de consensos.

8. PÚBLICO ALVO

- Movimentos sociais e populares;
- Trabalhadores de saúde;
- Gestores Municipais e Estadual;
- Estudantes da Saúde;
- Instituições de Ensino em Saúde;
- Grupos Informais;

9. CARGA HORÁRIA

- Seminários – 8h;
- Oficinas – 16h;
- Reuniões nos Conselhos – 8h;
- Reuniões do Conselho gestor 8 h

10. VIGÊNCIA

Junho a Dezembro de 2004.

11 INSTITUIÇÃO EXECUTORA

Movimento Nacional de Luta pela Moradia – MNLM.

12 INSTITUIÇÕES COORDENADORAS

A coordenação da ação será feita por um grupo de instituições da roda: UNIRG, UFT, FMT, MNLM, COMSAUDE, SESAU, DCE ITPAC, CA de Enfermagem UNIRG, CA de Enfermagem ULBRA, COSEMS.

13.DADOS CADASTRAIS E BANCÁRIOS DA INSTITUIÇÃO EXECUTORA

14 ORÇAMENTO

Material de consumo

Material de consumo		10.000,00
	Sub Total	10.000,00

Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica/Física			
Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Criação e reprodução gráfica	5	5.000,00	25.000,00
Buffet (Coffee-break)	3478	6,00	20.868,00
Buffet (Almoço)	2200	15,00	33.000,00
Locação de espaços		2.000,00	2.000,00
Locação de transporte terrestre.		4.000,00	4.000,00
Outros		7.000,00	7.000,00
		Sub Total	91.868,00

Diárias e Passagens

Diárias	300	120,00	30.000,00
Passagens terrestres	300	150,00	45.000,00
Passagens aéreas	2	2.000,00	4.000,00
Sub Total			79.000,00

Consultoria

Consultoria		5.000,00
Sub Total		5.000,00

Total Geral

Itens	Em Reais
Material de consumo	10.000,00
Serviços Terceiro pessoa	91.868,00
Jurídica/Física	79.000,00
Diárias e Passagens	5.000,00
Consultoria	185.868,00
Total Geral	

PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO ESTADO DO TOCANTINS

1 TÍTULO DA AÇÃO

Estruturação da Secretaria Executiva do Pólo de Educação Permanente em Saúde do Estado do Tocantins.

2 APRESENTAÇÃO

O presente projeto propõe a estruturação de uma secretaria executiva para operacionalizar as atividades demandadas pelo Pólo de Educação Permanente do Estado do Tocantins.

3 OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

Geral: Viabilizar a execução das ações administrativo-financeira, de comunicação e de articulação do Pólo.

Específicos:

- Equipar a Secretaria Executiva;
- Operacionalizar as ações administrativas demandadas pelo Pólo;
- Socializar as informações para os atores do Pólo;
- Documentar e registrar as ações do Pólo.

4 JUSTIFICATIVA

Considerando que o Pólo não é um espaço de execução de ações, mas sim de articulação e pactuação entre ensino, serviço, controle social na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde, a estruturação de uma secretaria executiva se justifica pela necessidade de se processar rotinas e atividades que viabilizem a comunicação entre estes diversos atores.

O mecanismo de execução descentralizada das ações do Pólo, gera a necessidade de se ter um dispositivo operativo para aglutinação e socialização das diversas informações geradas. Aliado a isto se agrega as limitações geográficas que dificultam o acesso a informações pelo conjunto de atores da Roda.

No processo atual de implantação do Pólo, já se tem acúmulo de ações demandadas para e pelos atores que hoje compõem o Pólo, sendo que a maioria destas ações necessita ser operacionalizada administrativamente, o que demanda tempo, que se não disponibilizado, acaba por inviabilizar sua execução e conseqüentemente a proposta do Pólo. A secretaria

executiva possibilitará ainda o registro histórico das ações realizadas, visando a documentação oficial do Pólo.

5. METAS

- Atender 100% das demandas administrativas, de articulação e de comunicação do Pólo.

6. INDICADORES

- Número de eventos organizados;
- Número de relatórios produzidos e socializados para os atores Pólo;
- Número de participante por segmento e por evento.

7. PÚBLICO ALVO

- Todos os atores do Pólo.

8. VIGÊNCIA

Um ano a contar da assinatura do contrato.

9. INSTITUIÇÃO EXECUTORA

Secretaria de Estado da Saúde - Tocantins

A coordenação das ações será acompanhada pelas instituições que compõem a Secretaria Executiva: Movimento Nacional de Luta pela Moradia, Universidade Federal do Tocantins e Secretaria Municipal de Saúde.

10. CONTATO DO COORDENADOR DAS AÇÕES

12. DADOS CADASTRAIS E BANCÁRIOS DA INSTITUIÇÃO EXECUTORA

13. ORÇAMENTO

Material permanente

Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Computador	02	5.000,00	10.000,00
Impressora jato de tinta	01	600,00	600,00
Impressora Laser	01	1000,00	1.000,00
Not book	01	8.000,00	8.000,00
Câmara Fotográfica Digital	02	1.500,00	3.000,00
Aparelho de Fax	02	1.000,00	2.000,00
Data Show	02	8.000,00	16.000,00
Retro projetor	02	800,00	1.600,00
Micro sistem	02	600,00	1.200,00
Televisão 21pol.	01	800,00	800,00
Vídeo Cassete	01	500,00	500,00
DVD	01	500,00	500,00
Mesas fórmica	03	800,00	2.400,00
Cadeiras com braço	06	150,00	900,00
Armário fórmica	04	700,00	2.800,00
Arquivo fórmica	03	250,00	750,00
Filmadora	01	4.000,00	4.000,00
Assinatura de Periódicos	15	250,00	3.750,00
Títulos na área da saúde	50	200,00	10.000,00
Veículo de passeio	01	26.400,00	26.400,00
		Sub Total	97.200,00

A aquisição de um veículo justifica-se pela necessidade de locomoção de membros da Secretaria Executiva para realização e acompanhamento das ações do Pólo. Como a sede da Secretaria Executiva não é fixa, podendo ser abrigada por qualquer instituição que compõe o Colegiado do Pólo, existindo instituições que não possuem em sua infraestrutura a disponibilidade de um veículo, faz-se necessário a solicitação de um veículo de passeio.

A manutenção do veículo no primeiro ano será de responsabilidade da instituição sede da Secretaria Executiva do Pólo.

Material de consumo

Material de consumo		24.000,00
	Sub Total	24.000,00

Serviços Terceiro pessoa Jurídica/Física

Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Criação e manutenção de home page	12 meses	10.000,00	10.000,00
Serviços de telefonia	12	500,00	6.000,00
Criação e reprodução gráfica	5	5.000,00	25.000,00
	Sub Total		41.000,00

Diárias e Passagens

Diárias	60	120,00	7.200,00
Passagens terrestres	24	150,00	3.600,00
Passagens aéreas	8	2.000,00	16.000,00
	Sub Total		26.800,00

Consultoria

Consultoria		12.000,00
	Sub Total	11.000,00

Total Geral

Material permanente	97.200,00
Material de consumo	24.000,00
Diárias e passagens	26.800,00
Serviços Terceiro pessoa Jurídica/Física	41.000,00
Consultoria	11.000,00
Total Geral	200.000,00

13. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO:

PARCELA	DATA	VALOR
1ª Parcela	Na assinatura do Contrato	100.000,00
2ª Parcela	02 meses após assinatura do contrato	20.000,00
3ª Parcela	04 meses após assinatura do contrato	20.000,00
4ª Parcela	06 meses após assinatura do contrato	20.000,00
5ª Parcela	08 meses após assinatura do contrato	20.000,00
5ª Parcela	10 meses após assinatura do contrato	20.000,00
Total		200.000,00

BIBLIOGRAFIA

1. **Relatório da Oficina de Educação Permanente – Palmas – abril de 2004. Assessoria: Professor Inácio.**
2. **Plano Estadual de Saúde do Tocantins. Secretaria de Estado da Saúde.**