

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**RESOLUÇÃO N. 07/CIB/SES CAMPO GRANDE, 27 DE FEVEREIRO DE 2019.***Homologar as decisões da Comissão Intergestores Bipartite.*

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL, no uso de suas atribuições legais e considerando a Portaria GM Nº. 3.194, de 28 de novembro de 2017;

Considerando a Portaria GM Nº 3.342, de 07 de dezembro de 2017;

Considerando a conclusão da elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Mato Grosso do Sul 2019-2022, aprovada pela Resolução N.º 028 CIB/SES/MS de 24 de maio de 2018;

Considerando a aprovação do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Mato Grosso do Sul *Ad Referendum* na Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) e considerando as decisões da Comissão Intergestores Bipartite realizada no dia 22 de fevereiro de 2019,

R E S O L V E:

Art. 1º Homologar a Resolução N. 02/CIB/SES que aprovou *Ad Referendum* o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Mato Grosso do Sul, no período de 2019-2022.

Art. 2º Esta Resolução entrará em vigor na data da sua publicação.

GERALDO RESENDE PEREIRA

Secretário de Estado de Saúde
Mato Grosso do Sul

WILSON BRAGA

Presidente do COSEMS

ANEXO**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL****Reinaldo Azambuja Silva**

Governador

Geraldo Resende Pereira

Secretário de Estado de Saúde

Larissa Domingues Castilho de Arruda

Superintendente de Vigilância em Saúde

Mariana Trinidad Ribeiro Garcia da Costa Croda

Superintendente de Atenção à Saúde

Edelma Lene Peixoto Tiburcio

Superintendente de Gestão Estratégica

Antônio Cesar Naglis

Superintendente de Administração

Ana Paula Gonçalves de Lima Resende

Superintendente de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

André Vinicius Batista de Assis

Diretor da Escola da Escola de Saúde Pública

Dr. Jorge David Nasser**Deisy Adania Zanoni**

Diretora da Escola Técnica do SUS

Professora Ena de Araújo Galvão

Ana Paula Gonçalves de Lima Resende

Coordenadoria Estadual do Telessaúde

Wilson Braga

Presidente do COSEMS

Florêncio Garcia Escobar

Coordenador do Conselho Estadual de Saúde

Coordenador para elaboração do PEEPS

Edgar Oshiro

Grupo de Trabalho da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES)

Cassia Barbosa Reis

Cleber Colleone

Cristiane Delboni

Débora Dupas Gonçalves do Nascimento

Deisy Adania Zanoni

Edgar Oshiro

Euder Alexandre Nunes

Ewângela Aparecida Pereira

Fabrcia Tatiane da Silva Zuque

Kassandrha Pereira Zolin

José Alexandre dos Santos

Josiane França Peralta

Leonardo Guirao Junior

Luciane Aparecida Pereira de Lima

Silvia Helena Mendonça de Moraes

Grupo Técnico Estadual do PEEPS

André Vinicius Batista de Assis

Carlos Alberto Moraes Coimbra

Cristiane Regina Pagani

Deisy Adania Zanoni

Edgar Oshiro

Edna de Moraes Salgado

Eduarda Reynaldo Alves de Hollanda

Vanessa Rosa Prado

Vera Lucia Kodjaoglanian

Tháise Geib Ruiz Mateus

Equipe Estadual das Redes de Atenção à Saúde

Angela Rios

Carolina dos Santos Chita Raposo

Cristiane Garcia da Rosa Prado

Lyvia Maria Torres Moura Donato

Marisa Dias Von Atzingen

Michele Scarpin

Natalia Godoy de Souza Rosa

Sandra Sonda Vieira

Juliana Medeiros Vieira

Fórum Estadual de Educação Permanente de Saúde e Controle Social no SUS

Anísio Guilherme da Fonseca

Carmen Esmelinda Irigojen Olmedo Galliani

Gestores de Aprendizagem

Cassia Barbosa Reis

Cleber Colleone

Cristiane Bartz Kruger

Deisy Adania Zanoni

Edgar Oshiro

Ewângela Aparecida Pereira

Fabrcia Tatiane da Silva Zuque

Flavia Renata da Silva Zuque

Josiane França Peralta

Kassandrha Pereira Zolin

Leonardo Guirao Junior

Ligia Maria Pace Zanqui

Silvia Helena Mendonça de Moraes

Sueli Oliveira da Silva

Facilitadores Municipais**Água Clara**

Claudio Manoel Freitas Mathias

Cleberton Luis Carlos Corrêa

Aicinópolis

Neiva Leite Carneiro

Isabelle Fernanda de Oliveira

Amambai

Tatianne dos Santos Perez

Renata Miranda Meira

Angélica

Márcia Boniolo do Valle

Ana Maria Guirardi

Antônio João

Ana Paula Fuchs dos Santos Caimar

Jackelyne da Silva Xavier

Aquidauana

Clery Aparecida Pereira de Lima

Gabriella Darbello Torres Lopes

Aparecida do Taboado

Hebilene Lores Souza Queiroz

Mirian Regina do Nascimento

Aral Moreira

Bruna Almeida Silva

Suellen Farias Queiroz Riquelme

Bataiporã

Mirian Cabreira Teixeira

Ciane de Souza Maques

Bela Vista

Patrícia Meireles Dagostin Zanete

Laura Cortez S. Marin

Bodoquena

Thais Moura Cabreira

Ana Lúcia Pereira da Silva

Brasilândia

Michele Ladeia Molon

Priscila Monteiro

Caarapó

Samuel Bach

Fabiane Piloto Benito

Camapuã

Josiel Eduardo Abrate

Evamerlyn de Podesta

Campo Grande

Kassandha Pereira Zolin

Valéria Aranda Ventura da Silva

Caracol

Cristina Araújo Pezzini

Mayara Soares Cunha

Chapadão do Sul

Karla Viviane Pereira da Silva
Naiara Cabral da Silva Cespede

Coronel Sapucaia

Lucia Suemi Yuhara
Jaqueline Weber Calandrelli

Corumbá

Ana Cecília Demarqui Machado
Cleber Colleone

Costa Rica

Daiane de Souza Puppim
Laysa Dandara Ribeiro Coelho Gomes da Silva

Coxim

Ester Rodrigues dos Santos
Jacqueline Lima Azevedo

Douradina

Danielle Caroline Carvalho
Ana Caroline Pinto Lima

Dourados

Márcia Adriana Fokura Fernandes
Márcia Cristina Pereira da Silva

Eldorado

Muriel da Silva Moia
Vera Lúcia Koci

Fátima do Sul

Rosilda Aparecida de Freitas
Josilei da Costa Lucena

Glória de Dourados

Renata Rigatto
Edmara Honório Santos

Iguatemi

Daniely Vessoni Sorgatto
Karine Fernandes de Oliveira

Itaporã

Fabiana Vicente de Paula
Vanessa Paiva Thiesen

Ivinhema

Ana Cristina Bortolasse de Farias
Katiane Lopes Xisto

Jaraguari

Vanessa da Silva Gomes Lurznic
Elenara Santos da Silva

Jardim

Regiani Aparecida Coronel Cacho
Marcilene Romeiro de Moraes

Jatei

Roberti Lyus Silva Dias
Natalia Muller Monteiro

Juti

Elisangela Aparecida Gomes
Raquel Bernardo da Silva

Ladário

Henrique Virira Pereira
Simone de Araújo Roca Fernandes

Laguna Carapã

Luciane Barbosa Maciel
Ronitania Portela

Maracaju

Luciana Henrichsen Schmitt
Nayara Niz Barcelos

Miranda

Danieli Soares Garcia
Márcia Luiza Xavier da Anunciação Jara

Naviraí

Andrelice Ticiene Arriola
Maria Cecília Sanches Bom Fogo

Nioaque

Lidiane do Nascimento Souza
Sandra Maria Santos Calonga

Nova Alvorada do Sul

Nayara Buranello Zacheu
Fernanda Ximenes Teixeira

Nova Andradina

Simone Aparecida Marega
Ingrid Elisandra Bumbieris Travam

Novo Horizonte do Sul

Hugo Cardoso dos Santos
Isabel Cristina de Oliveira

Paraíso das Águas

Larisse Aparecida do Amaral Pereira Von Ancken
Vanessa Barroso de Lima

Paranaíba

Rita de Cassia Coelho Morales
Luciana Chaves Carvalho

Pedro Gomes

Aline Ferreira Farias
Jaelita Sales Arruda Borges

Ponta Porã

Fares Melhem Salem
Zenir Aparecida da Cruz Franco

Porto Murtinho

Rodrigo Pereira da Silva
Ana Paula Bittencourt

Ribas do Rio Pardo

Rosana de Arruda Silva

Rio Brillhante

Valdirene Aparecida Ortega Vizinfard Rosa
Jucinéia dos Santos Morais Lago

São Gabriel D'Oeste

Ilaine Marocco
Luciane Zacarias Martins Flores

Selvíria

Jeane Alves de Jesus
Patrícia Chiochetta Alves

Sidrolândia

Etiene Queiroz Paim Osiro
Maria Ignácia Fabrício Meirelles

Sonora

Claudia Lima de Abreu Billieri
Gracyelen Lousada Felipe Centenaro

Terenos

Aparecida Gomes Xavier
Haideline Mertens Kuff

Três Lagoas

Fabricia Tatiane da Silva Zuque
Ligia Maria Pace Zanque

Vicentina

Érica Quintiliano Oliveira
Josiane de Oliveira Silva

Equipe Técnica para a Elaboração Final

Cibele Ynae Webster
Deisy Adania Zanoni
Edgar Oshiro
Euder Alexandre Nunes
Maria de Lourdes Oshiro
Vanessa Rosa Prado
Equipe Administrativa
Clíssia Amaral Rezende Diniz
Maristela Amaral de Matos Rios
Norma Bocollato de Moura Lacerda
Rafael Nunes de Freitas
Valdir da Silva

Colaboradores

Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço – CIES
Núcleos Regionais de Saúde - NRS
Conselho de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS
Conselho Estadual de Saúde - CES

1. APRESENTAÇÃO

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNPS) é uma proposta de ação estratégica que visa contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. A implantação desta Política implica em trabalho intersetorial capaz de articular o desenvolvimento individual e institucional, ações, serviços, gestão setorial e atenção à saúde (BRASIL, 2007).

A portaria GM/MS nº 3194 publicada em novembro de 2017 instituiu incentivo financeiro de custeio para a elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde nos estados brasileiros (BRASIL, 2017a). A Secretaria de Estado de Saúde – SES/MS aderiu ao Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS SUS) para elaborar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), 2019-2022, de Mato Grosso do Sul apresentado neste documento.

O PEEPS será uma ferramenta central adotada para fortalecer a organização dos serviços de saúde no modelo de rede de atenção à saúde, de modo a romper com o sistema fragmentado do trabalho e buscar o cuidado voltado para a integralidade do indivíduo, implementando e desenvolvendo metodologias no processo de formação que contemple os princípios de uma educação transformadora e autêntica, onde os profissionais se vejam como sujeitos da sua ação e com possibilidades efetivas de transformá-los.

Nesse sentido, o PEEPS-MS foi idealizado para fortalecer o processo de construção do conhecimento e estimular o despertar deste novo trabalhador da saúde que contribua com a consolidação do SUS, alinhadas com as necessidades de formação e qualificação dos trabalhadores da saúde com foco na melhoria da saúde da população.

Dentre as prerrogativas previstas no PRO EPS SUS para o processo de elaboração do Plano seja construída de forma ascendente e participativa com os municípios. Desta forma, a proposta metodológica de elaboração deste plano foi discutida e pactuada na 267ª reunião ordinária da Comissão Intergestores Bipartite do dia 18 de maio de 2018 (MATO GROSSO DO SUL, 2018a).

Por ser de caráter coletivo as especificidades locais de cada região de saúde foram consideradas mediante um planejamento ascendente, descentralizado e participativo dos municípios. Assim as linhas de ação, objetivos e metas apresentadas neste plano foram discutidos, posteriormente validados e apresentados na Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço Estadual (CIES-MS), aprovado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), sob a condução Superintendência da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES-MS) com o apoio da CIES e do Grupo Técnico Estadual instituído pela RESOLUÇÃO "P" SES N.º 522 de 16 de outubro de 2018 (MATO GROSSO DO SUL, 2018b).

2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, ECONÔMICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

2.1 Aspectos demográficos

Mato Grosso do Sul é o 6º estado do país em extensão territorial, com 357.145,534 km² que corresponde a 4,19% da área total do Brasil (8.515.767,049 km²) e 22,23% da área do centro-oeste. É uma das 27 unidades federativas do Brasil. Está localizado ao sul da região Centro-Oeste. Tem como limites os estados de Goiás a nordeste, Minas Gerais a leste, Mato Grosso (norte), Paraná (sul) e São Paulo (sudeste), além da Bolívia (oeste) e o Paraguai (oeste e sul). Sua área é ligeiramente maior que a Alemanha e Portugal.

Sua população estimada em 2018 segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/29 de agosto de 2018) era de 2.748.023 habitantes, residentes nos 79 municípios distribuídos geograficamente, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR), em 4 regiões de saúde e respectivas 11 microrregiões. Sua capital e maior cidade é Campo Grande, e outros municípios importantes são Dourados, Três Lagoas, Corumbá, Ponta Porã, Aquidauana, Nova Andradina e Naviraí (Quadro 1 e Tabela 1).

Quadro 1 - População residente. Região de Saúde, 2014-2018.

Macrorregião de Saúde	População estimada 01/07/14	População estimada 01/07/15	População estimada 01/07/16	População estimada 01/07/17	População estimada 01/07/18
MATO GROSSO DO SUL	2.619.657	2.651.235	2.682.386	2.713.147	2.748.023
Campo Grande	1.429.202	1.447.248	1.465.052	1.482.654	1.502.351
Corumbá	129.498	130.516	131.522	132.489	133.774
Dourados	793.001	802.417	811.701	820.875	831.310
Três Lagoas	267.956	271.054	274.111	277.129	280.588

Fonte: IBGE/TCU

Tabela 1 – População estimada pelo IBGE por município agosto/2018. MS

Município	População	Município	População
Água Clara	14992	Itaiquiraí	20.637
Alcinópolis	5188	Ivinhema	23.021
Amambai	38465	Japorã	8.836
Anastácio	29954	Jaraguari	7.019
Anaurilândia	8927	Jardim	25.758
Angélica	10458	Jateí	4.025
Antônio João	8808	Juti	6.553
Aparecida do Taboado	25072	Ladário	22.590
Aquidauana	47482	Laguna Carapã	7.177
Aral Moreira	11771	Maracaju	44.994
Bandeirantes	6795	Miranda	27.525
Bataguassu	22389	Mundo Novo	19.103
Batayporã	11248	Naviraí	53.188
Bela Vista	24331	Nioaque	14.092
Bodoquena	7820	Nova Alvorada do Sul	20.772
Bonito	21483	Nova Andradina	52.625
Brasilândia	11864	Novo Horizonte do Sul	4.041
Caarapó	29292	Paraíso das Águas	5.350
Camapuã	13694	Paranaíba	41.755
Campo Grande	874210	Paranhos	13.852
Caracol	5972	Pedro Gomes	7.683
Cassilândia	21748	Ponta Porã	89.592
Chapadão do Sul	23940	Porto Murtinho	16.879
Corguinho	5730	Ribas do Rio Pardo	23.881
Coronel Sapucaia	15016	Rio Brillhante	36.144
Corumbá	109899	Rio Negro	4.834
Costa Rica	20159	Rio Verde de Mato Grosso	19.569
Coxim	33323	Rochedo	5.346
Deodópolis	12773	Santa Rita do Pardo	7.732
Dois Irmãos do Buriti	11132	São Gabriel do Oeste	25.898
Douradina	5827	Selvíria	6.482
Dourados	218069	Sete Quedas	10.790
Eldorado	12224	Sidrolândia	54.575
Fátima do Sul	19181	Sonora	18.393
Figueirão	3027	Tacuru	11.284
Glória de Dourados	9960	Taquarussu	3.570
Guia Lopes da Laguna	9991	Terenos	20.855
Iguatemi	15838	Três Lagoas	117.477
Inocência	7618	Vicentina	6.041
Itaporã	23539		

Conforme o IBGE, 2018, Campo Grande continua a cidade mais populosa do estado, com 874.210 habitantes e Figueirão, na região norte, tem 3.027 moradores e é o município sul-mato-grossense com menor população. Dentre eles, quarenta e nove (49), municípios tem população inferior a 20.000 habitantes e estão vinculados a um centro urbano de referência, que são as sedes das microrregiões de saúde.

Em torno de 32,2% (853.622) da população do estado reside na Capital Campo Grande (IBGE, 2015), pertencente à Região de Saúde de Campo Grande. O município registrou no período de 2011-2015 uma taxa de crescimento superior à média do Estado de 1,26%a.a. (Tabela 1). Concentra a maioria dos serviços do setor terciário, demandando maior oferta de empregos, escolas, universidades e serviços de saúde, entre outros.

Mais da metade dessa população (1.885.888) está na idade produtiva que vai dos 15 aos 64 segundo o IBGE. Essa parcela potencialmente ativa profissionalmente deve crescer até chegar aos 2.138.529 em 2044, quando começa a cair, alcançando 2.085.112 em 2060.

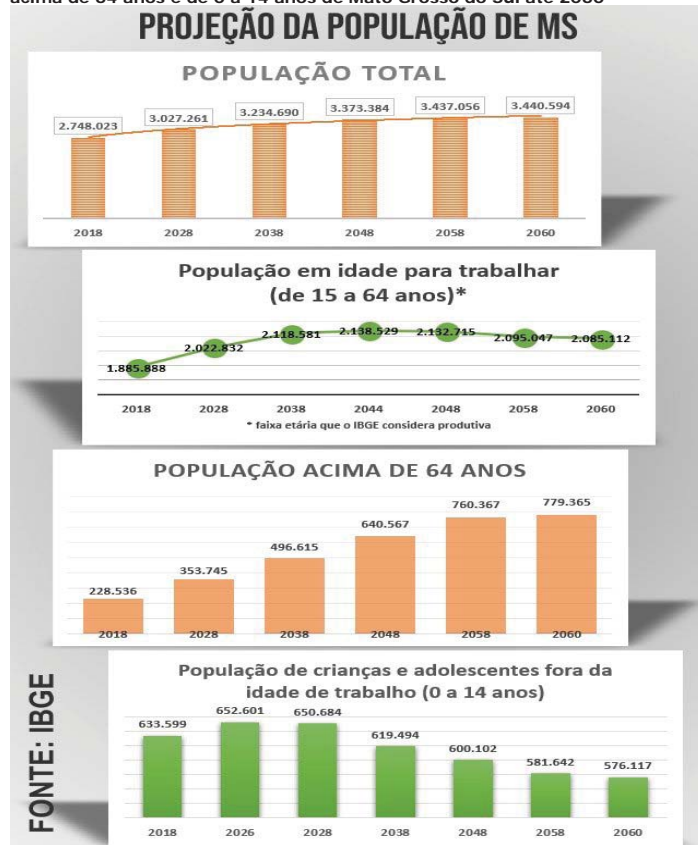
Os cidadãos com 65 anos ou mais somam 228.536, o que corresponde a 1/12 do total de sul-mato-grossenses em 2018. Esse número não deve apresentar retrações e crescerá até a marca de 779.365 em 2060.

Embora a quantidade de cidadãos em idade para trabalhar continue sendo superior às demais nos próximos 62 anos, ela deve crescer apenas 10,56% nesse período, enquanto a população idosa deve aumentar em 241%.

Já a população de crianças e adolescentes entre 0 e 14 anos, atualmente estimada em 633.599 indivíduos no estado, deve continuar crescendo até 2026, quando atinge a marca de 652.601. A partir daí deve começar a recuar até chegar aos 576.117 em 2060.

Dessa forma, a população economicamente dependente (de 0 a 14 anos e acima de 65) em Mato Grosso do Sul deverá ser de 1.355.482 nos próximos 42 anos para um grupo de 2.085.112 em idade para trabalhar (Figura 1).

Figura 1 - Projeção da população total, em idade para trabalhar e população acima de 64 anos e de 0 a 14 anos de Mato Grosso do Sul até 2060



Segundo a classificação de gênero, em 2000 50,5% da população era representada por homens, em 2015 este valor obteve um leve declínio, média de 50,2%, com tendência decrescente para 2020 (Tabela 2).

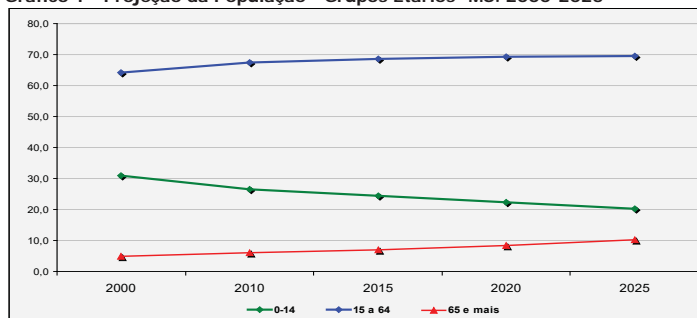
Tabela 2 - Distribuição da População segundo o gênero. MS, 2000-2020

Períodos	Homens	Mulheres
2000	50,5	49,5
2010	50,3	49,7
2015	50,2	49,8
2020	50,1	49,9

Fonte: IBGE

Por outro lado, caracteriza-se por ter uma população com padrão etário jovem e tendência ao envelhecimento (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Projeção da População - Grupos Etários -MS. 2000-2025



Fonte: IBGE.

A Taxa de Fecundidade Total (TFT) - número de filhos de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) entre 2010 e 2015 diminuiu em média -1,5% no estado, enquanto no país a média de queda foi de -1,6%.

A queda da taxa de fecundidade reflete em menor entrada de crianças na população e proporcionalmente diminuição no número de jovens, por outro lado a queda das taxas de mortalidade infantil e geral, são os fatores determinantes do envelhecimento da população (Tabela 3). As pirâmides etárias (estrutura por sexo e grupo etário) refletem a tendência do aumento da expectativa de vida e o índice de envelhecimento populacional no estado e perspectiva para 2020 (Gráficos 1 e 2).

Esta perspectiva remete a uma visão de futuro no qual a gestão da saúde do estado deverá priorizar suas ações para um cenário de aumento na prevalência dos agravos por causas externas e os decorrentes do envelhecimento da população, especialmente os relacionados às condições crônicas, com reflexo direto na demanda por serviços mais onerosos como os atendimentos em alta complexidade.

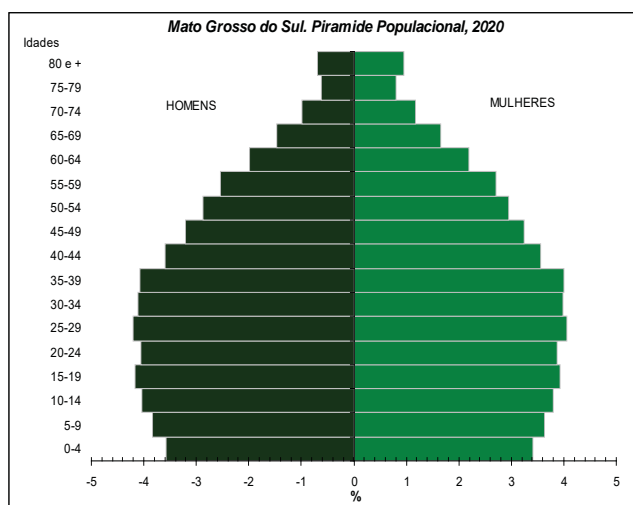
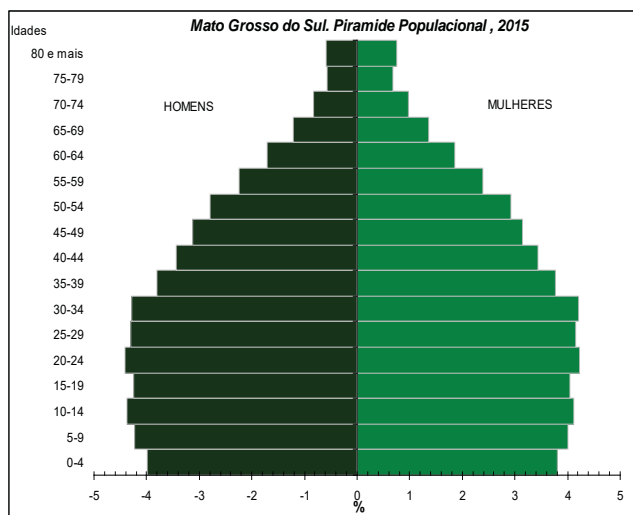
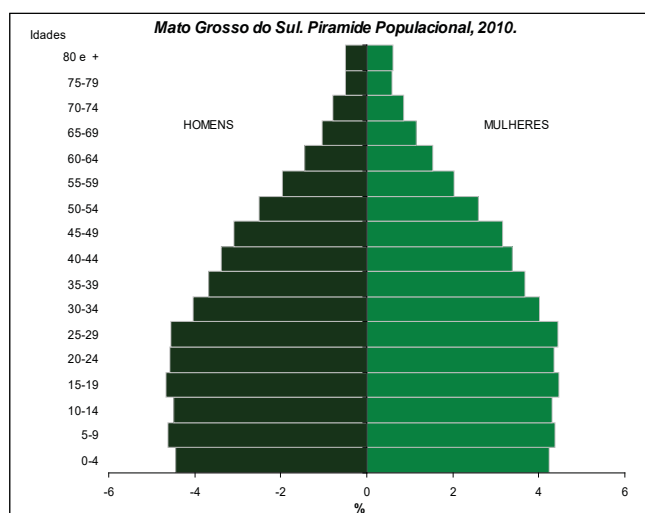
Tabela 3 - Taxa de Fecundidade Total (TFT), Esperança de Vida ao Nascer (e), Índice de Envelhecimento. Brasil, MS, 2010-2020.

	2010	2015	2020	
Taxa de Fecundidade Total -TFT				
Brasil	1,82	1,72	1,61	
Mato Grosso do Sul	1,96	1,86	1,73	
Esperança de Vida ao Nascer - e⁰				
Brasil	homens	70,21	77,60	73,86
	mulheres	71,88	79,05	75,44
	total	73,26	80,25	76,74
Mato Grosso do Sul	homens	70,41	71,86	75,28
	mulheres	77,56	72,88	76,30
	total	73,80	73,12	76,53
Índice de Envelhecimento Populacional				
Brasil	26,54	34,05	45,09	
Mato Grosso do Sul	22,72	28,50	37,64	

Fonte: IBGE: Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação, por sexo e idade, Revisão 2013. RIPSA.

Nota: Índice de Envelhecimento = (nº pessoas de 60 anos e mais / nº pessoas de 0 a 15 anos) *100

Gráfico 2 - Pirâmide Populacional - Mato Grosso do Sul, 2010-2020



Fonte: IBGE. Elaboração: RIPSA-MS

O Mato Grosso do Sul possui a segunda maior população indígena do país, perdendo somente para o Estado do Amazonas.

Dados do DSEI-MS/SESAI - Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul, demonstram que há aproximadamente 73.181 indígenas distribuídos em 75 aldeias, contemplando sete etnias, que abrangem diversos municípios do estado. Já em relação ao total de moradores do território estadual, os indígenas representam 9% do total dessa população, segundo o IBGE.

Tabela 4 - Distribuição etnias por municípios, 2015.

Nº	Povos Indígenas	Municípios
1	Atikum	Nioaque (Aldeia Brejão)
2	Guarani-Kaiowá	Amambai, Antonio João, Aral Moreira, Bela Vista, Caarapó, Coronel Sapucaia, Dourados, Eldorado, Japorã, Juti, Laguna Carapã, Maracaju, Paranhos, Ponta Porã, Rio Brillante, Sete Quedas e Tacuru.
3	Guató	Corumbá
4	Kamba	Corumbá (origem Boliviana)
5	Ofayé	Brasilândia
6	Kadiwéu-Kinikawa	Bodoquena, Bonito e Porto Murtinho
7	Terena	Anastácio, Aquidauana, Campo Grande, Dois Irmãos do Buriti, Dourados, Miranda, Nioaque, Rochedo e Sidrolândia.

Fonte: DSEI/FUNASA-MS.

Tabela 5 - Caracterização demográfica, étnico-cultural dos povos indígenas no DSEI-MS, 2015.

Pólo base	Município (Aldeia)	Aldeia	Residência	total		
				Aldeia	Min (aldeia)	Pólo Base
AMAMBAI	AMAMBAI	AMAMBAI	1602	7031	8.991	12.953
		JAGUARI	85	350		
		LIMÃO VERDE	371	1602		
	ARAL MOREIRA	GUASSUTY	181	723	873	
		GUAYVYRY	47	150		
		CORONEL SAPUCAIA	673	2946		
ANTÔNIO JOÃO	ANTONIO JOAO	CAMPRESTRE	157	609	1.121	
		CERRO MARANGATU	132	512		
	PONTA PORÁ	PIRAKUA	110	495	495	
		KOKUE-Y	42	160		
LIMA CAMPO	LIMA CAMPO	95	312	472	2.088	

Pólo base	Município (Aldeia)	Aldeia	Residência	total		
				Aldeia	Mun. (aldeia)	Pólo Base
AQUIDAUANA	ANASTACIO	ALDEINHA	101	398	6.770	398
		ÁGUA BRANCA	155	563		
		BANANAL	250	1109		
		COLINA NOVA	48	143		
		CÓRREGO NOVA	45	162		
		IMBRUSSU	45	172		
		LAGONHA	124	571		
		LIMÃO VERDE	249	1161		
		MORRINHOS	52	300		
		YPEGUE	213	736		
	ACAMPAMENTO ESPERANÇA	10	42			
	NIOAQUE	ÁGUA BRANCA NIOAQUE	72	287		
		BREJÃO	131	537		
		GABECEIRA	82	298		
TABOQUINHA		79	291			
BODOQUENA	PORTO MURTINHO	ALVES DE BARROS	174	839	968	968
		CAMPINA	25	106		
		CÓRREGO DE OURO	4	23		
BONITO	PORTO MURTINHO	BARRO PRETO	11	55	587	661
		SÃO JOÃO	68	323		
		TOMÁSIA	39	209		
CAARAPO	LAGUNA CARAPA	CERRO Y	14	74	572	6.290
		CAARAPO	1168	4694		
		GUIRA-ROKA	25	80		
		PYNOROKY	13	75		
BRASILANDIA	BRASILANDIA	OPAIÉ	24	105	105	105
		MAÇAL DE SOUZA	14	51		
CAMPO GRANDE	CAMPO GRANDE	URBANIZADO	143	3029	3.149	3.149
		ROCHEDO	14	69		
CORUMBA	CORUMBA	LIBERABA	40	165	165	165
DOURADOS	DOURADINA	PANAMBI	167	610	13.883	15.186
		ACAMP. GUIYRA KAMBY	20	80		
		ACAMP. TEKOHARA-ITA-Y	49	185		
		ACAMP. ITHAUM	12	73		
		ACAMP. PICADINHA	7	33		
		ACAMP. PAKURITI	3	6		
		ACAMP. CURRAL DE ARAME	3	7		
		ACAMP. MUDAS MS	12	91		
		ACAMP. NHUVERÁ	18	101		
		ACAMP. BOQUEIRÃO	10	34		
	DOURADOS	BORORÓ	1476	6341		
		JAGUAPIRÚ	1558	6753		
		PANAMBIZINHO	100	347		
		PORTO CAMBIRA	10	47		
	RIO BRILHANTE	ACAMP. A ROEIRA	7	15		
		ACAMP. JHUICUA	*	*		
		ACAMP. NHANDERU LARANJEIRA	12	110		
		ACAMP. SR. WILSON	5	30		
MARACAJU	SUCURI	69	323	323	323	

Pólo base	Município (Aldeia)	Aldeia	Residência	total			
				Aldeia	Mun. (aldeia)	Pólo Base	
IGUAATEMI	IGUAATEMI	CERRITO	128	498	5.106	488	
		JAPORA	107	350			
		PORTO LINDO	1023	3.946			
		SETE QUEDAS	51	171			
MIRANDA	MIRANDA	ACAMP. PYELYTO KUE	59	151	7.357	7.357	
		ARGOLA	133	651			
		BABAÇU	129	620			
		CACHOERINHA	313	1606			
		LOGONHA	30	137			
		LALIMA	357	1436			
		ACAMP. MÃE TERRA	51	222			
		MORERA	272	1123			
		MORRINHO	73	341			
		PASSARINHO	295	1221			
PARANHOS	PARANHOS	ARROIO CORÁ	111	537	4.924	4.924	
		PARAGUASSU	149	761			
		PIRAJUI	437	2.219			
		POTTERO-GUASSU	169	726			
		SETE CERROS	108	566			
		ACAMP. YPOY YVIKATU	52	115			
		AGUA AZUL	77	302			
SIDROLANDIA	DOIS IRMAOS DO BURITI	BARRERINHO	31	107	2.236	4.436	
		NOVA BURITI	80	256			
		BURITI	233	953			
		OLHO DA GUA	40	212			
		OLVEIRA	43	155			
	SIDROLANDIA	SIDROLANDIA	RECANTO	53			251
			CÓRREGO DO MEIO	153			574
			LAGONHA	71			309
			ACAMPAMENTO 10 DE MAIO	18			64
			TERERE	214			952
TACURU	TACURU	NOVA TERÉ	84	301	3.023	3.023	
		JAGUAPIRÉ	234	912			
		SASSORÓ	539	2111			
15	32	99	16.787	73.181	73.181	73.181	

Fonte: DSEI/FUNASA-MS.

Das etnias mais populosas, destacam-se Guarani com média de 40.000 pessoas, Terena com 30.000 pessoas e Kadiweu com média de 2.000 pessoas.

No Mato Grosso do Sul, a SES através de suas áreas técnicas apoia as ações da Secretaria Especial de Saúde Indígena/SESAI na realização de ações de saúde aos povos indígenas. No contexto de morbidade, os agravos mais prevalentes são as doenças infecciosas e carências. A proximidade aos centros urbanos acrescentou também as doenças psiquiátricas (depressão e adição alcoólica e drogas ilícitas) e também as doenças crônicas decorrentes de mudanças nos hábitos alimentares e comportamentais, incluindo os problemas relacionados ao planejamento familiar.

De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF) publicado em 2000 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), 49% das mortes de crianças menores de 5 anos nos países em desenvolvimento estão relacionadas à desnutrição (UNICEF, sd).

A desnutrição é um problema de saúde pública, pois ela aumenta o risco de adquirir doenças e pode afetar o crescimento e o desenvolvimento cognitivo. Além disso, crianças desnutridas têm mais chance de apresentar complicações de saúde na idade adulta. Por isso, a segurança alimentar e nutricional é uma questão básica da saúde para a infância.

A mortalidade infantil em Mato Grosso do Sul chama a atenção para a gravidade da desnutrição infantil em comunidades indígenas, a qual já reduziu significativamente com a execução de ações de segurança alimentar e nutricional a essa população.

Os índices de desnutrição infantil nas comunidades indígenas do Estado reduziram-se de 15% para 12%, o que ainda representa mais que o dobro da média nacional. A situação alarmante das aldeias de Mato Grosso do Sul motivou uma série de medidas emergenciais para reduzir o problema no Estado.

E uma das ações para o fortalecimento do cuidado à população indígena vem sendo desenvolvida pela Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão" em parceria com a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), Coordenadoria Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde do Ministério da Saúde, Universidade Federal da Grande Dourados e DSEI/MS, por meio da adesão ao Programa de Qualificação para Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN). Este programa tem por objetivo qualificar todos os AIS e AISAN que estão vinculados ao DSEI/MS, para atuarem em equipe na perspectiva da promoção, prevenção de agravos e doenças e na recuperação da saúde dos povos indígenas.

2.2 Aspectos econômicos

O agronegócio é um dos principais motores da economia do Estado do Mato Grosso do Sul. O Estado é o 5º maior produtor de grãos do País. No ranking do agronegócio, Mato Grosso do Sul detém, ainda, a 4ª posição na produção de milho e 3ª no abate de gado. Polo mundial de celulose, produz 5,3 milhões de toneladas de celulose ao ano, dispõe de 1,056 milhão de hectares de florestas plantadas, 615 mil hectares de cana-de-açúcar e 18 milhões de hectares de pastagens.

Segundo dados da Federação de Indústria do Estado do Mato Grosso do Sul, a FIEMS, o setor de agropecuária representa 15,8% do Produto Interno Bruto (PIB) do estado, enquanto a indústria representa 16,7% e o setor de serviços 67,5%. Destacamos que a agropecuária assume um papel importante na economia do Estado do Mato Grosso do Sul, devido ao fato dela impulsionar os setores de serviços e da indústria (VIEGAS, 2013).

O rebanho bovino do Estado do Mato Grosso, hoje o maior do país, deverá crescer 18% nos próximos dez anos. O número de cabeças, de acordo com o IMEA (Instituto Mato-grossense de Economia Agropecuária), deverá passar dos atuais 28,7 milhões para 33,9 milhões. Além disso, possui significativas jazidas de ferro, manganês, calcário, mármore e estanho, com destaque para o maciço de Urucum, em que há uma expressiva jazida de minério de ferro e manganês.

O estado vem apresentando um intenso processo de industrialização. Assim como na maioria dos estados do Brasil, Mato Grosso do Sul concede incentivos fiscais para a instalação de indústrias. Em 2007 o PIB Industrial chegou a quase R\$ 3,9 bilhões e, em 2008, o PIB Industrial chegou a R\$ 4,9 bilhões (23,2% de aumento).

O setor de serviços é muito alavancado pelo turismo, em especial, pelo chamado turismo ecológico promovido no Pantanal e na cidade de Bonito. É interessante destacarmos que este setor da economia é responsável por 69,87% dos empregos gerados no Estado. Para fins de comparação, a indústria emprega 19,40% e a agropecuária, apenas 10,74% do total da mão de obra (PIRES, 2016).

O Estado de Mato Grosso do Sul com suas características socioeconômicas direcionadas para o setor agropecuário e ao mercado externo, no período entre 2010 a 2013 registrou um crescimento do PIB per capita de 10,73%, em grande parte devido ao crescimento recente dos setores industriais no Estado. O setor cresceu acima da média dos demais setores, com taxa média de crescimento de 6,56%, contribuindo para uma diversificação das atividades produtivas no Estado (Tabela 6).

Tabela 6 – Evolução do Produto Interno Bruto e do PIB Per Capita.

	R\$ 1,00	R\$ 1,00
2002	16.440.423.924,18	7.599,05
2003	21.846.566.335,18	9.943,36
2004	23.372.308.185,64	10.477,56
2005	23.725.258.361,21	10.477,19
2006	26.667.893.813,11	11.604,92
2007	30.084.765.198,47	13.277,69
2008	36.219.263.038,02	15.504,44
2009	39.517.741.741,18	16.741,27
2010	47.270.656.395,63	19.299,34
2011	55.133.162.450,65	22.253,17
2012	62.013.200.885,26	24.754,90
2013	69.203.201.263,86	26.747,59
2014	78.950.132.702,70	30.137,58
2015	83.082.554.710,33	31.337,30
2016	91.865.802.611,85	34.247,79

Os três pilares que constituem o IDHM¹ (saúde, educação e renda) são mensurados a partir dos dados dos censos demográficos, delimitados conforme as faixas que avaliam o nível de desenvolvimento humano municipal (Tabela 7).

Em 2012, o PNUD Brasil, o Ipea e a Fundação João Pinheiro assumiram o desafio de adaptar a metodologia do IDH Global para calcular o IDH Municipal (IDHM) dos 5.565 municípios brasileiros. Esse cálculo foi realizado a partir das informações dos 3 últimos Censos Demográficos do IBGE – 1991, 2000 e 2010 – e conforme a malha municipal existente em 2010. O IDHM brasileiro considera as mesmas três dimensões do IDH Global – longevidade, educação e renda, mas vai além: adequa a metodologia global ao

contexto brasileiro e à disponibilidade de indicadores nacionais.

Tabela 7 - Faixas de Desenvolvimento Humano municipal, MS, 1991-2010.

Faixas	IDHM		
Muito baixo	0	-	0,499
Baixo	0,500	-	0,599
Médio	0,600	-	0,699
Alto	0,700	-	0,799
Muito alto	0,800	-	1

Fonte: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/idhm/

Dentre os estados brasileiros (27 unidades federativas), Mato Grosso do Sul ocupou, em 2010, a 10ª posição no ranking de Índice de Desenvolvimento Humano municipal (IDHM), permanecendo na mesma posição do ranking de 2000, quando decresceu 2 pontos na classificação em relação a 1991 (Tabela 8 e 9) (PNUD, 2010).

Tabela 8 - Índice de Desenvolvimento Humano municipal, MS, 1991-2010.

Posição	IDHM	IDHM Renda	IDHM Longevidade	IDHM Educação
8º	1991			
	0.488	0.641	0.699	0.259
10º	2000			
	0.613	0.687	0.752	0.445
10º	2010			
	0.729	0.740	0.833	0.629

Fonte: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/o_atlas/

Tabela 9 - Índice de Desenvolvimento Humano municípios de Mato Grosso do Sul, 2010.

Município	IDHM, 2010	Ranking Estadual
Campo Grande	0,784	1º
Chapadão do Sul	0,754	2º
Dourados	0,747	3º
Três Lagoas	0,744	4º
Maracaju	0,736	5º
São Gabriel do Oeste	0,729	6º
Cassilândia	0,727	7º
Nova Andradina	0,721	8º
Paranaíba	0,721	9º
Glória de Dourados	0,721	10º
Ivinhema	0,72	11º
Rio Brilhante	0,715	12º
Fátima do Sul	0,714	13º
Jardim	0,712	14º
Alcinópolis	0,711	15º
Vicentina	0,711	16º
Bataguassu	0,71	17º
Rio Negro	0,709	18º
Jateí	0,708	19º
Costa Rica	0,706	20º
Ladário	0,704	21º
Coxim	0,703	22º
Camapuã	0,703	23º
Ponta Porã	0,701	24º
Brasilândia	0,701	25º
Corumbá	0,7	26º
Naviraí	0,7	27º
Douradina	0,699	28º
Bela Vista	0,698	29º
Aparecida do Taboado	0,697	30º
Angélica	0,697	31º
Nova Alvorada do Sul	0,694	32º
Deodápolis	0,694	33º
Caarapó	0,694	34º
Aquidauana	0,688	35º
Mundo Novo	0,686	36º
Sidrolândia	0,686	37º
Eldorado	0,684	38º

Batayporã	0,684	39º
Selvíria	0,682	40º
Inocência	0,681	41º
Sonora	0,681	42º
Bandeirantes	0,681	43º
Guia Lopes da Laguna	0,675	44º
Amambai	0,673	45º
Rio Verde	0,673	46º
Laguna Carapã	0,672	47º
Corguinho	0,671	48º
Pedro Gomes	0,671	49º
Bonito	0,67	50º
Água Clara	0,67	51º
Anaurilândia	0,67	52º
Bodoquena	0,666	53º
Porto Murtinho	0,666	54º
Jaraguari	0,664	55º
Ribas do Rio Pardo	0,664	56º
Anastácio	0,663	57º
Iguatemi	0,662	58º
Terenos	0,658	59º
Itaporã	0,654	60º
Rochedo	0,651	61º
Taquarussu	0,651	62º
Novo Horizonte do Sul	0,649	63º
Caracol	0,647	64º
Antônio João	0,643	65º
Santa Rita do Pardo	0,642	66º
Nioaque	0,639	67º
Dois Irmãos do Buriti	0,639	68º
Aral Moreira	0,633	69º
Miranda	0,632	70º
Juti	0,623	71º
Itaquiraí	0,62	72º
Sete Quedas	0,614	73º
Tacuru	0,593	74º
Coronel Sapucaia	0,589	75º
Paranhos	0,588	76º
Japorã	0,526	77º

Fonte: PNUD/2010

2.3 Aspectos epidemiológicos

Segundo informações do Sistema de Informação de Mortalidade de Mato Grosso do Sul, 2013, as principais causas de óbito foram relacionadas às doenças do aparelho circulatório (30,4%), neoplasias (16,5%), causas externas de morbidade e de mortalidade (12,8%), doenças do aparelho respiratório (12,0%) e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (6,5%). Em comparação ao ano anterior, houve aumento de 0,9% dos óbitos relacionados à neoplasia e redução de 0,9% para as relacionadas a causas externas de morbidade e de mortalidade (Tabela 10).

As afecções originadas no período perinatal foi a principal causa de mortalidade infantil, já na faixa de 20 a 39 anos a principal causa de mortalidade foi devido as causas externas e para a população a partir de 50 anos foi as doenças do aparelho circulatório seguida das neoplasias.

Em relação as principais causas de internação hospitalar (morbidade hospitalar) foram devido a doenças relacionadas à gravidez, parto e puerpério (21,1%), seguido de lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (12,3%) e por doenças do aparelho respiratório (12,6%), apresentando um aumento, em comparação ao ano de 2015, apenas para as internações por doenças do aparelho respiratório, de 11,5%.

Em relação a morbidade, a maior incidência de internações por causas de gravidez, parto e puerpério foi na faixa etária de 20 a 29 anos, representando 52,5% do total. A mesma faixa etária apresentou a maior incidência para as internações por lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas e para a morbidade por doenças do aparelho respiratório, a incidência foi maior para o intervalo de 1 a 4 anos de idade (Tabela 11).

Tabela 10 - Mortalidade por grupos de causas, faixa etária e por residência. Mato Grosso do Sul, 2013.

Mortalidade por Capítulo CID 10	Faixa Etária													Total
	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e mais	Idade Ignorada	
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	26	9	1	2	5	29	77	90	90	976	82	76	1	584
Capítulo II Neoplasias [tumores]	1	10	8	6	13	40	77	230	479	597	608	482	0	2.551
Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	6	2	1	6	0	2	13	9	7	13	10	20	1	90
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	11	6	1	1	3	9	23	66	143	221	244	281	1	1.010
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	0	1	1	0	0	5	16	38	34	24	6	21	0	146
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	6	8	4	9	6	21	14	22	34	44	72	197	0	437
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	3
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	7	3	2	1	7	25	121	266	630	902	1.241	1.482	2	4.689
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	22	16	3	1	6	16	27	67	142	254	500	806	0	1.860
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	10	0	1	3	5	12	39	102	170	155	162	163	0	822
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	1	0	2	7	12	7	14	18	0	61

Fonte: Portal DATASUS TABNET/SIM - 2015 - Última atualização: 06/03/2017.

Mortalidade por grupos de causas, faixa etária e por residência (cont.)

Mortalidade por Capítulo CID 10	Faixa Etária													Total
	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e mais	Idade Ignorada	
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	0	1	1	0	1	3	7	5	11	15	15	16	0	75
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	1	0	1	0	3	2	10	10	28	72	81	171	1	380
Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério	0	0	0	0	3	16	13	2	0	0	0	0	0	34
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	266	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	266
Capítulo XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	139	14	3	3	4	2	2	3	3	1	2	1	0	177
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	7	5	2	1	3	14	20	33	35	31	33	84	4	272
Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade	29	24	19	40	186	401	344	341	230	129	111	122	8	1.984
Total	531	99	48	73	246	598	805	1.291	2.049	2.561	3.181	3.941	18	15.441

Fonte: Portal DATASUS TABNET/SIM - 2015 -Preliminar - Última atualização: 06/03/2017.

Tabela 11 - Morbidade Hospitalar por grupos de causas, faixa etária e por residência.

Internações por Capítulo CID-10	Faixa Etária													Total
	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e mais		
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	886	1.554	768	516	525	1.038	1.190	1.285	1.322	1.037	1.021	721	11.863	
Capítulo II Neoplasias [tumores]	29	165	78	105	154	372	901	1.878	2.225	2.169	1.436	587	10.099	
Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	52	101	66	57	49	115	115	140	125	135	153	94	1.202	
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	202	365	221	113	89	212	283	464	635	643	572	524	4.323	
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	0	3	17	40	149	393	483	374	261	75	25	19	1.839	
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	136	209	101	70	82	156	215	250	299	220	149	94	1.981	
Capítulo VII Doenças do olho e anexos	6	32	27	24	41	80	99	131	314	667	731	275	2.427	
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoide	18	55	28	14	21	28	37	40	37	22	11	5	316	
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	76	73	40	42	89	338	702	1.435	2.669	3.269	2.747	1.825	13.305	
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	2.647	3.763	1.148	526	507	982	1.035	1.252	1.735	2.202	2.438	2.531	20.766	
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	205	416	444	520	710	1.883	2.345	2.492	2.628	2.058	1.360	659	15.720	
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	119	269	161	124	158	381	329	403	423	379	213	125	3.084	

Fonte: Portal DATASUS TABNET/SIH - Jan a Dez - 2016 - Última atualização: 06/03/2017

Morbidade Hospitalar por grupos de causas, faixa etária e por residência (Cont.)													
Internações por Capítulo CID-10	Faixa Etária												
	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e mais	Total
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	10	48	82	95	85	335	382	484	477	297	145	59	2.499
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	242	442	417	366	699	1.621	1.595	1.663	1.381	1.543	1.206	734	11.909
Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério	5	0	0	493	7.709	18.242	7.548	712	19	1	1	0	34.730
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	3.004	2	1	2	32	43	39	8	0	1	0	0	3.132
Capítulo XVII Mal formações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas	292	182	100	57	41	39	26	19	16	23	6	3	804
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	40	43	56	38	68	189	161	252	284	291	206	131	1.759
Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	91	651	1.085	1.076	1.489	3.933	3.243	2.778	2.299	1.505	1.139	894	20.183
Capítulo XXI Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	77	101	88	71	62	715	866	317	220	132	95	39	2.783
Total	8.137	8.474	4.928	4.349	12.759	31.095	21.594	16.377	17.369	16.669	13.654	9.319	164.724

Fonte: Portal DATASUS TABNET/SIH - Jan a Dez - 2016 - Última atualização: 06/03/2017

A partir das informações sobre o número de óbitos infantis do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e do número de crianças nascidas vivas do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) observa-se entre o período de 2010 e 2014 um decréscimo de 17,7%. As taxas calculadas no período em análise mostram variações entre 15,7 por mil (2010) e 12,9 (2014) por mil nascidos vivos no estado (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Taxa de mortalidade infantil. MS, 2010-2014.



Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde

Nota: 2014 - dados preliminares.

Costuma-se classificar o valor da taxa como alto (50 por mil ou mais), médio (20 a 49) e baixo (menos de 20), parâmetros esses que necessitam revisão periódica, em função de mudanças no perfil epidemiológico. Valores abaixo de 10 por mil são encontrados em vários países, mas deve-se considerar que taxas reduzidas podem estar encobrindo más condições de vida em segmentos sociais específicos.

Essas taxas refletem, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil (RIPSA, 2013).

3. REDE FÍSICA DE SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA PRESTADORA DE SERVIÇOS AO SUS

A rede física de estabelecimentos de saúde do estado de Mato Grosso do Sul, segundo o SCNES - Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, demonstra que 94% dos estabelecimentos estão sob gestão dos municípios, 3% sob gestão do estado e 3% sob gestão dupla (municipal e estadual) (Tabela 12 e figura 2).

As unidades próprias da SES, que aparecem como sob gestão estadual, referem-se às que realizam ações de serviços de saúde de competência do estado, assumidas no Pacto de Gestão.

A estrutura hospitalar no Estado é composta por 87 hospitais vinculados ao SUS. Destes, 41 são públicos, 20 são filantrópicos, 22 privados sem fins lucrativos e 04 privados. Do total, 36 estão sob gestão municipal, 48 sob gestão estadual e 02 sob gestão federal. O Hospital de Iguatemi, não contratualizado, presta serviços ao SUS mediante pagamento por produção.

São 39 hospitais gerais e 7 unidades mistas sob gestão dupla, considerando que a SES/MS mantém termo de contratualização com esses estabelecimentos para realização de atendimentos de média complexidade, sob a forma de internação e assistência ambulatorial.

Os cinco hospitais gerais que aparecem na planilha como sob gestão estadual são: o Hospital São Judas Tadeu (Iguatemi), Hospital e Maternidade Demarque Paes Ferreira (Rio Negro) e Hospital Rachid Saldanha Cerzi (Sonora), Hospital Regional de Cirurgias da Grande Dourados (Dourados) e Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (Ponta Porã)

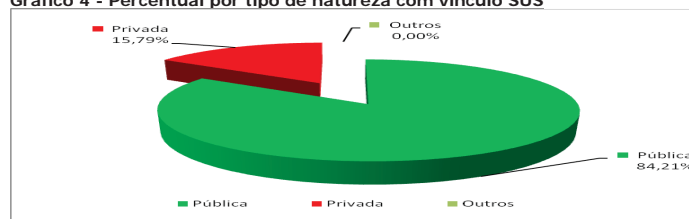
¹ Pereira, MG. Mortalidade. Epidemiologia: Teoria e Prática. Capítulo 6, pág. 126. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1995. Citado in: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroib/2ed/CapituloC.pdf>

Tabela 12 - Rede física de saúde pública e privada prestadora de serviços ao SUS - 2018

Tipo de estabelecimento	Total	Tipo de Gestão		
		Municipal	Estadual	Dupla
CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE	85	75	10	0
CENTRAL DE NOTIFICACAO, CAPTACAO E DISTRIB DE ORGAOS ESTADUAL	2	1	1	0
CENTRAL DE REGULACAO DO ACESSO	38	37	1	0
CENTRAL DE REGULACAO MEDICA DAS URGENCIAS	4	3	1	0
CENTRO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA	13	13	0	0
CENTRO DE ATENCAO HEMOTERAPIA E OU HEMATOLOGIA	12	0	12	0
CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	33	33	0	0
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	583	583	0	0
CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	153	151	2	0
CONSULTORIO ISOLADO	19	19	0	0
FARMACIA	26	24	2	0
HOSPITAL ESPECIALIZADO	6	5	0	1
HOSPITAL GERAL	74	32	5	37
HOSPITAL/DIA ISOLADO	2	2	0	0
LABORATORIO DE SAUDE PUBLICA	7	6	1	0
POLICLINICA	22	22	0	0
POLO ACADEMIA DA SAUDE	42	42	0	0
POLO DE PREVENCAO DE DOENCAS E AGRAVOS E PROMOCAO DA SAUDE	4	4	0	0
POSTO DE SAUDE	46	46	0	0
PRONTO ATENDIMENTO	14	14	0	0
PRONTO SOCORRO GERAL	3	3	0	0
TELESSAÚDE	1	0	1	0
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	110	110	0	0
UNIDADE DE ATENCAO A SAUDE INDIGENA	65	65	0	0
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	22	22	0	0
UNIDADE MISTA	9	3	0	6
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PREHOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA	41	41	0	0
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	21	19	2	0
TOTAL	1.457	1.375	38	44

Fonte: CNES

Gráfico 4 - Percentual por tipo de natureza com vínculo SUS



Fonte: CNES

4. FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

O próprio Ministério da Saúde reconhece que o SUS tem, atualmente, quatro grandes questões a resolver: o financiamento, a construção de uma base produtiva grandes de insumos e equipamentos para a saúde, a sua governança e os recursos humanos, envolvendo a formação e distribuição dos trabalhadores da saúde, condições essenciais para a melhoria da qualidade e resolutividade do cuidado.

Considerando que a metodologia adotada foi levando em consideração as redes de

atenção à saúde, destacamos o papel dos trabalhadores em saúde como protagonistas nesse plano, enfatizando a importância de inserir o tema de saúde do trabalhador nas áreas da educação continuada e implementar uma política de promoção de saúde aos servidores, trabalhadores em saúde, tendo em vista os desafios em decorrência da função, das características de cada território e da possibilidade dos agravos advindos dos processos de trabalho.

Tendo em vista o princípio da Política Nacional do Trabalhador e da Trabalhadora, anexo XV da Portaria Consolidação nº 2 de 28/9/2017, a saúde do trabalhador é uma ação transversal a ser incorporada em todos os níveis de atenção e esferas de gestão do SUS, a capacidade de identificação da relação entre o trabalho, como um dos determinantes sociais e o processo saúde-doença deve ser implementada desde a atenção primária até o nível terciário, na Rede de Atenção à Saúde, incluindo as ações de Vigilância em Saúde incluindo a saúde dos trabalhadores em saúde.

A Atenção Primária em Saúde é ordenadora da Rede de Atenção à Saúde do SUS, conforme consta na Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Neste sentido, as equipes da APS e de saúde do trabalhador devem atuar de forma articulada para garantir o desenvolvimento de ações no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, a prevenção de agravos relacionados ao trabalho, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

Como componente da vigilância em saúde e visando à integralidade do cuidado, a VISAT- Vigilância em Saúde do Trabalhador deve inserir-se no processo de construção da Rede de Atenção à Saúde, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (Portaria GM/MS nº 3.252/2009). Nesta perspectiva, a VISAT é estruturante e essencial ao modelo de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador. A Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de identificar o perfil produtivo da população em seu território, planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los.

Faz-se necessário a implementação de uma política de atenção à saúde aos trabalhadores em saúde e a inserção do tema na educação permanente enfatizando a promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis compreendida como um conjunto de ações, articuladas intra e intersectorialmente, que possibilite a intervenção nos determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores, a atuação em situações de vulnerabilidade e de violação de direitos e na garantia da dignidade do trabalhador no trabalho.

Foram extraídos os dados do CNES e verificado que dos 59400 trabalhadores da área de saúde 49.877 são trabalhadores do SUS (Tabela 13 e 14).

Tabela 13 – Distribuição de trabalhadores por municípios no Mato Grosso do Sul.

Rótulos de Linha	SUS	Total Geral
Água Clara	214	231
Alcinópolis	74	80
Amambai	503	567
Anastácio	250	259
Anaurilândia	165	178
Angélica	167	177
Antônio João	169	175
Aparecida do Taboado	224	280
Aquidauana	868	1041
Aral Moreira	192	193
Bandeirantes	133	134
Bataguassu	322	361
Batayporã	129	139
Bela Vista	253	294
Bodoquena	158	162
Bonito	322	347
Brasilândia	192	203
Caarapó	395	441
Camapuã	248	286
Campo Grande	20812	25802
Caracol	93	94
Cassilândia	305	358
Chapadão do Sul	527	616
Corguinho	74	74
Coronel Sapucaia	168	174
Corumbá	1671	1946
Costa Rica	409	484
Coxim	652	774
Deodápolis	175	229
Dois Irmãos do Buriti	199	206
Douradina	81	85
Dourados	5036	6279
Eldorado	166	172
Fátima do Sul	384	418
Figueirão	77	77
Glória de Dourados	136	161
Guia Lopes da Laguna	145	157
Iguatemi	209	216
Inocência	120	125
Itaporã	321	338
Itaquiraí	162	170
Ivinhema	372	494
Japorã	77	77
Jaraguari	95	95
Jardim	378	413
Jateí	136	137
Juti	111	116
Ladário	194	201
Laguna Carapã	168	177
Maracaju	539	582
Miranda	378	393
Mundo Novo	173	194
Naviraí	720	834
Nioaque	159	167
Nova Alvorada do Sul	241	269
Nova Andradina	897	1214

Novo Horizonte do Sul	92	92
Paraíso das Águas	34	36
Paranaíba	637	911
Paranhos	187	197
Pedro Gomes	117	127
Ponta Porã	1225	1389
Porto Murtinho	202	207
Ribas do Rio Pardo	210	229
Rio Brillhante	479	547
Rio Negro	103	108
Rio Verde de Mato Grosso	342	377
Rochedo	80	82
Santa Rita do Pardo	119	121
São Gabriel do Oeste	559	600
Selvíria	79	82
Sete Quedas	123	147
Sidrolândia	597	639
Sonora	213	235
Tacuru	212	218
Taquarussu	141	143
Terenos	229	234
Três Lagoas	2255	2707
Vicentina	104	106
Total Geral	49877	59400

Fonte: CNES – fevereiro/2018.

Através dos dados do CNES foram identificados 17 vínculos de trabalho distribuídos abaixo:

Tabela 14 – Vínculos dos trabalhadores. Mato Grosso do Sul.

Rótulos de Linha	Contagem de detalhamento do vínculo
CEDIDO	13
CLT	92
CONTRATO POR ENTIDADE FILANTROPICA	63
CONTRATO POR REDE PRIVADA	12
NAO SE APLICA	11233
PESSOA FISICA	31
PESSOA JURIDICA	151
PRIVADO	888
PROPRIO	3657
PUBLICO	8595
SEM SUBTIPO	1296
SEM VINCULO COM O SETOR PUBLICO	82
SERVIDOR CEDIDO	245
SERVIDOR PROPRIO	23223
SERVIDOR PUBLICO CEDIDO	8
SERVIDOR PUBLICO PROPRIO	239
SUBSIDIADO POR OUTRO ENTE/ENTIDADE	49
Total Geral	49877

Fonte: CNES – fevereiro/2018.

5. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE - RAS

5.1 Rede Cegonha

A Rede Cegonha foi instituída por meio da Portaria GM/MS n. 1.459, de 24 de junho de 2011 e foi à primeira RAS pactuada (BRASIL, 2011b).

A Rede Cegonha visa assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

E possui os seguintes componentes:

- I - Pré-Natal;
- II - Parto e Nascimento;
- III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança;
- IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação.

No Estado de Mato Grosso do Sul, foi publicado o PAR da Rede Cegonha Mato Grosso do Sul na Resolução nº 026 /SES /MS, de 30 de junho de 2016 (MATO GROSSO DO SUL, 2016b).

5.2 Rede de atenção às urgências e emergências - RUE

De acordo com a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 a organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergência (RUE) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2017b).

A RUE foi constituída considerando que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsavelmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado (BRASIL, 2011a).

No intuito de possibilitar a organização e o adequado funcionamento da RUE nessas regiões definidas é determinado um Plano de Ação Regional (PAR). No Mato Grosso do Sul, este é o instrumento formalizado em Diário Oficial que organiza a articulação e integração de todos os equipamentos de saúde. Objetiva ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

De acordo com o PAR, a RUE de Mato Grosso do Sul é constituída pelos seguintes componentes: promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências, em parceria com Corpo de Bombeiros Militar; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar; Atenção Domiciliar; Centro de Trauma; SOS Emergência.

Além desses componentes, a RUE conta com ações de Educação Permanente desenvolvidas em parceria com a Escola de Saúde Pública Dr Jorge David Nasser (ESP) e a Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão" (ETSUS), em que promovem processos educacionais dos recursos humanos envolvidos em todos os componentes da RUE de Mato Grosso do Sul. O intuito dessas ações é promover qualificação, atualização e aperfeiçoamento desses profissionais, tendo como base os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização, acolhimento e classificação de risco, legislações vigentes, protocolos e diretrizes clínicas, que servirão como aporte teórico para oferta dos cursos elaborados a partir das necessidades de cada região.

No intuito de realizar monitoramento e avaliação da RUE, utiliza-se do Grupo Condutor Estadual das Redes de Atenção à Saúde como espaço de discussão e

acompanhamento das ações, bem como se realiza visitas técnicas in loco nos pontos de atenção habilitados. A partir de janeiro de 2016, para somar à esse processo, entrou em vigor a utilização de uma nova ferramenta de gestão, desenvolvido pelo setor de tecnologia da informação, com direcionamento dos técnicos da Coordenadoria de Atenção Especializada (CAE) da SES: o e-RUE, um sistema de monitoramento dos indicadores para todos os componentes da RUE.

Sendo assim, a RUE tem como diretrizes: o acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade da atenção no funcionamento de seus fluxos assistências.

A RUE em Mato Grosso do Sul avançou significativamente com relação à sua expansão, por meio da implantação de novos serviços. Entretanto, ainda é necessário progredir no sentido de concluir os processos de habilitação com incentivo de custeio para os serviços já em funcionamento, bem como promover a ampliação da oferta de serviços e de novas habilitações previstas no PAR.

A progressão na implantação de novos serviços é de fundamental importância para o atendimento às urgências e emergências no contexto loco-regional desse estado, pois as peculiaridades geo-político-administrativas de Mato Grosso do Sul dificultam a configuração de coparticipação entre municípios por meio da regionalização, devido à: ampla extensão territorial, grandes distâncias entre os municípios, municípios pouco populosos, extensa área rural, e existência de áreas de difícil acesso, como regiões de ribeirinhos e regiões pantaneiras.

Diante das práticas de cuidados, evidencia-se que é preciso possibilitar o fortalecimento da RUE, por meio da realização de educação permanente e continuada, de forma que sejam sistematicamente organizadas a fim de contemplar todos os componentes da RUE. Para tal, conta-se com o apoio da ESP e da ETSUS.

Hoje, em Mato Grosso do Sul, o maior desafio da atenção às urgências é suprimir a elevada procura pelos serviços de pronto atendimento, significativamente superior à capacidade de oferta e por motivos que poderiam ser atendidos nas unidades básicas, de forma que contemple a responsabilização e o empoderamento dos demais níveis de atenção, bem como proporcione efetiva integralidade entre os componentes da RUE.

5.3 Rede de atenção psicossocial - RAPS

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída pela Portaria Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 (Consolidado Nº 3, Anexo V), cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas promovendo o acesso tanto dos pacientes quanto às famílias, garantindo a integração dos serviços no território (BRASIL, 2011c; 2017c).

Os pontos de atenção da RAPS vão desde a atenção básica – que devem possibilitar o primeiro acesso às pessoas que demandam cuidado em saúde mental, até os serviços de alta complexidade em casos que necessitam de cuidado mais intensivo.

Deste modo, os serviços existentes para atendimento são: unidades básicas de saúde e estratégias de saúde da família (UBS/ESF); núcleos de apoio à saúde da família (NASF), consultórios na rua; centros de convivência e cultura; centros de atenção psicossocial (CAPS) em todas suas modalidades; pontos de atenção de urgência e emergência (SAMU, UPA, pronto socorro); unidade de acolhimento adulto e infantil; serviço de atenção em regime residencial; leitos de psiquiatria em hospitais gerais; leitos em hospitais psiquiátricos; serviços residenciais terapêuticos e estratégias de reabilitação psicossocial, como: programa de volta para casa; iniciativas de geração de trabalho e renda e empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Para que o cuidado em saúde mental seja efetivo e melhore a qualidade de vida das pessoas não basta apenas a implantação desses serviços, estes precisam estar integrados, articulados tanto com os pontos de atenção da RAPS quanto das demais redes de atenção à saúde bem como o desenvolvendo de ações Intersetoriais.

5.4 Rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas (RASPDC)

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RASPDC) foi instituída pela Portaria GM/MS Portaria de Consolidação Nº 03, Anexo IV, capítulo I de 03/10/2017, (BRASIL, 2014), que redefine a Rede no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado, e está sendo implantada no Estado de Mato Grosso do Sul juntamente com suas linhas de cuidados prioritárias

Consideram-se os agravos de maior magnitude do estado de Mato Grosso do Sul, as linhas de cuidado prioritárias que abrangem: Oncologia, Doença Renal Crônica e Sobrepeso/Obesidade (HAS e DM).

Estas linhas de cuidados descrevem o caminho que o usuário irá percorrer e os serviços existentes como ponto de atenção à rede, desde a atenção básica (que deverá ser a porta de entrada prioritária no sistema) até o cuidado paliativo, transplante, cirurgia reparadora, ou seja, desenham o caminho que se deve percorrer para que o atendimento integral seja garantido.

A RASPDC não cria novos serviços, vem para reorganizar os serviços existentes. Conta com os seguintes componentes:

Serviços de Atenção Básica: centro de comunicação da rede, tendo papel chave na estruturação desta, como ordenador da rede e coordenadora do cuidado, além de realizar o cuidado integral e contínuo da população que está sob sua responsabilidade deve ser a porta de entrada prioritária para a organização do cuidado. Exemplos: UBS, ESF, NASF e etc.

Serviços de Atenção Especializada: conjuntos dos diversos pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas, que incluem ações e serviços de urgência, ambulatoriais, especializado e hospitalar, sendo apoio e complemento aos serviços de atenção básica.

Ambulatórios especializados: conjunto de serviços e ações eletivas de média e de alta complexidade.

Hospitalar: ponto de atenção estratégico voltado para as internações eletivas e/ou de urgência de usuários agudos ou crônicos agudizados.

Serviços de Urgência e Emergência: Conjunto de serviços e ações voltados aos usuários que necessitam de cuidados imediatos nos diferentes pontos de atenção, inclusive de acolhimento aos usuários que apresentam agudização das condições crônicas.

Sistemas de Apoio: são constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (patologia clínica, imagens, entre outros) e pela assistência farmacêutica.

Sistemas Logísticos: são soluções em saúde, em geral relacionados às tecnologias de informação. Fazem parte deste componente os sistemas de identificação e de acompanhamento dos usuários; o registro eletrônico em saúde; os sistemas de transportes sanitários; e os sistemas de informação em saúde.

Regulação: componente de gestão para qualificar a demanda e a assistência prestada, otimizar a organização da oferta, promover a equidade no acesso. As ações e serviços de saúde e auxiliar no monitoramento e na avaliação dos pactos Inter gestores. Visa garantir o acesso às ações e aos serviços de maior densidade tecnológica.

Sistema de Governança: é entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede. Fazem parte desse componente as comissões Intergestores.

A linha de cuidado da oncologia está publicada no Diário Oficial do Estado nº 9.111 de 24 de fevereiro de 2016 p. 8-15, e as demais se encontram em fase de construção (MATO GROSSO DO SUL, 2016a).

5.5 Rede de cuidados às pessoas com deficiência – RAPD

A Portaria GM/MS n. 793, de 24 de abril de 2012 instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, que de acordo com o Art. 1º “Esta Portaria institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente

ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2012).

Esta Rede também faz parte da Rede Viver sem Limites (Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência), que foi lançado no final do ano de 2011.

No Estado de Mato Grosso do Sul, a RAPD foi instituída por meio do PAR aprovado pela Resolução N. 019/CIB/SES/MS, de 29/04/2014. E conta atualmente com os seguintes serviços especializados: (MATO GROSSO DE SUL, 2014) (Quadro 2).

Quadro 2 – Distribuição de serviços especializados da RAPD

Universidade Católica Dom Bosco Serviço de Reabilitação Física Serviço de Reabilitação Auditiva Serviço de Órteses, Próteses e materiais especiais em reabilitação.	Município: Campo Grande
Centro Especializado em Reabilitação - CER II Serviço de Reabilitação Física Serviço de Reabilitação Intelectual	Campo Grande
Complexo de Atendimento Multidisciplinar de Saúde - CAMS/ APAE	Campo Grande
Centro Especializado em Reabilitação – CER II Serviço de Reabilitação Física Serviço de Reabilitação Intelectual	Três Lagoas

6. POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988 fez parte de um processo mais amplo de mudanças nas relações políticas entre o Estado e a sociedade que, possibilitou ser a saúde reconhecida como direito social a ser contemplado por políticas públicas.

Assim, o Brasil vem redefinindo a estrutura e o perfil do sistema de saúde. No âmbito da Educação Permanente, o artigo 200, da Constituição, em seu inciso III, atribuiu ao SUS a competência de ordenar a formação na área da Saúde (BRASIL, 1988), passando as questões da educação na saúde para o rol de atribuições finalísticas do sistema.

Nos anos noventa, a expansão das redes de serviços e ações de saúde impulsionada pela implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), reorientou ações e estratégias relativas à gestão do trabalho e à formação dos trabalhadores, gerando diversas experiências inovadoras nos campos da gestão, do cuidado e da formação. Os papéis e funções dos entes federados foram reformulados e este novo modelo foi organizado de forma regionalizada, seguindo as diretrizes da descentralização administrativa e operacional, do atendimento integral à saúde e da participação da comunidade visando o controle social.

Neste modelo, o Ministério da Saúde, vem desenvolvendo várias estratégias e políticas voltadas para a adequação da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do SUS.

Em 2003 criou a Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), chamando para si a responsabilidade institucional da construção e implementação da inédita Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.

Em 2004, foi implantada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) pela Portaria GM Nº198/2004, na qual o Ministério da Saúde assume a responsabilidade constitucional de ordenar a formação seus recursos humanos. Com a PNEPS criou-se Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) que foram eficazes na difusão da proposta da EPS pelos diferentes municípios brasileiros. É importante situar que no ano de 2005 houve troca do ministro da saúde, e alterações no quadro de trabalhadores e gestores SGTES e em agosto de 2007, foram editadas as duas Portarias: GM Nº198/2004 e GM Nº 1.996/2007.

Ambas propõem que os processos de qualificação dos trabalhadores tomem como referência as necessidades e a realidade local de saúde, que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e a própria organização do trabalho e que sejam, sobretudo, estruturadas a partir da problematização dos processos de trabalho de saúde. Valorizam o papel da equipe multidisciplinar e o caráter social da ação educativa realizada nos processos de trabalho coletivo, sem negar a importância da formação técnica específica. A principal diferença entre as duas Portarias está nas diretrizes e nos dispositivos para a sua implementação nos estados.

Com isso inicia a segunda fase da PNEPS com mudanças conceituais e metodológicas em relação à condução da PNEPS. As Comissões Integração Ensino Serviço (CIES) e os Colegiados de Gestão substituem os PEPS na gestão da EPS.

Nesse movimento, também foi ampliado o número de instituições de ensino de saúde pública nos três níveis de gestão: estadual, municipal e federal. No Estado de Mato Grosso do Sul temos duas escolas de governo: a Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser” e a Escola Técnica do SUS “Professora Ena Araújo de Galvão”.

Essas instituições têm em comum a missão de formar quadros para o sistema público de saúde. O seu funcionamento pauta-se, principalmente, por demandas que se impõem pelas políticas públicas de saúde, incorporando em suas agendas cursos e projetos formulados a partir das necessidades de qualificação dos trabalhadores frente aos problemas e necessidades da população.

No seu cotidiano, desempenham papéis funcionais dentro das estruturas às quais se filiam, mas, pela natureza de sua missão, estão abertas a uma convivência dialógica, favorecida pela própria dinâmica do SUS. Ambas as instituições constituem-se em ambientes de valores, vivências, ideias e práticas próprias e são responsáveis pela execução deste plano.

6.1 HISTÓRICO DO PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PEEPS)

O primeiro Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) do Mato Grosso do Sul, ano 2009, foi elaborado no âmbito da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES), que na primeira reunião ordinária do mês de abril de 2008, pontuou a necessidade de um plano de educação permanente (CIES, 2008).

O segundo PEEPS, ano de 2010, a Coordenadoria Estadual de Educação na Saúde (COES) realizou oficinas nas três macrorregiões de saúde existentes a fim de disparar o processo de construção dos Planos de Ação Regionais de Educação Permanente (PAREPS) com o objetivo de levantar a real necessidade de educação permanente nessas macrorregiões de saúde. O PEEPS foi apresentado e aprovado pela CIES (CIES, 2009a; CIES, 2009b).

O terceiro PEEPS, biênio 2011/2012, foi resultado de uma construção por meio da Coordenadoria Estadual de Educação na Saúde, da Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser” (ESP/MS), da Escola Técnica do SUS “Profª. Ena de Araújo Galvão” (ETSUS/MS), da Coordenadoria Estadual de Telessaúde e das três Comissões Intergestores Regionais (Campo Grande, Dourados e Três Lagoas).

Registra-se que o movimento foi resultado de vários atores envolvidos com a

Política de Educação Permanente, construído de forma coletiva nesses colegiados, com o apoio da SES/MS e validado pela Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) do estado (MATO GROSSO DO SUL, 2011).

Nos três planos anteriores citados houve um movimento de ampliação de escuta de diversos atores, mas também abertura para um processo de planejamento de forma coletiva.

Nos anos seguintes houve esforços de atualização na construção de um outro PEEPS, porém a interrupção de recursos financeiros da esfera federal nos espaços de decisões da CIES, diminuição do fomento de debate e da dificuldade na gestão em conduzir a política de educação permanente, trouxeram um enfraquecimento nos espaços formais de discussão nos colegiados.

No período de 2012 a 2017 o estado não formulou um novo PEEPS, porém a força da proposta teórica e pedagógica da política de educação permanente em saúde continuou viva nos espaços educativos como meio de transformação das práticas de trabalho.

7. DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO DA CONSTRUÇÃO DO PEEPS

Para a elaboração deste PEEPS a estratégia central adotada foi fortalecer a organização dos serviços de saúde no modelo de rede de atenção à saúde, de modo a romper com o sistema fragmentado do trabalho e buscar o cuidado voltado para a integralidade do indivíduo, implementando e desenvolvendo metodologias no processo de formação que contemple os princípios de uma educação transformadora e autêntica, onde os profissionais se percebam como sujeitos da sua ação e com possibilidades efetivas de transformá-la.

Dessa forma, entre as diversas instâncias de gestão e entidades que compuseram a construção deste plano, definiu-se que o trabalhador desejado é aquele que tem visão interdisciplinar, conhecimento do contexto social em que vive o usuário, que é capaz de atuar no sentido de implantar a política nacional de humanização nos serviços de saúde, trabalhar as necessidades individuais em todas as fases da vida e integrar a dimensão coletiva da saúde nas suas intervenções.

As ações regionais foram desenhadas a partir do Plano Diretor de Regionalização, que divide os 79 municípios do estado de Mato Grosso do Sul em 11 Microrregiões de Saúde (Aquidauana, Campo Grande, Corumbá, Coxim, Dourados, Jardim, Naviraí, Nova Andradina, Ponta Porã e Três Lagoas), que por sua vez, estão organizadas em 04 Macrorregiões de Saúde (Campo Grande, Dourados, Três Lagoas e Corumbá).

A metodologia empregada nas oficinas para o diagnóstico situacional das Redes de Atenção à Saúde foi baseada nos princípios da educação permanente em saúde, mediante a problematização dos processos de trabalho e envolvimento de diversos atores.

Para a realização das atividades da elaboração do plano, a CIES Estadual, criou um Grupo de Trabalho (gestores de aprendizagem) para a execução das etapas programadas.

A primeira atividade foi a construção de um formulário eletrônico a ser aplicado pelos trabalhadores dos municípios (facilitadores municipais) contendo questões sobre a força de trabalho, a estrutura de funcionamento da educação permanente em saúde, existência de instituições formadoras de educação profissional de nível médio e/ou superior, situação das RAS referente ao nós críticos, as potencialidades e as sugestões de ações de enfrentamento para fortalecimento das redes.

Houve a criação de um ambiente virtual para o PEEPS na plataforma moodle para acesso de ferramentas de apoio aos facilitadores municipais, como os planos municipais de saúde, planos de ação regional das RAS, portarias referentes a política de educação permanente, vídeos sobre a organização das RAS, orientações sobre o Plano de Trabalho e do formulário eletrônico do PEEPS.

Foram previstas quatro etapas para este momento do diagnóstico das necessidades de educação permanente em saúde.

1) Primeira Etapa: capacitação de um ou dois facilitadores dos 79 municípios pelo Grupo de Trabalho da CIES (Gestores de Aprendizagem) nas sedes polos das 11 microrregiões de saúde do estado com a finalidade de apropriação da metodologia para a aplicação do formulário do PEEPS;

2) Segunda Etapa: aplicação do formulário pelos facilitadores em seus respectivos municípios através de um Plano de Trabalho para organização das oficinas;

3) Terceira Etapa: realização de oficina na sede das 11 microrregiões para compartilhamento dos dados levantados pelos municípios e a condensação dos pontos comuns e prioritários por microrregiões de saúde (gestores de aprendizagem, facilitadores municipais e representantes dos núcleos regionais de saúde).

4) Quarta Etapa: realização de 4 oficinas descentralizadas de abrangência macrorregional de saúde (Campo Grande, Corumbá, Dourados e Três Lagoas), conduzidas pelos gestores de aprendizagem de suas respectivas regiões, com o intuito de análise e ajustes na forma de apresentação dos dados sobre as RAS.

A organização de uma reunião com as gerências estaduais das RAS e as gerências de outros programas da Secretaria de Estado de Saúde (SES) para discussão e consolidação da problematização dos resultados elencados foi responsabilidade da Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser" e da Escola Técnica do SUS "Ena de Araujo Galvão" na organização de uma reunião com as gerências estaduais das RAS e as gerências de outros programas da Secretaria de Estado de Saúde (SES).

A estratégia adotada neste momento foi a organização dos resultados no formato de feedback para socializar o processo de elaboração deste plano, apresentado no Seminário Estadual PRO EPS SUS: fortalecendo as ações de educação permanente.

Após a apresentação foram feitas discussões temáticas das RAS com os participantes do Seminário (facilitadores municipais, gestores de saúde, trabalhadores do SUS, conselheiros de saúde, docentes de Instituições de Ensino e representantes da sociedade) para oportunizar a análise dos resultados.

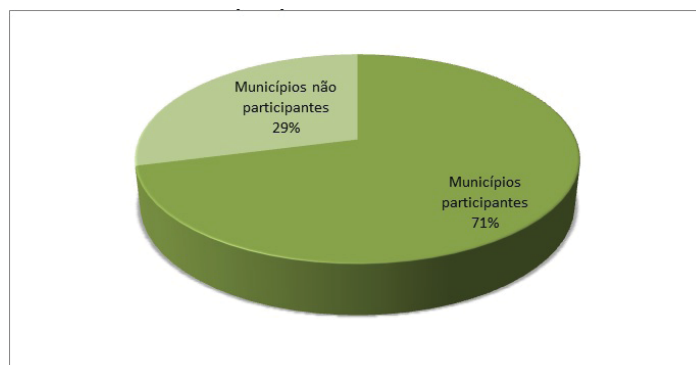
Nesse formato, foram realizadas reuniões com envolvimento da Escola de Saúde Pública, Escola Técnica do SUS, Gerências Estaduais das RAS e a Coordenadoria Geral de Planejamento da Secretaria de Estado de Saúde para alinhamento e estabelecimento das prioridades e construção das Linhas de ação, Objetivos e Metas deste plano.

8. DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Para a realização de um diagnóstico real das necessidades de educação permanente em saúde nos municípios, a Superintendência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) com o apoio da CIES realizou uma capacitação para os profissionais dos municípios para atuarem como facilitadores no processo de elaboração do PEEPS.

Assim, foi solicitado aos gestores municipais de saúde que indicassem dois profissionais com perfil desejado para a realização dessa atividade. Dos 79 municípios do estado de MS, inicialmente, 72 destes se manifestaram e indicaram seus facilitadores. No decorrer das etapas subsequentes até a entrega final do formulário, tivemos 56 municípios que cumpriram o processo, representando 71% do total dos municípios do estado, conforme Gráfico 5.

Gráfico 5 – Número de municípios participantes na elaboração do PEEPS do estado de Mato Grosso do Sul (n=79)



O Quadro 3 mostra os municípios que participaram na elaboração do PEEPS (2019 – 2022) por microrregiões de saúde. A Micro de Campo Grande com 12 municípios (21,4%) e a Micro de Dourados com 10 municípios (17,9%) foram as mais representativas no estado.

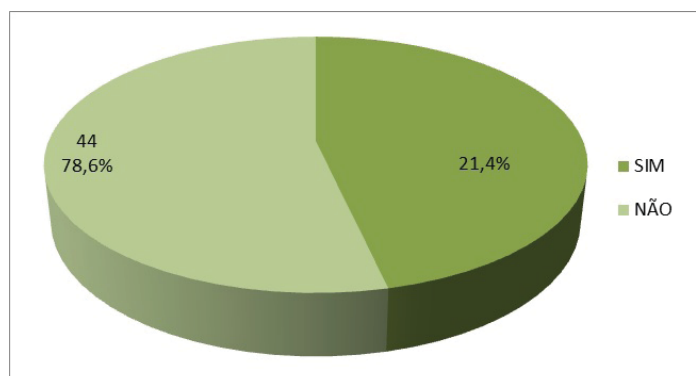
Quadro 3 – Municípios que participaram da elaboração do PEEPS (2019 – 2022) por microrregiões de saúde

MICRORREGIÕES DE SAÚDE	Municípios
AQUIDAUANA	Aquidauana, Bodoquena, Miranda e Nioaque.
COXIM	Alcinópolis, Coxim, Pedro Gomes e Sonora
JARDIM	Bela Vista, Caracol, Jardim e Porto Murtinho
CAMPO GRANDE	Camapuã, Campo Grande, Chapadão do Sul, Costa Rica, Jaraguari, Maracaju, Nova Alvorada do Sul, Paraíso das Águas, Ribas do Rio Pardo, São Gabriel do Oeste, Sidrolândia e Terenos
DOURADOS	Caarapó, Douradina, Dourados, Fátima do Sul, Glória de Dourados, Itaporã, Jateí, Laguna Carapá, Rio Brilhante e Vicentina.
NOVA ANDRADINA	Angélica, Bataiporã, Ivinhema, Nova Andradina e Novo Horizonte do Sul
NAVIRAÍ	Eldorado, Iguatemi, Juti e Naviraí
PONTA PORÃ	Amambaí, Antônio João, Aral Moreira, Coronel Sapucaia e Ponta Porã
TRÊS LAGOAS	Água Clara, Brasilândia, Selvíria e Três Lagoas
PARANAÍBA	Aparecida do Taboado e Paranaíba
CORUMBÁ	Corumbá e Ladário

No estado do Mato Grosso do Sul, dos 56 municípios que responderam sobre a existência de um Setor ou Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), 26 dos municípios (21,4%) tem um espaço estratégico para condução da política municipal de educação permanente em saúde, conforme demonstrado no Gráfico 6.

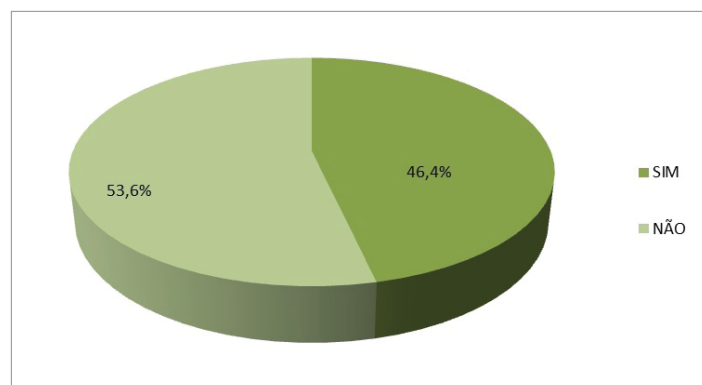
A importância da existência de NEPS são as possibilidades e potencialidades de integração dos municípios em espaços colegiados como a Comissão Intergestores Regional (CIR), Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) e articulação com as áreas técnicas (TOCANTINS, 2016).

Gráfico 6 – Existência de Setor/Núcleo específico de Educação Permanente em Saúde no organograma da Secretaria Municipal de Saúde (n=56)



O gráfico 7 mostra que 26 municípios (46,4%) possuem instituição formadora de educação profissional de nível médio ou superior na área da saúde, o que mostra um potencial formativo de integração ensino-serviço e a possibilidade da geração de mudanças nos processos de trabalho através de parcerias nas ações propostas pelo PEEPS.

Gráfico 7 – Existência de instituições formadoras de educação profissional nível médio ou superior na área da saúde no seu município (n=56)



8.1 Diagnósticos dos problemas ou necessidades das Redes de Atenção à Saúde

A partir do levantamento dos nós críticos por microrregiões de saúde através das oficinas realizadas foi possível identificar as maiores dificuldades sentidas pelos municípios na implementação das redes de atenção à saúde no estado de Mato Grosso do Sul.

Rede Cegonha

1. Necessidade de integração e comunicação na rede: entre as equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB); entre os pontos de atenção (ESF/UBS/Hospital/Regulação e outros); e entre outras redes e serviços;
2. Necessidade de implantação de tecnologias nos processos de trabalho, dentre elas o acolhimento, classificação de risco, projeto terapêutico singular e o incentivo ao aleitamento materno;
3. Necessidade de estabelecimento do protocolo estadual de atendimento à gestante, puérpera e recém-nascido;
4. Necessidades de ações voltadas para o fortalecimento da adesão ao pré-natal, puerpério, parto normal, adesão do parceiro ao pré-natal, incentivo ao aleitamento materno, alimentação nos primeiros anos de vida, planejamento familiar e tratamento da sífilis na gestação.
5. Necessidade de qualificação no manejo com gestante de alto risco.

Rede de Atenção às urgências e Emergências - RUE

1. Necessidade de organizar a articulação e comunicação entre os pontos de atenção da rede;
2. Implantação dos pontos de atenção pactuados no Plano de Ação Regional da RUE;
3. Necessidade de estabelecimento de espaços de Comitês de Urgência e Emergência Regional e participação de representantes no Grupo Condutor Estadual das RAS;
4. Necessidades de promover ações de educação permanente em saúde com os temas: acolhimento, classificação de risco, gestão de processos, fluxogramas e gestão de leitos nos serviços de saúde;
5. Necessidades de implantação de protocolos de urgência e emergência, classificação de risco, suporte avançado de vida e segurança do paciente;
6. Dificuldade dos trabalhadores no manejo de pacientes em situações de urgência e emergência;
7. Necessidades de qualificação de primeiros socorros para motoristas, agentes comunitários de saúde e para instituições de ensino;
8. Falta de conhecimento da população sobre o funcionamento da RUE.

Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

1. Necessidade de organizar fluxos de atendimento para as pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e usuários de crack, álcool e outras drogas;
2. Baixa articulação dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com outros pontos da RAPS (Atenção Básica, Atenção Especializada e Hospitalar);
3. Excesso de encaminhamentos clínicos sem critérios para unidades de referência;
4. Necessidade de organizar o atendimento dos pacientes com transtornos mentais nas unidades de atenção básica: levantar o perfil dos portadores de transtornos mentais, álcool e outras drogas, qualificar os trabalhadores para manejo de situações de crise/surto e da redução do alto índice de medicação psicotrópica;
5. Necessidades de estabelecer protocolos de atendimento na área da saúde mental;
6. Necessidade de fortalecer a adesão dos usuários e familiares ao tratamento;
7. Necessidades de ações de prevenção em saúde mental, álcool e outras drogas;
8. Necessidade de preparar os profissionais de saúde mental em relação às questões étnicas e culturais da população indígena e da política de redução de danos;
9. Necessidade de qualificar os dados dos sistemas de informação, como o preenchimento de procedimentos (RASS/BPA) e preenchimento da ficha de notificação para tentativas de suicídio.

Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas - RASPDC

1. Necessidade de conhecer os fluxos de atendimento dos usuários aos pontos de atenção da rede;
2. Demora no tratamento do câncer em relação ao diagnóstico e início do tratamento;
3. Inadequação de prescrições medicamentosas no tratamento de hipertensos e diabéticos;
4. Necessidades de uso de tecnologias de trabalho, como: acolhimento, projeto terapêutico singular e plano de ação voltada para a segurança do paciente;
5. Pouco conhecimento das equipes na utilização das publicações do Ministério da Saúde (Cadernos, Guias, Protocolos, entre outros);
6. Fragilidade no diagnóstico precoce e ausência de estratificação de risco das doenças crônicas;
7. Necessidades de planejamento de estratégias de educação em saúde e educação permanente baseados em dados epidemiológicos no território;
8. Necessidades de ações de educação em saúde, como o autocuidado, adesão ao tratamento medicamentoso e alimentar, atividade física, grupos de cuidado compartilhado, prevenção e promoção da saúde.

Rede de Cuidado à pessoa com deficiência – RAPD

1. Necessidade de identificar e articular os pontos de atenção e fluxos dos componentes da RAPD;
2. Necessidade de implantar e implementar a linha de cuidado as pessoas ostomizadas;
3. Falta de levantamento de informações das pessoas com deficiências nos territórios;
4. Dificuldade em reconhecer precocemente as deficiências;
5. Inabilidade no manejo dos portadores com deficiência (auditiva e visual), portadores de síndromes (como o autismo), bem como seus familiares;
6. Necessidade de sensibilizar os trabalhadores para o acolhimento dos usuários com deficiências em todos os pontos de atenção da rede;
7. Necessidade de qualificação no uso de ferramentas de gerenciamento de cuidado compartilhado, como genograma, eco mapa e projeto terapêutico singular;
8. Necessidade de qualificação dos trabalhadores e cuidadores para o autocuidado em relação a deficiências;
9. Necessidade de viabilizar encontros Intersetoriais com o objetivo de promover a inclusão das pessoas com deficiência.

9. POTENCIALIDADES DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O Quadro 4 apresenta um conjunto de ações e práticas levantadas como potencialidades nos municípios referentes as redes de atenção à saúde.

Quadro 4 – Potencialidades identificadas nos municípios referentes as redes de atenção à saúde do estado de Mato Grosso do Sul

Rede Cegonha	Grupos de gestantes para a prática de atividades de preparo para o parto normal: hidroginástica e exercícios de Kegel, curso de doulas, pré-natal odontológico, realização do grupo de gestantes com presença de representantes dos pontos de atenção (ESF, NASF, UBS, Laboratório) realização de consultas compartilhadas entre enfermeiros e médicos, acolhimento ao pré-natal com classificação de risco, incentivo ao parto normal, grupos de gestantes indígenas, fórum perinatal e fluxo municipal no atendimento à mulher vítima de violência.
Rede de Atenção às urgências e Emergências - RUE	Acolhimento (escuta qualificada) com classificação de risco na atenção básica e hospitais, atenção domiciliar e continuidade da assistência pós-evento agudo, acesso a teleconsultoria, estudos de casos clínicos e aprofundamento no atendimento ao trauma, qualificação de motoristas para urgência e emergência, atendimento ágil das equipes de urgência e emergência.
Rede de Atenção Psicossocial - RAPS	Grupo comunitário para apoio à saúde mental, grupos de usuários de psicotrópicos, tabagismo, depressão, enlutadas, prevenção à violência obstétrica, Apoio matricial do NASF voltadas para a saúde mental, visitas domiciliares através do CAPS, protocolo da RAPS estruturado, atuação de lideranças religiosas, serviço residencial terapêutico, consultório na rua e Práticas Integrativas e Complementares – PICS (como terapia floral, auriculoterapia e arteterapia).
Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas - RASPDC (RASPDC)	Ações do Programa Saúde Escola (PSE) para identificação de obesidade na infância e adolescência, acompanhamento para monitorar a adesão ao tratamento medicamentoso, apoio matricial do NASF, busca ativa de usuários potencialmente portadores de doenças crônicas, discussão de casos pelos integrantes do NASF, unidades de saúde com atividades voltadas para o autocuidado, academias de saúde com profissional especializado, grupos de exercícios orientados, prevenção do câncer bucal, protocolo e fluxograma de atendimento da RDC, grupo de equipe multiprofissional voltadas para a educação em saúde com atividades lúdicas e práticas integrativas e complementares.
Rede de Cuidado à pessoa com deficiência – RAPD	Parcerias com o Centro Especializado de Reabilitação (CER), Associação de Pais, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Amigos dos Excepcionais (APAE) e Fundação para o Estudo e Tratamento das Deformidades Craniofaciais (FUNCRAF), programa melhor em casa, inclusão de atividades específicas nas unidades de atenção básica voltadas às pessoas com deficiência, oferta para aprendizagem de libras, atendimento odontológico especializado com necessidades especiais, acompanhamento de pacientes ostomizados, hidroterapia e centro de equoterapia.

Os atores sociais envolvidos neste trabalho assumiram o compromisso de discutir e avaliar o processo de implementação da política regional de Educação permanente, ajustando necessidades em detrimento aos problemas. A metodologia de trabalho trouxe à tona dificuldades vivenciadas comumente pelos trabalhadores da saúde, onde foi corroborado com a análise dos resultados dos indicadores de saúde pactuados pelos municípios.

O processo de discussão com os municípios estimula os trabalhadores envolvidos a avançar na qualificação dos serviços do SUS, comportando a adoção de diferentes metodologias de técnicas de ensino-aprendizagem, respeitando as especificidades regionais e fortalecendo o compromisso assumindo pelos profissionais da saúde.

Assim, optou-se em elencar os problemas comuns e reincidentes para priorização dos enfrentamentos no período de 2019-2022.

10. LINHAS DE AÇÃO, OBJETIVOS E METAS DO PEEPS

Diante da análise do diagnóstico, dos problemas identificados e priorizados, e considerando que a educação permanente é um processo contínuo, onde o trabalhador constrói seus conhecimentos, não só pela escolarização formal, mas também pela vivência, experiências e reflexão do cotidiano, optou-se em construir as linhas de ação (Educação na Saúde, Atenção e Cuidado à Saúde e Gestão em Saúde), objetivos e metas do PEEPS, conforme apresentado a seguir:

Linha de Ação 1: Educação na saúde		
Produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular (BRASIL, 2009).		
Objetivo 1: Fortalecer a política de educação permanente nas redes de atenção à saúde		
METAS	PERIODICIDADE	ATORES ENVOLVIDOS
Meta 1: Formação de especialistas na área de saúde das 11 microrregiões de saúde.	Anual	Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser"; "Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão".
Meta 2: Formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde nas 11 microrregiões de saúde.	Anual	Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser"; Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão"
Meta 3: Capacitação de trabalhadores de saúde na área de atenção básica, urgência e emergência, vigilância em saúde, saúde indígena, gestão do trabalho e educação na saúde e o gerenciamento dos serviços de saúde nas 11 microrregiões de saúde.	Anual	Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser"; Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão"; Telessaúde; Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Coordenadoria Geral de Planejamento.
Meta 4: Incorporação de 50% no uso das metodologias ativas e aprendizagem significativa como ferramenta pedagógica na elaboração das ações educativas da Secretaria de Estado de Saúde.	Anual	Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser"; Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão"; Telessaúde; Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento.
Meta 5: Implantação e institucionalização do planejamento integrado como ferramenta de educação Inter profissional no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde.	Anual	Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser"; Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão"; Telessaúde, Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento.
Objetivo 2: Promover a Educação Inter profissional (EIP) e a práticas colaborativas na atenção à saúde		
Meta 1: Introdução e implantação de práticas colaborativas de 50% das ações de cuidado no âmbito das redes de atenção à saúde.	Anual	Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser"; Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão"; Telessaúde; Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento
Meta 2: Formação de residentes em saúde nas diferentes áreas que compõem a saúde das 4 macrorregiões de saúde.	Anual	Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser"
Meta 3: Implantação das práticas de educação Inter profissional nas 11 microrregiões do Estado de Mato Grosso do Sul.	Anual	Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser"; Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão"; Telessaúde, Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento
Objetivo 3: Promover as práticas de cuidado na saúde baseadas em evidências científicas		
Meta 1: Estabelecimento de espaços de apropriação, divulgação e conhecimentos das ferramentas de evidências científicas na rede de atenção à saúde nas 11 microrregiões de saúde.	Bienal	Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser"; Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão"; Telessaúde, Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento
Objetivo 4: Fortalecer o fórum estadual de educação permanente de saúde – SUS/MS		
Meta 1: Capacitação de conselheiros de saúde nas 11 microrregiões de saúde.	Anual	Conselho de Saúde, Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser"; Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão"
Meta 2: Formação de facilitadores de educação permanente em saúde e princípios democráticos do SUS nas 11 microrregiões de saúde.	Bienal	Conselho de Saúde, Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser"; Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão"
Objetivo 5: Produzir e divulgar o conhecimento em saúde coletiva no âmbito das redes de saúde		
Meta 1: Produzir e divulgar o conhecimento em saúde coletiva no âmbito das redes de saúde.	Bienal	Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser"; Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão"; Telessaúde; Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento; Conselho de Saúde
Meta 2: Divulgação do conhecimento na Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul e eventos científicos.	Bienal	Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser"; Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão"; Telessaúde
Linha de Ação 2: Atenção e Cuidado à Saúde		
Envolve o cuidado com a saúde do cidadão, incluindo atenção básica e especializada, ações e serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2011).		
Objetivo 1: Qualificar os trabalhadores na prestação dos serviços nas Redes de Atenção à Saúde		
METAS	PERIODICIDADE	ATORES ENVOLVIDOS
Meta 1: Capacitação dos profissionais de saúde para atuarem na rede de atenção à saúde de forma que favoreça a autonomia do município no cuidado à saúde nas 11 microrregiões de saúde.	Anual	Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser"; Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão"; Telessaúde; Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento.
Objetivo 2: Fortalecer a política de humanização com as práticas de educação permanente		
Meta 1: Diminuição em 1% comparado ao exercício anterior as reclamações dos usuários na Ouvidoria Estadual relativos à humanização.	Anual	Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser"; Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão"; Telessaúde; Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento.
Meta 2: Ampliação da adesão dos usuários e familiares ao tratamento (corresponsabilização).	Anual	Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser"; Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão"; Telessaúde; Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento; Conselho de Saúde.
Objetivo 3: Disseminar e incorporar o uso de Protocolos específicos de ações em saúde nas 11 microrregiões do Estado de Mato Grosso do Sul		

Meta 1: Capacitação dos trabalhadores de saúde para a apropriação e utilização de protocolos na Rede de Atenção à Saúde nas 11 microrregiões de saúde.	Anual	Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser"; Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão"; Telessaúde; Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento.
Linha de Ação 3: Gestão em Saúde		
Reflete a incorporação do enfoque gerencial no âmbito da administração de sistemas de saúde, especificando-se, em geral, as funções de condução política (tomada de decisões e planejamento estratégico), organização, coordenação, monitoramento e avaliação de programas, serviços e atividades (TEIXEIRA, 2010).		
Objetivo 1: Integrar os pontos de atenção da RAS a partir da Atenção Básica		
METAS	PERIODICIDADE	ATORES ENVOLVIDOS
Meta 1: Integração do planejamento na organização dos pontos de atenção a saúde a partir da atenção básica nas 11 microrregiões de saúde	Anual	Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser"; Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão"; Telessaúde; Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento; Conselho de Saúde.
Meta 2: Integração da Atenção Básica com a Vigilância em Saúde considerando os indicadores epidemiológicos na promoção de saúde e prevenção de doenças.	Anual	Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser"; Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão"; Telessaúde; Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Coordenadoria Geral de Planejamento.
Meta 3: Construção de fluxogramas das redes de atenção à saúde nas 4 regiões de saúde.	Anual	Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser"; Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão"; Telessaúde; Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento; Conselho de Saúde.
Meta 4: Desenvolvimento, implantação e implementação das linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde nas 4 regiões de saúde.	Anual	Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser"; Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão"; Telessaúde; Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento; Conselho de Saúde.
Meta 5: Implementação das ações de Teleconsultoria e Tele- educação nas 11 microrregiões de saúde.	Anual	Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser"; Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão"; Telessaúde; Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento.
Objetivo 2: Fortalecer os espaços de discussão da gestão na Rede de Atenção à Saúde		
Meta 1: Criação de colegiados das redes de atenção nas 11 microrregiões de saúde.	Anual	Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser"; Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão"; Telessaúde; Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento; Conselho de Saúde.
Meta 2: Participação efetiva nos encontros do grupo condutor estadual das redes de atenção à saúde da SES.	Anual	Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser", Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão", Telessaúde, Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento, Conselho de Saúde.
Objetivo 3: Promover e implementar espaços de discussão para resolubilidade do cuidado.		
Meta 1: Participação efetiva nos comitês das redes de atenção à saúde nas 11 microrregiões.	Anual	Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser", Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão", Telessaúde, Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento, Conselho de Saúde.
Objetivo 4: Qualificar a Gestão do Trabalho no SUS		
Meta 1: Instituição de fóruns permanentes de discussão da sistematização da força de trabalho.	Anual	Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser", Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão", Telessaúde, Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento; Conselho de Saúde.
Meta 2: Realização de encontros anuais para reflexão e avaliação da política da Gestão do Trabalho.	Anual	Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser", Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão", Telessaúde, Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento; Conselho de Saúde.
Objetivo 5: Realizar ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e proteção a saúde do trabalhador		
Meta 1: Realização de Encontros para a saúde do trabalhador em saúde.	Bienal	Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser", Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão", Telessaúde, Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento; Conselho de Saúde.
Meta 2: Realização de ações Inter profissionais e interinstitucionais de promoção à saúde, prevenção de doenças e proteção a saúde do trabalhador.	Anual	Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser", Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão", Telessaúde, Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão Estratégica, Coordenadoria Geral de Planejamento; Conselho de Saúde.

11. PERSPECTIVA POLÍTICA PEDAGÓGICA

A Educação Permanente é uma estratégia capaz de contribuir na transformação dos trabalhadores e equipes de saúde por meio de processos formativos provocando a reflexão acerca da pertinência e adequação dos seus processos de trabalho no cotidiano enquanto sujeitos de direitos e capazes de agir para modificação da realidade, e quanto à integralidade dos contextos de vida, demandas e aspirações das populações com as quais trabalham (BRASIL, 2007).

Considerando a concepção de gestão do trabalho do SUS e a perspectiva da Educação Permanente participativa e interdisciplinar, o desenvolvimento do Plano Estadual de Educação Permanente do estado de Mato Grosso do Sul, prevê metas que viabilizem atender as atuais demandas e participação do público alvo de forma descentralizada.

O plano atende às necessidades diagnosticadas, bem como as prioridades emanadas, apoiando e valorizando os atores sociais, nos processos e desenvolvimento do trabalho.

Para a realização das ações é necessário que a aplicação dos processos educacionais esteja de acordo com os pressupostos dos conceitos de educação permanente, ou seja, que a aprendizagem esteja articulada com as necessidades dos serviços de saúde. Ela é baseada na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais através dos conhecimentos e das experiências que os trabalhadores já trazem dentro de si (BRASIL, 2014).

Nessa perspectiva, as ações programadas a serem desenvolvidas no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, devem estar alinhadas com a política-pedagógica da educação permanente, com o objetivo de atender as reais necessidades de qualificação dos trabalhadores da saúde.

Assim, sugerem-se estratégias educacionais a serem utilizadas como meio de promover situações de aprendizagem que estimulem as competências necessárias aos trabalhadores. Dentre elas: Metodologia da Problemáticação com o Arco de Maguerez (BERBEL, 2012), Aprendizagem Baseada em Equipe (BOLLELA et al. 2014), Método Paidéia (CUNHA e CAMPOS, 2010), Aprendizagem Baseada em Projetos (BENDER, 2014; PEREIRA et al, 2017), Apoio Matricial (SANTOS, UCHÔA-FIGUEIREDO, LIMA, 2017), Espiral Construtivista (LIMA, 2017), Círculo de Cultura (FREIRE, 2005), Estudo de Caso, Brainstorming, Painel Integrado, Grupos de Estudo, Ensino Baseado em Simulação, Exposição Dialogada, Congresso, Fórum, Conferência, Seminário, Simpósio, Workshop, Relatórios, Cursos, Capacitações e outras.

Este plano recomenda a execução de acordos de cooperação técnica, intercâmbio e parcerias com instituições públicas e organizações privadas em programas de formação profissional e educação permanente, bem como, a criação e manutenção de espaços para aprendizagem e a troca de experiências devolvidas na área social com universidades e centros de pesquisa.

A formação profissional contribuirá para a construção de um novo modelo de atendimento nos serviços de saúde onde a provocação dos sujeitos no seu cotidiano permita favorecer um compartilhamento de ideias entre os pares, uma reflexão das ações de cada trabalhador e a possibilidade de discussão para a transformação dessa prática, melhorando o atendimento à população.

12. AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

O monitoramento é habitualmente entendido como o processo de acompanhamento de implantação e implementação das ações, tomando-se como base o que o plano estabelece no alcance de suas metas. Refere-se ao acompanhamento, avaliação, monitoramento dos objetivos e das metas programadas, de forma rotineira e contínua nos serviços, permitindo inclusive maior agilidade na intervenção e ajustes das proposições iniciais, tendo em vista as especificidades dos territórios e a capacidade política-pedagógica.

O Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) será acompanhado pela Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) Estadual de Mato Grosso do Sul (MS), espaço formal de articulação interinstitucional para integração ensino-serviço, constituída pela Secretaria de Estado de Saúde-MS / Superintendência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde que compõe a Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser", a Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão" e a Telessaúde do Mato Grosso do Sul, também participam as Instituições de Ensino, COSEMS, Conselho Estadual de Saúde e de representantes das macrorregiões de saúde e outros órgãos.

A metodologia de monitoramento e avaliação será construída de acordo com a ação executada e realizada de forma constante, à medida que as ações sejam realizadas, aplicadas às práticas diárias com acompanhamento da CIES.

As atividades educativas a serem desenvolvidas conforme as metas estabelecidas no plano deverão constar a avaliação dos atores envolvidos com a descrição das atividades e as estratégias desenvolvidas de educação permanente com a finalidade de qualificar as práticas de trabalho e as mudanças de melhoria para a população.

Destas formas deverá se analisar a satisfação do profissional, por meio da melhoria na qualidade e resolubilidade da atenção prestada ao cidadão e sua integração da rede de serviços. Ao final de cada ano deverão ser avaliadas as propostas elencadas neste plano, por meio da verificação de qualidade das linhas de ações em andamento e realizadas.

As formas de avaliação e/ou instrumentos que possam medir as transformações ocorridas no Sistema Único de Saúde poderão ser conjuntas com os gestores, trabalhadores e usuários dos municípios.

A Secretaria de Estado de Saúde constituiu um grupo Técnico Estadual, conforme Resolução "p" SES nº 522/2018, representado pelo Secretário de Estado de Saúde, Superintendência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), Superintendência de Vigilância em Saúde, Superintendência de Atenção à Saúde, Superintendência de Gestão Estratégica, Coordenadoria Estadual de Telessaúde, Coordenadoria Geral de Planejamento e Suporte Técnico, Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço, Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser", Escola Técnica do SUS "Professora Ena de Araújo Galvão" (MATO GROSSO DO SUL, 2018b).

A monitorização do plano e acompanhamento das atividades ficará sob a responsabilidade do Grupo Técnico Estadual (GTE). O GTE é coordenado pela SGTES que tem como atribuição:

Tem a função de conduzir a Elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente que deverá estar em consonância com as prerrogativas previstas no âmbito do PRO EPS-SUS, com vistas a fortalecer as práticas de Educação Permanente em Saúde, apoiar as ações a nível regional, bem como monitorar e acompanhar as atividades previstas pelo programa (MATO GROSSO DO SUL, 2018b).

REFERÊNCIAS

- BENDER, W. N. *Aprendizagem Baseada em Projetos*: Educação Diferenciada para o Século XXI, Ed. Renss, 156 p. 2014.
- BERBEL, N. A. N. *A metodologia da problematização com o arco de Maguerez: uma reflexão teórica-epistemológica*. Londrina, Ed. Eduel, 2012.
- BOLLELA, V. R., SINGER, M. H., TOURINHO, F. S. V., AMARAL, E. *Aprendizagem baseada em equipes: da teoria à prática*. Medicina (Ribeirão Preto), n. 47, v. 3, p 293 – 300. 2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. *Diário Oficial da União*. 2014. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em 20 de janeiro de 2019.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3194 de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. *Diário Oficial da União*. Poder Executivo, Brasília, 30 nov. 2017a Seção 1, p. 141.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de Setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2017b. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em 21 de janeiro de 2019.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 3, Anexo V, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Origem: PRT MS/GM 3088/2011) de 28 de Setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2017c. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em 21 de janeiro de 2019.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 2011a. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em 21 de janeiro de 2019.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*. 2011b. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 24 de janeiro de 2019.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011c. *Diário Oficial da União*. 2011. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 24 de janeiro de 2019.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria nº 1996 GM/MS de 20 de agosto de 2007*. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília. *Diário Oficial da União*. 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde. *Glossário temático Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*. Brasília, DF, 2009.
- COMISSÃO PERMANENTE DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO (CIES). Campo Grande. Ata da 1ª reunião no dia 02 de abril de 2008.
- COMISSÃO PERMANENTE DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO (CIES). Campo Grande. Ata da 12ª reunião no dia 01 de outubro de 2009a.
- COMISSÃO PERMANENTE DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO (CIES). Campo Grande. Ata da 13ª reunião no dia 08 de dezembro de 2009b.
- COSTA P. P. Dos projetos à política pública, reconstruindo a história da educação permanente em saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- CUNHA, G. T.; CAMPOS, G.W.S. Método Paidéia para cogestão de coletivos organizados para o trabalho. *Org & Demo*, Marília, v. 11, n.1, jan/jun., 2010.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005, 42.ª edição.
- LIMA, V.V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 421-434, June 2017.
- MATO GROSSO DO SUL (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Educação Permanente em Saúde: Plano Estadual de Mato Grosso do Sul. Campo Grande. *Diário Oficial de MS*. 2011.
- MATO GROSSO DO SUL. Aprova a Linha de Cuidado da Oncologia na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no estado de Mato Grosso do Sul. Resolução n.º 008 /SES/MS Campo Grande, 22 de fevereiro de 2016. *Diário Oficial de MS*. 2016a. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/109638406/doems-normal-24-02-2016-pg-8>. Acesso em 20 de janeiro de 2019.
- MATO GROSSO DO SUL. Resolução_n.026-2016-CIB/SES/MS. Aprovar o Plano de ação Regional da Rede Cegonha em Mato Grosso do Sul. Campo Grande. 13 de julho de 2016. *Diário Oficial de MS*. 2016b. Disponível em: http://sistemas.saude.ms.gov.br/Arquivos/out/out_ViewDocument.php?documentid=1239&showtree=1. Acesso em 27 de janeiro de 2019.
- MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Ata 267ª Reunião de 18 de maio de 2018. Campo Grande. *Diário Oficial de MS*. 2018a.
- MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução "p" SES nº 522 de 16 de outubro de 2018. Campo Grande. *Diário Oficial de MS*. 2018b.
- MATO GROSSO DO SUL. Resolução_n.019-2014-SES-MS. Aprovado o Plano de Ação de Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. Campo Grande. *Diário Oficial de MS*. 05 de maio de 2014. Disponível em: http://sistemas.saude.ms.gov.br/Arquivos/out/out_ViewDocument.php?documentid=1239&showtree=1. Acesso em 20 de janeiro de 2019.
- PEREIRA, S., CAPELLI, J. C. S., ABRAHÃO, A. L., ANASTACIO, A. A experiência do uso da Aprendizagem Baseada em Projetos como metodologia ativa no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde na aprendizagem da prática profissional. *Demetra*. n. 12, v. 4, p881-898. 2017.
- PIRES, P. *Nem Agro e nem Indústria, serviços representam 60% do PIB do MS*. Campo Grande News – Online, 2016. Disponível em: <https://www.campograndenews.com.br/economia/nem-agro-e-nem-industria-servicos-representam-60-do-pib-de-ms>. Acesso em 09 de dezembro de 2018.
- PNUD Brasil. *Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, 2010* . Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/> . Acesso em 20 de janeiro de 2019.
- RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde - *Mato Grosso do Sul*. 2013. Disponível em: <http://www.ms.ripsa.org.br/php/index.php>. Acesso em 21 de janeiro de 2019.
- SANTOS, R. A. B. G., UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R., LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e NASF. *Saúde Debate*. n. 41, v.114, p. Jul-Sep 2017. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711402>
- SILVA J.A. *Estratégias de qualificação e inserção de trabalhadores de nível médio na área da saúde*. In: NEGREI B., FARIA R., VIANA A. L. D., organizadores. Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho. Campinas: Instituto de Economia, Unicamp; 2002.