

# PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO RIO GRANDE DO NORTE



**2019-2022**

NATAL  
2018

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
SUBCOORDENADORIA DE CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS  
COMISSÃO PERMANENTE DE INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO**

**PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO  
PERMANENTE EM SAÚDE DO RIO  
GRANDE DO NORTE  
2019-2022**

**NATAL  
2018**

**Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente  
em Saúde no Estado do Rio Grande do Norte 2019-2022**

**Governadora do Estado**  
Maria de Fátima Bezerra

**Secretário de Saúde**  
Cipriano Maia de Vasconcelos

**Coordenadora de Recursos Humanos**  
Elenimar Costa Bezerra

**Subcoordenadora de Capacitação de Recursos Humanos**  
Rayane Larissa Santos de Araújo

**Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço**

**Equipe de Elaboração**

Magda Barretto - CIES/RN - Representante da SESAP/RN  
Francisco Thiago Souto de Souza - CIES/RN - Representante dos Trabalhadores  
Maria Jalila Vieira Figueiredo Leite - CIES/RN - Representante do NESC/UFRN  
Flávia Andréa Belarmino de Medeiros - ETSUS/RN  
Jacyane Melo de Oliveira Santos - ETSUS/RN  
Tamara Peçanha Sharapin Alves - ETSUS/RN  
Susy Ribeiro da Silveira Oliveira - ETSUS/RN

**Equipe Revisão**

Ana Carla Macedo do Nascimento - SESAP/RN  
Elenimar Costa Bezerra - SESAP/RN  
Maria Jacqueline Abrantes Gadelha - SESAP/RN  
Rayane Larissa Santos de Araújo  
Thais Paulo Teixeira Costa - ETSUS/RN

**Normalização e Revisão Bibliográfica**

Zora Yonara Cândido Duarte dos Santos - Bibliotecária do Cefope/ETSUS/RN

**Órgão Financiador**  
Ministério da Saúde

Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

**NATAL**  
**2018**

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Figura 1 - Estado do Rio Grande do Norte - divisão por Regiões de Saúde.....	18
Tabela 1 - Distribuição das Regiões de Saúde do Rio Grande do Norte, segundo população e Número de municípios – 2015. ....	19
Quadro 1 - Eixo: Atenção Básica .....	41
Quadro 2 - Eixo: atenção de média e alta complexidade .....	43
Quadro 3 - Eixo: promoção e vigilância em saúde .....	43
Quadro 4 - Eixo: participação e controle social .....	44
Quadro 5 - Eixo: gestão .....	44

## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEFOPE	Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde “Dr. Manoel da Costa Souza”
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIES	Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço
CIES/RN	Comissão Permanentes de Integração Ensino-Serviço do Estado do Rio Grande do Norte
CIR	Comissão Intergestora Regional
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CES	Conselho Estadual de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DEGES	Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ETSUS	Escola Técnica do SUS
ETSUS/RN	Escola Técnica do SUS do Rio Grande do Norte
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HUOL	Hospital Universitário Onofre Lopes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IES	Integração Ensino-Serviço
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
LACEN	Laboratório Central
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NEESF	Núcleo Estratégia Saúde da Família
NESC	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
NOB/RH/SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos em Saúde do SUS
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
PAREPS	Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde
PDR	Plano de Desenvolvimento Regional
PEEPS	Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde
PLANASCHE	Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PROFAPS	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio
PRO EPS-SUS	Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAU	Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde
RC	Rede Cegonha
RETSUS	Rede de Escolas Técnicas do SUS
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar

SESAP	Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SGETS	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SIMC	Sistema de Monitoramento Clínico
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASAN	Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados
SMS/NATAL	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUVIGE	Subcoordenadoria de Vigilância Epidemiológica
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
UCT	Unidade de Coleta e Transfusão
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UERN	Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
UNICAT	Unidade Central de Agentes Terapêuticos
UNP	Universidade Potiguar
URSAP	Unidade Regional de Saúde Pública
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
1.1 HISTÓRICO DA CIES/RN E DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE.....	11
<b>2. CARACTERIZAÇÃO DO RIO GRANDE DO NORTE .....</b>	<b>18</b>
2.1 ANÁLISE SITUACIONAL .....	18
2.1.1 Caracterização Demográfica.....	18
2.1.2 Condições Socioeconômicas .....	20
2.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.....	21
2.2.1 Análise e Considerações sobre Natalidade .....	21
2.2.2 Análise e considerações sobre Morbidade .....	22
2.2.3 Doenças Crônicas não Transmissíveis.....	27
2.2.4 Morbidade Hospitalar por Grupo de Causas.....	28
2.3 ANÁLISE E CONSIDERAÇÕES SOBRE MORTALIDADE .....	28
2.4 ANÁLISE EM RELAÇÃO À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE NO RN .....	29
2.5 REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO A SAÚDE .....	30
2.8 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	30
2.9 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA .....	31
2.10 ATENÇÃO HOSPITALAR.....	31
2.11 HEMORREDE .....	32
2.12 SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR (SAD) .....	33
2.13 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	33
2.14 CENTRAL DE NOTIFICAÇÃO, CAPACITAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE ÓRGÃOS ..	34
<b>3 ORÇAMENTO DA SAÚDE .....</b>	<b>35</b>
<b>4 A TRAJETÓRIA DE ELABORAÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO RN.....</b>	<b>37</b>
<b>5. OBJETIVOS.....</b>	<b>40</b>
5.1 GERAL.....	40
5.2 ESPECÍFICOS .....	40
<b>6 AÇÕES E TEMÁTICAS .....</b>	<b>41</b>
6.1 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES E ATIVIDADES A SEREM REALIZADAS .....	45
6.2 ABORDAGEM METODOLÓGICA DAS AÇÕES DE EP .....	45
<b>7 RECURSOS FINANCEIROS PARA OPERACIONALIZAÇÃO .....</b>	<b>47</b>

<b>8 MECANISMOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO.....</b>	<b>48</b>
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>49</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>51</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>55</b>





## APRESENTAÇÃO

O presente instrumento trata-se do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Rio Grande do Norte (PEEPS-RN) que foi elaborado, em dezembro de 2018, pela Comissão de Integração Ensino Serviço do Rio Grande do Norte (CIES-RN), da Secretaria de Estado da Saúde Pública (SESAP-RN). O mesmo tem como objetivo orientar o planejamento da oferta das atividades educativas voltadas para a qualificação profissional dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de contribuir para transformação das práticas de saúde, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho, visando a melhoria da efetividade do cuidado integral à saúde da população norte-rio-grandense.

Para subsidiar este instrumento, realizaram-se duas oficinas e um seminário que proporcionaram o debate de questões centrais das realidades locais do estado e apontaram possibilidades de ações de Educação Permanente (EP) que objetivam transformar práticas e serviços no intuito de qualificar o SUS/RN.

Assim, é uma obra conjunta não apenas de órgãos e entidades, mas sobretudo do esforço e dedicação de técnicos, profissionais, trabalhadores e dos cidadãos comprometidos com a melhora do SUS no RN, a partir de olhares e saberes arraigados na realidade local, frente aos desafios técnicos e políticos para a implementação da política de saúde em nosso estado.

Considerando a não existência de CIES regionais para articular os municípios e produzir os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), ficou definido que a CIES realizaria oficinas regionais com o objetivo de provocar municípios a expor fragilidades e dificuldades relacionados à implementação do SUS RN, discutindo problemas e apontando nós críticos, propondo ações no âmbito da educação que pudessem contribuir para superação desses empecilhos.

No decorrer deste texto, será apresentado o estudo da arte sobre o tema, desde sua implantação no país até sua contextualização, a fim de compreender algumas dificuldades e desafios encontrados no desenvolvimento da formação na perspectiva da Educação Permanente em Saúde (EPS)





Inicialmente, o documento contextualiza o histórico da CIES/RN e da PEEPS no RN, bem como a caracterização do RN levando-se em consideração a situação de saúde no estado e, em seguida, discorrerá sobre a trajetória de elaboração do PEEPS, seus objetivos e ações temáticas discutidas em plenária.

Quanto à programação de execução dessas ações, abordagem metodológica, recursos necessários e mecanismos de acompanhamento e avaliação, encontram-se descritas as pactuações acordadas neste instrumento. Enfatiza-se a importância de debruçar-se na execução das etapas que se seguem para a execução do Plano, a fim de atingir os objetivos aqui propostos.





## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 HISTÓRICO DA CIES/RN E DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

A educação permanente em saúde no Estado do Rio Grande do Norte tem suas origens nas experiências do Polo de Educação em Saúde da Família e no Fórum de Educação Permanente, enquanto primeiras articulações entre os serviços de saúde e instituições educacionais na oferta de educação permanente aos trabalhadores que atuam nos serviços de saúde do SUS/RN.

A Política de Educação Permanente em Saúde no Estado do Rio Grande do Norte teve sua implantação orientada por diretrizes nacionais, estabelecidas inicialmente pelo documento do Ministério da Saúde – *Diretrizes para as Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde*. Em seguida, é publicada a Portaria nº 198/GM/MS, em 13 de fevereiro de 2004, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.

Através dessa portaria, o Ministério da Saúde assume a responsabilidade na consolidação da reforma sanitária brasileira, atuando de maneira participativa na formação de recursos humanos para a área da saúde, por entender a importância em formular e executar políticas orientadoras da formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Isso ocorre sobretudo numa perspectiva de integração entre o ensino da saúde e exercício das ações e serviços, a condução de gestão e de gerência e a efetivação do controle da sociedade sobre o sistema de saúde.

A Portaria nº 198/GM/MS indica os passos necessários para a efetivação da política instituída, através de condução locorregional, mediante um colegiado de gestão configurado como Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS. Esse colegiado será o responsável pelas propostas, formulações e transformações das políticas relativas à formação e educação permanente dos trabalhadores de saúde, nos diferentes níveis de escolaridade, no sentido de que, ao mesmo tempo, seja produtor de mudanças nos serviços, na gestão e participação para fortalecimento dos bens públicos.





O Polo representava um espaço de negociação e pactuação interinstitucional, tendo como propósito disseminar conhecimento técnico e acadêmico sobre o tema saúde e apoiar discussões com vistas à redefinição das práticas de saúde e à reorientação das políticas de formação, emprego, utilização e desenvolvimento de recursos humanos em saúde.

No nosso estado, a formação do colegiado, seguindo o proposto pela Portaria nº 198 do MS para implantação de política de educação permanente em saúde, foi aprovada e pactuada no CES e na CIB, dando início ao processo de constituição do *Polo de Educação Permanente para o SUS/RN*.

Embora a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde tenha sido institucionalizada somente em 13/02/2004, através da Portaria nº 198/GM/MS, o Estado do Rio Grande do Norte, tendo tomado conhecimento do movimento nacional nesse sentido, passou a mobilizar algumas instituições visando discutir essa proposta e seu envolvimento com a mesma.

De posse de um dos primeiros documentos elaborados sobre o assunto, pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – *Políticas de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde*, o Estado realizou a sua primeira reunião, em 17/06/2003, marcando o começo de um processo de discussão sobre a referida proposta governamental.

Em parceria com o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC/UFRN) e o Projeto UNI (Rede Unida), participaram da citada reunião representantes de diferentes setores da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Departamento de Saúde Coletiva, Departamento de Nutrição, Hospital de Pediatria, Curso de Medicina, Curso de Graduação em Enfermagem e Escola de Enfermagem de Natal); da Universidade Potiguar; do PROFAE/RN e dos movimentos estudantis.

Os participantes dessa reunião passaram a compor um grupo interinstitucional que se responsabilizaria pela criação do Polo de Educação Permanente no Estado.

Foi organizado um seminário, realizado no dia 24/09/2003, em Natal, contando com a presença da Dra. Laura Camargo (MS), expositora do tema, além de representantes institucionais. Naquele momento, aconteceu um importante e elucidativo debate e se aprovou a proposta de realização de uma oficina de trabalho





para discutir a organização do Polo de Educação Permanente no Estado do Rio Grande do Norte.

No dia 18/12/2003, realizou-se, em Natal, a *I Oficina para Criação do Polo de Educação Permanente para o SUS-RN*, objetivando reunir as instituições envolvidas, até então, para aprovação da estrutura e funcionamento do Polo e deliberar sobre os encaminhamentos para a sua criação definitiva junto ao Conselho Estadual de Saúde.

O Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS no Rio Grande do Norte foi aprovado pelo CES. Para dar continuidade ao processo de organização do Polo, foi realizada mais uma oficina em Natal, no dia 25/06/2004, tendo como deliberação principal a definição de uma agenda de trabalho, contemplando: estruturas da Secretaria Executiva, definição de oficinas descentralizadas para organização do plano e elaboração do projeto único do Polo.

Nesse evento, foi composta uma Secretaria Executiva Provisória, tendo como tarefa elaborar o projeto de implementação do Polo no Rio Grande do Norte.

O Polo era composto por representantes dos seguintes segmentos:

- a) Secretaria de Estado da Saúde Pública (SESAP/RN);
- b) Universidade Federal do Rio Grande (UFRN);
- c) Universidade Potiguar (UNP);
- d) Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN);
- e) Secretaria Municipal de Saúde de Natal (SMS/NATAL);
- f) Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS);
- g) Conselho Estadual de Saúde (CES);
- h) Fundação Nacional de Saúde (FUNASA);
- i) Ministério da Saúde/Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da área de Enfermagem (MS/PROFAE/RN);
- j) Entidades Profissionais;
- k) Projeto UNI.

O Polo de Educação Permanente em Saúde do RN realizou, durante o mês de março de 2005, oficinas locorregionais que tiveram por objetivo: contextualizar EPS como política de educação para o SUS; refletir sobre o significado político e





técnico do Polo de EPS, com vistas a construir uma nova dinâmica de atuação de atuação frente às demandas de qualificação/educação dos trabalhadores/gestores; discutir com diferentes atores os principais problemas da atenção integral, que afetam cada localidade, identificando as prioridades para EPS e identificar atores para assumir o papel de facilitadores na perspectiva da viabilização da EPS nas localidades.

Em todo o estado, foram realizadas sete oficinas, que abrangeram as regiões das seis Unidades Regionais de Saúde Pública (URSAPs) e a região metropolitana, incluindo os seis municípios da região da grande Natal (Natal, Parnamirim, Macaíba, Ceará-Mirim, São Gonçalo e Extremoz).

Cada oficina contou com uma equipe de coordenação, sendo um deles um *Tutor da Política de Educação Permanente do RN* e mais dois ou três colegas. Ao todo, participaram em torno de 500 pessoas nas sete oficinas, com duração de 8 horas. As questões sugeridas foram debatidas em pequenos grupos e aprovadas em uma plenária final.

Essas oficinas também tiveram o importante objetivo de selecionar os *Facilitadores da Educação Permanente do RN*. Em cada uma delas, foram escolhidos 20 facilitadores, considerando como critérios a escolaridade de nível médio, a facilidade para manuseio de informática e Internet, a proximidade com os problemas levantados e a diversidade de participação dos diferentes segmentos do Polo (Ensino, Atenção, Gestão e Controle Social).

Em 20 de agosto de 2007, o Ministério da Saúde publica a Portaria GM/MS nº 1.996, que atualiza as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Através dessa portaria, é assumida a condução regional da Política, através dos Colegiados de Gestão Regional com a participação das CIES, enquanto instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participem da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde, previstas no art. 14 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e na NOB/RH – SUS de 2005.

Na mesma portaria, se estabelece a necessidade da elaboração do *Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde*, com a obrigatoriedade de ser





coerente com os Planos de Saúde Estadual e Municipais, da referida região, no que tange à educação na saúde.

A CIES mantém a mesma composição em quadrilátero, com representações obrigatórias dos quatro segmentos: Gestores; Instituições de ensino, Instâncias de controle social em saúde e Serviços de atenção à saúde.

No Rio Grande do Norte, a CIES Estadual foi constituída em 2007, por meio da Deliberação nº 218/07 da CIB/RN, e sofreu alteração na sua constituição pela Deliberação nº 869/13 (CIB/RN).

O Plano de Ação Regional de Educação Permanente e Educação Profissional do SUS/RN, que atende à Portaria nº 1996, de 20 de agosto de 2007, foi apresentado e aprovado em 2008 e este assume que a sua condução se desse em âmbito estadual, até que os Colegiados Gestores Regionais (CGR) estivessem implantados no estado.

Estudo realizado pelo Observatório de Estudos, Pesquisas e extensão/CEFOPE aponta que os documentos analisados citam que as CIES regionais, até o ano de 2011, estavam em processo de instituição e consolidação e, por esse motivo, os Planos de Educação Permanente e Educação Profissional dos anos 2008; 2009; 2010 e 2011 foram apresentados pela CIES estadual. No entanto, consideravam as especificidades e necessidades regionais levantadas durante oficinas regionais realizadas durante o processo de construção desses planos.

O mesmo estudo aponta ainda que o CEFOPE, apesar de ser escola executora de cursos de formação para o nível médio no âmbito do SUS, especialmente por compor a RETSUS, se revelou com um importante papel protagonista nas discussões ocorridas em ocasião da elaboração do Plano de Distribuição e Alocação de Recursos, aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), em setembro de 2007, bem como na realização do I Seminário de Educação Permanente e Educação Profissional do SUS/RN, ocorrido no dia 12 de dezembro de 2007. Ambos os momentos precederam e foram base para a elaboração do Plano de Ação Regional de Educação Permanente e Educação Profissional do SUS/RN/2008 e, conseqüentemente, para os Planos de Educação Permanente e Educação Profissional subsequentes.







Quanto aos Planos de Educação Permanente e Educação Profissional do RN, esse estudo revela que, segundo os documentos analisados, os planos não foram cumpridos como inicialmente programados, visto às dificuldades e entraves burocráticos para execução dos recursos financeiros, enfrentados no estado do RN. Desse modo, os planos referentes às portarias nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, nº 2.813, de 17 de dezembro de 2008, e nº 2.953, de 25 de novembro de 2009, sofreram ajustes técnicos, a fim de se adequarem a realidade a partir do Plano de Educação Permanente e Profissional de 2010 que, além de definir suas prioridades, redefiniu as prioridades dos planos anteriores.

O estudo concluiu que existem espaços de formulação e discussão da política de formação de trabalhadores técnicos em saúde no âmbito do estado do RN, muito embora essas discussões apresentem relação direta com as advindas do âmbito nacional, principalmente com o fomento para a construção dos Planos de Educação Permanente e Profissional, através do aporte do incentivo financeiro do MS.

A análise aponta que a Política Estadual de Educação Permanente e Profissional do RN necessita avançar na perspectiva de que essa discussão tenha a capacidade de ser sustentável no âmbito das tensões: políticas; da execução orçamentária; e do mundo do trabalho.

De 2012 a 2017, quando ocorre a interrupção dos repasses por parte do MS, o processo de EPS no Estado do RN permaneceu sendo realizado considerando os recursos não executados nos anos anteriores.

Entre os anos de 2013 a 2015, o MS propõe um processo de revisão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, com organização de alguns eventos regionais e nacionais para avaliação e proposições.

Importante destacar a realização da primeira reunião técnica preparatória em Brasília, em maio de 2017, que teve a participação do coletivo liderado pela SGTES/MS, por meio do DEGES, em parceria com o CONASS, CONASEMS, Conselho Nacional de Saúde, Escolas Técnicas do SUS, Escolas de Saúde Pública, Instituições de Ensino Superior, OPAS e demais.

Com isso, em 28 de novembro de 2017, é lançada a Portaria GM/MS nº 3.194, instituindo o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS), com o objetivo de fortalecer as







práticas de EPS nos territórios, por meio da realização de ações que possam contribuir para a qualificação dos profissionais de saúde e a proposição de incentivar o planejamento de ações de EPS, conforme as singularidades regionais (componente estadual).

Portanto, a elaboração do PEEPS ganhou novo impulso a partir de novas regras para o custeio em Educação Permanente em Saúde. Assim, destaca-se que esse deverá: I) ter previsão de duração de, no mínimo, 1 (um) ano; II) ser elaborado com a participação dos municípios e da respectiva Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES); III) ser pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB); e IV) ter como eixo central as bases teóricas e metodológicas da Educação Permanente em Saúde.

Dentre essas ações estão o custeio para elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, com recursos definidos com base nas regiões de saúde. Da mesma forma, instituiu incentivo financeiro de custeio para a execução de ações de educação permanente em saúde pelas equipes de atenção básica.

Esses recursos são transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios, em parcela única, na modalidade fundo a fundo, por meio do Bloco de Gestão.

Para atender a esses requisitos, a CIES/RN realizou, entre os meses de setembro a outubro, duas oficinas macrorregionais, com o objetivo de levantar os nós críticos existentes no processo de trabalho dos serviços municipais que podem ser enfrentados através de atividades educativas e suas propostas de temas e/ou estratégias pedagógicas para educação permanente.

Esse levantamento foi consolidado e pactuado durante o III Seminário Estadual de Educação Permanente em Saúde do Rio Grande do Norte, cujas definições estão apresentadas neste documento.





## 2. CARACTERIZAÇÃO DO RIO GRANDE DO NORTE

### 2.1 ANÁLISE SITUACIONAL

#### 2.1.1 Caracterização Demográfica

O Estado do Rio Grande do Norte caracteriza-se como a 16ª unidade da federação brasileira mais populosa e a décima mais povoada, com uma população de 3.168.027 habitantes, distribuídos em 167 municípios que ocupam uma área de 52.810,699 km<sup>2</sup>, resultando em uma densidade de aproximadamente 60 hab./km<sup>2</sup>. Esse contingente populacional corresponde a 1,7% da população brasileira e 6% da população nordestina, de acordo com os dados do último Censo Demográfico do IBGE (2010), apresentando um IDHM equivalente a 0,684 e esperança de vida média de 71,15.

Para o setor saúde, o estado encontra-se dividido em oito Regiões de Saúde, em consonância ao Plano Diretor de Regionalização (PDR/RN), conforme ilustra a Figura 1.

Figura 1 - Estado do Rio Grande do Norte - divisão por Regiões de Saúde





A 7ª Região de Saúde (Metropolitana) é a que reúne o maior contingente populacional, concentrando 38,2% da população total do estado, enquanto que a 8ª Região de Saúde (Vale do Açu), composta por 13 municípios, é a menos populosa, concentrando apenas 4,5% do total.

**Tabela 1 - Distribuição das Regiões de Saúde do Rio Grande do Norte, segundo população e Número de municípios – 2015.**

REGIÃO DE SAÚDE	POPULAÇÃO 2015	%	Nº DE MUNICÍPIOS
I	379.798	11,0	27
II	478.240	13,9	15
III	348.326	10,1	25
IV	311.531	9,1	25
V	199.190	5,8	21
VI	253.192	7,4	36
VII	1.316.144	38,2	5
VIII	155.754	4,5	13
Total	3.442.175	100,0	167

Fonte: IBGE - Estimativas de população.

Quanto à etnia, verifica-se a predominância das pessoas de cor parda em relação ao total de habitantes, salientando-se a existência de seis comunidades indígenas no estado, conforme os dados do INCRA/RN, que apesar de representarem uma pequena parcela da população do RN (0,08%), não pode ser descartada a necessidade de uma atenção particular para suas especificidades.

Com relação ao sexo, no Rio Grande do Norte, 48,89% são homens e 51,11% são mulheres, o que mostra certo equilíbrio entre homens e mulheres (IBGE, 2010).

O lento crescimento da população do Rio Grande do Norte, segundo a estimativa do IBGE, deve ser acompanhado, contudo, de um acelerado processo de mudança da estrutura etária, resultado da combinação de uma redução da taxa de fertilidade com envelhecimento da população.





Em 2030, pelas projeções do IBGE, o RN terá 3.847.580 habitantes. A proporções de jovens (até 14 anos de idade) que era de 51,91%, em 2000, cairá pela metade, para 26,46%. O inverso acontecerá com os idosos – passando de 9,86% para 17,19%. Em 2030, o Estado terá um contingente de 661 mil idosos com mais de 65 anos ou mais de idade.

O número crescente de idosos indica mais qualidade de vida e desenvolvimento, mas também aponta para a necessidade de resolver uma série de problemas, como oferecer políticas públicas para atender às necessidades desse grupo (políticas de promoção da saúde e de atenção às doenças crônicas) e uma fórmula para equacionar o pagamento de pensões e aposentadorias.

### 2.1.2 Condições Socioeconômicas

O Brasil, avaliado por macrorregiões, apresentou um IDH de 0,840, na Região Sul; 0,838, na Região Sudeste; 0,826, na região Centro-Oeste; 0,706, na Região Norte, e 0,548, na Região Nordeste. O Rio Grande do Norte apresentava em 2010 IDHM equivalente a 0,684 (IDHM Renda 0,678; IDHM Longevidade 0,792 e IDHM EDUCAÇÃO=0,597). Apenas quatro municípios possuem IDHM classificado como Alto, 93 na escala Médio e 70 considerado Baixo.

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), criado em 1990 para avaliar em cada país o desenvolvimento humano, procura confrontar os indicadores que costumam mensurar o crescimento econômico, principalmente renda e outros indicadores capazes de medir alguns aspectos do desenvolvimento social, principalmente nas áreas de educação em saúde que se traduzem em indicadores de escolaridade e de esperança de vida ao nascer. Juntos, esses três indicadores renda, escolaridade, esperança de vida ao nascer, compõem o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

Segundo o *Diagnóstico e Cenários de Desenvolvimento Econômico para o Rio Grande do Norte – 2015-2035* (2014), o IDH das Zonas Territoriais é muito variado. Os mais altos são os da Zona de Currais Novos (0,652) e da Zona de Caicó (0,649). A região com mais alta participação no PIB e na população, o Litoral Oriental, se posiciona em quarto lugar, com apenas 0,614, abaixo da Zona





Mossoroense, que tem o terceiro melhor índice, com 0,627. A esperança de vida média foi de 72,52 anos, com um ganho de 12,04 anos, no período 1991-2010.

No tocante aos indicadores de saneamento básico, entendidos como acesso aos sistemas de água potável, esgotamento sanitário e coleta de resíduos sólidos, verifica-se que 99,1% dos domicílios particulares permanentes estão ligados à rede geral de abastecimento de água com canalização interna, 21,5% estão ligados à rede coletora de esgoto, 44,9% possuem fossa séptica, 83,9% têm o lixo coletado diretamente e 2,5% indiretamente. Quanto à energia elétrica e telefone, 99,9% e 91,8% dos domicílios permanentes, respectivamente, têm acesso a esses bens (IBGE; PNAD, 2014).

Os dados revelam ainda que 25% da população do RN estão em idade escolar (4 a 14 anos), tendo o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), em 2010, atingido o valor de 3,9 para os anos iniciais e 3,3 para os anos finais, estando muito próximo da região Nordeste (3,8 e 3,4 respectivamente). A meta Brasil corresponde ao alcance do valor equivalente a seis até 2022.

No tocante à taxa de analfabetismo, verificou-se que 7,9% das crianças de 10 a 14 anos e 18,5% daquelas com 15 anos ou mais não são alfabetizadas. Porém, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua (PNAD)contínua do IBGE (IBGE,2017), a taxa de analfabetismo no Rio Grande do Norte reduziu 1,2 ponto percentual entre 2016 e 2017 entre pessoas de 15 anos ou mais de idade.

Apesar da redução dos últimos anos, a taxa ainda permanece bastante alta, bem acima da média do país, necessitando, portanto, implementação de políticas educacionais e ampliação de programas de alfabetização de jovens e adultos.

## 2.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

### 2.2.1 Análise e Considerações sobre Natalidade

A taxa de fecundidade do RN, em 2014, corresponde a 1,77 filhos/mulher (IBGE, 2014). Registrou-se, nesse ano, 48.374 nascidos vivos, número que vem decrescendo ao longo dos anos em todas as regiões do estado e segue uma





tendência nacional, onde a taxa de fecundidade diminuiu de 2,29, em 2000, para 1,78 filhos/mulher, em 2011 (DATASUS).

O RN teve uma redução da taxa de natalidade de 9,85%, em 2016, com relação a 2015, índice quase duas vezes superior à média do Brasil de 5,1% registrada no mesmo período (IBGE, 2017).

Observou-se, então, um aumento da esperança de vida total ao nascer, por conseguinte, tivemos um aumento absoluto e relativo da população idosa (60 anos ou mais) do estado, necessitando, portanto, de uma melhor adequação da infraestrutura social (saúde, educação, previdência) e, especificamente, do aprimoramento da assistência social ao idoso.

## 2.2.2 Análise e considerações sobre Morbidade

### ✓ **Morbidade e Doenças transmissíveis e Imunoprevisíveis**

As doenças de notificação compulsória que se destacaram, no período de 2012 a 2015, correspondem aos seguintes agravos: Dengue, Zika vírus, Chikungunya, Microcefalia, Tuberculose, Meningites Bacterianas, Hanseníase, AIDS, Hepatites B e C, Sífilis Congênita, Leishmaniose Visceral, Leptospirose, Esquistossomose e Influenza (SINAN/SIHSUS).

Em 2015, circularam pelo menos nove arbovírus patogênicos no país, com destaque para os vírus da Dengue, Zika e Chikungunya, transmitidos pelo mosquito *Aedes aegypti* (BRASIL, 2016). A co-circulação dos arbovírus aponta para a importância do controle do vetor e do investimento na organização e qualificação da rede de assistência à saúde. As arboviroses urbanas, no Rio Grande do Norte, registraram um número elevado de notificações compulsórias no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

### ✓ **Dengue**

No Rio Grande do Norte, em 2018, da semana epidemiológica 1 à 44 foram notificados 27.820 casos suspeitos de dengue, sendo confirmados 11.744, representando uma incidência de 799,65 casos por 100.000 habitantes. No mesmo período do ano de 2017, foram notificados 8.483 casos, sendo confirmados 1.711,







gerando uma incidência de 267,76 casos por 100.000 habitantes. A atual situação epidemiológica da dengue desperta preocupação, principalmente, devido à gravidade e ao crescimento das notificações de casos de 2018 em relação a 2017.

✓ **Chikungunya**

No Rio Grande do Norte, em 2018, da semana epidemiológica 1 à 44 foram notificados 3.419 casos suspeitos de Chikungunya, sendo confirmados 1.067, representando uma incidência de 98,28 casos por 100.000 habitantes. No mesmo período do ano de 2017, foram notificados 2.271 casos, sendo confirmados 875 gerando uma incidência de 71,68 casos por 100.000 habitantes.

✓ **Zika**

No Rio Grande do Norte, em 2018, da semana epidemiológica 1 à 44 foram notificados 978 casos suspeitos de Zika, sendo confirmados 43, representando uma incidência de 28,11 casos por 100.000 habitantes. No mesmo período do ano de 2017, foram notificados 522 casos, sendo confirmados 17, gerando uma incidência de 15,02 casos por 100.000 habitantes.

✓ **Meningite**

A taxa de meningite, no estado do Rio Grande do Norte, no período de 2010 a 2015, em geral, manteve comportamento endêmico com oscilações discretas e tendência de aumento do último ano, podendo-se inferir uma maior sensibilidade das equipes municipais na notificação de casos. No período avaliado, a maior incidência das meningites ocorreu no ano de 2011, com registro de 188 casos e incidência de 5,88/100.000 hab. Quanto à etiologia, observa-se maior ocorrência de casos das meningites bacterianas (57,6%), seguidas pelas meningites não especificadas (24,4%) e meningites virais (17,9%).

✓ **Tuberculose**

A Tuberculose permanece como um grave problema de saúde pública, merecendo uma especial atenção em virtude da sua magnitude. No ano de 2014, a incidência da Tuberculose no Rio Grande do Norte correspondeu a 39,07/100.000





habitantes. Foram notificados 1.332 casos, 64 a menos que os notificados no ano de 2013, dos quais 87,76% do total foram de tuberculose pulmonar. Destes, 50,8% referiam-se a casos bacilíferos de TB Pulmonar, constatando-se um aumento significativo de 20% em relação a 2013. Importante ressaltar que a concentração de casos ocorreu nos três municípios mais populosos do RN: Natal, Mossoró e Parnamirim. A capital do estado notificou cerca de 40% do total de casos. Entre as formas extrapulmonares, a TB Pleural apresenta a maior incidência, seguida da TB Ganglionar e TB Miliar.

#### ✓ **Hanseníase**

O coeficiente de detecção (8,2/100.000 hab.) da Hanseníase no RN é o menor do Nordeste, indicando uma média endemicidade. Apresentou uma média de 272,2 casos novos nos últimos cinco anos, com 279 casos novos em 2014. A Região de Saúde que apresentou o maior número de casos novos em 2014, seguindo a tendência dos anos anteriores foi a 2ª Região de Saúde, seguida da 7ª Região de Saúde. De acordo com a classificação operacional, 113 foram classificados como paucibacilares (PB), e 166 como multibacilares (MB).

#### ✓ **AIDS**

No período de 2006 a 2016, foram registrados 4388 casos de AIDS em Adultos no RN, de acordo com o cruzamento dos bancos de dados do Sistema de Informações de Agravos Notificáveis (SINAN), Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV (SIMC). Desses casos, 69% foram do sexo masculino e 31% do sexo feminino, revelando uma razão de 2 casos em homens para 1 em mulheres. A categoria predominante para o sexo feminino é a heterossexual (75%) e a do sexo masculino é a homossexual/bissexual (33%). De acordo com a análise dos dados coletados, no acumulado de 2006 a 2016, as maiores proporções de casos encontram-se na faixa etária de 30 a 39 anos (33%) e na faixa etária de 40 a 49 anos (25%).







### ✓ **Hepatites Virais**

Entre os anos de 2007 a 2016, o Rio Grande do Norte teve 2709 casos confirmados em hepatites virais, sendo 1514 (56%) casos confirmados em Hepatite A, 451 (17%) confirmados em Hepatite B e 744 em Hepatite C (27%). Verifica-se uma redução expressiva no registro de casos de hepatite A nos últimos 3 anos. Essa redução pode ser atribuída à melhoria do sistema de saneamento básico e na oferta de água tratada no estado, além da introdução da vacina contra hepatite A no calendário nacional de vacinação infantil a partir de 2014. Houve, também, diminuição no registro de casos de hepatite B que pode estar relacionada à ampliação da oferta da vacina contra hepatite B para faixas etárias acima de 30 anos a partir de 2013. De maneira oposta, o estado vem apresentando aumento na detecção de casos de Hepatite C, principalmente, na faixa etária acima de 50 anos, após a ampliação do acesso ao diagnóstico através da utilização de testes rápidos para triagem da hepatite C.

### ✓ **Sífilis**

- *Adquirida*

Identificar os casos de Sífilis para tratamento precoce e prevenção da sífilis congênita são os principais objetivos da vigilância epidemiológica da Sífilis Adquirida. No RN, foram registrados 2645 casos de Sífilis adquiridas, distribuídos por Região de Saúde. A taxa de detecção foi de 18 casos por 100 mil habitantes em 2015, acima do identificado no Nordeste (15 casos por 100 mil hab.). Destes casos registrados, 60% ocorreram em mulheres e 40% em homens. A faixa etária predominante foi a de 20 a 29 anos com 37% dos casos notificados, seguida da faixa etária de 30 a 39 anos com 24%.

- *Em Gestante*

De 2007 a 2016, foram notificados 1892 casos de sífilis em gestantes no RN, distribuídos por Ano de Notificação e Região de Saúde, dos quais 50% foram detectados na região metropolitana (7<sup>o</sup> Região). A predominância dos casos encontra-se na faixa etária de 20 a 29 anos (cerca de 53%).





- *Congênita*

No Rio Grande do Norte, foram notificados 2611 casos de crianças com sífilis congênita de 2007 a 2016, distribuídos por Região de Saúde. Sua incidência mostrou tendência de crescimento, passando de 2,6 casos por 1000 nascidos vivos, em 2007, para 9,0 casos por 1000 Nascidos Vivos, em 2015, valor acima do coeficiente apresentado pelo Nordeste (6,9 casos por mil nascidos vivos em 2015). No entanto, houve uma redução de 12,2% em 2016.

Ressalta-se que a elevada prevalência desse agravo e as graves sequelas perinatais dele decorrentes evidencia a necessidade de adoção de medidas efetivas para o enfrentamento desse grande problema de saúde.

Diante da situação epidemiológica da Sífilis no Brasil, o Ministério da Saúde lançou o projeto Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção, uma estratégia de cooperação técnica que envolve o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a Universidade Federal do Rio Grande do Norte e a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), com o intuito de conter o avanço da sífilis no país. Dois municípios do Rio Grande do Norte foram selecionados para participar do projeto de acordo com critérios epidemiológicos (Natal e Parnamirim).

- ✓ **Leishmaniose Visceral**

No período de 2012 a 2015, foram registrados 387 casos de Leishmaniose Visceral (LV), distribuídos em 78 municípios do Estado, dentre os quais merecem destaque: Natal, com 84 casos, Mossoró, com 50 casos, e Parnamirim, com 24 casos. Verifica-se que a LV é mais evidente na população urbana e que os indivíduos mais afetados são adultos, com predominância do sexo masculino. Ainda nesse período, foram diagnosticados 56 casos de co-infecção LV/HIV (14%), denotando para esses pacientes um maior risco de evolução para óbito e maior possibilidade de recidiva da doença após o tratamento.

- ✓ **Leptospirose**

A Leptospirose, no período de 2012 e 2015, teve ocorrência de 56 casos no RN, distribuídos em 19 municípios, destacando-se dentre eles o município de Natal,





que registrou 16 casos. Importante destacar que no RN a Leptospirose é mais frequente em adultos do sexo masculino.

### ✓ **Influenza**

Até a SE 25, de 2018, foram notificados 274 casos de SRAG no Estado do Rio Grande do Norte, sendo 219 (79,92%) com amostras coletadas de oro e nasofaringe e seis tecidos post-mortem enviados ao Laboratório Central de Saúde Pública do RN (LACEN-RN). Das amostras coletadas, 36,07% (79/219) foram classificados como SRAG por Influenza, 8,67% (19/219), como outros vírus respiratórios. Dentre os casos de Influenza, tivemos 44 positivos para Influenza AH1N1, 16 de influenza A (H3) sazonal, 5 Influenza A não subtipada, 14 influenza B.

Dos casos notificados para SRAG até a semana 25, 155 (56,56%) receberam alta por cura, 72 (26,2%) estão em investigação, 47 evoluíram para óbitos, o que corresponde a 17,15% (47/274) do total de casos. Do total de óbitos notificados, 16 foram confirmados para influenza, nenhum óbito por outros vírus respiratórios e, 31, por SRAG não especificada<sup>1</sup>.

### **2.2.3 Doenças Crônicas não Transmissíveis**

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tornaram-se um dos principais problemas de saúde pública. No Brasil, são cerca de 72% das causas de morte, atingem as camadas mais pobres e mais vulneráveis da população e trazem onerosos gastos ao SUS (BRASIL, 2011).

As doenças cardiovasculares, os cânceres, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes *mellitus* se configuram como as principais doenças crônicas não transmissíveis, tendo sido responsáveis, em 2015, por 51,6% do total de óbitos na população de 30 a 69 anos no Brasil (SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE, 2016).

A redução dos índices de incidência e mortalidade por doenças crônicas está associada à conscientização da população sobre a necessidade de se adotar um estilo

<sup>1</sup> Fonte: Formsus/SINAN-SUVIGE/CPS/SESAP-RN. Dados até a semana epidemiológica nº 44 (termina em 03/11/2018) sujeito a alterações.





de vida saudável e se submeter a exames periódicos de detecção da doença em sua fase inicial. Com este fim, a Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP/RN), em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde e o Ministério da Saúde, estão desenvolvendo e executando, de forma integrada, ações estratégicas de promoção da saúde (prevenção primária) e de detecção precoce (prevenção secundária), vinculadas à análise e produção de dados técnicos e científicos sobre as doenças crônicas (vigilância epidemiológica). Todas elas estão consubstanciadas, respectivamente, em programas específicos, a exemplo do Programa Estadual de Controle do Tabagismo, Programa Estadual de Controle do Câncer e seus Fatores de Risco e o Programa Estadual de Avaliação e Vigilância do Câncer.

#### **2.2.4 Morbidade Hospitalar por Grupo de Causas**

No ano de 2015, ocorreram no estado cerca de 150 mil internações hospitalares, sendo que, destas, 30% estão relacionadas à atenção ao parto e recém-nascido (SIH/SUS), ou seja, 25 mil partos, 4 mil abortos, além de 3.400 afecções originadas no período perinatal.

A análise das informações evidencia que a Gravidez, Parto e Puerpério (capítulo XV da CID-10) é a principal causa de internação em todo o período, porém vem apresentando um declínio gradual. Entretanto, excluindo-se esse capítulo, observa-se que as seis principais causas de internações correspondem às neoplasias, doenças do aparelho digestivo, doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório, causas externas e às doenças do aparelho circulatório, respectivamente. Pode ser constatado o crescimento das neoplasias, que quase duplicaram o número de internações no período estudado, enquanto as doenças infecciosas e parasitárias tiveram comportamento inverso, com redução significativa, evidenciando a mudança no perfil das internações hospitalares.

#### **2.3 ANÁLISE E CONSIDERAÇÕES SOBRE MORTALIDADE**

A análise da Mortalidade por Causas (capítulo CID-10), no período 2010 a 2014, no Rio Grande do Norte, revela que as três principais causas de óbito somam





aproximadamente 59% do total, ano de 2014. São elas, as Doenças do Aparelho Circulatório (27%), as Neoplasias (17%) e as Causas Externas de Morbidade e Mortalidade (16%). Em seguida, estão as Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas (9,2%) e as Doenças do Aparelho Respiratório (8,9%).

Merece destaque, como causas isoladas de óbitos (Causas CID-BR-10), as Doenças Isquêmicas do Coração, seguidas das Agressões e o Diabetes Mellitus constituindo a terceira causa de óbito; em seguida, estão as Doenças Cerebrovasculares, a Pneumonia, as doenças Hipertensivas e os Acidentes de Transporte.

A taxa de mortalidade infantil, no Estado, apresenta tendência decrescente no período, embora ainda seja considerada alta para os padrões internacionais. No entanto, ao desagregar a informação por grupo etário, observa-se que a mortalidade neonatal, que corresponde às mortes ocorridas nos primeiros 28 dias de vida, representa cerca de 70% do total de óbitos de menores de 1 ano, o que reafirma a viabilidade desses óbitos.

Em 2015, no estado, ocorreram 23 óbitos maternos com uma variação entre as Regiões de Saúde, de 1 a 8 óbitos maternos. Na capital foram registrados 3 óbitos e, em Mossoró, 4 óbitos maternos (SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE, 2016).

## 2.4 ANÁLISE EM RELAÇÃO À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE NO RN

O SUS conforme concebido constitucionalmente, direciona para um modelo em que todos os serviços de todos os entes federativos devem se integrar, constituir uma rede de serviços e ser um único sistema capaz de garantir ao indivíduo a integralidade de sua saúde.

A Secretaria de Estado da Saúde Pública do RN (SESAP) vem coordenando a construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS) com ênfase em cinco prioridades: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas, e Rede de Urgência e Emergência. Em 2012, foi criado um Grupo Condutor Estadual das RAS, ao qual estão vinculados os Grupos Executivos Temáticos para cada uma das cinco redes. Esses grupos contam com representantes de setores da





SESAP/RN, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS/RN), além de apoiadores temáticos vinculados ao Ministério da Saúde.

## 2.5 REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO A SAÚDE

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. No Rio Grande do Norte, desde 2011, a Secretaria de Estado da Saúde Pública do RN (SESAP) vem coordenando a construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS). Em 2012, foi criado um Grupo Condutor Estadual das RAS, ao qual estão vinculados os Grupos Executivos Temáticos para cada uma das cinco redes que são: a Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas, e Rede de Urgência e Emergência.

O RN tem enfrentado para a construção e fortalecimento das RAS alguns desafios como: fragilidades na Atenção Básica, rotatividade de profissionais, falta de definição de perfil dos pontos assistenciais, governança regional fragilizada, falta de instrumentos de execução orçamentária regional que atendam as necessidades de saúde. Porém, convém lembrar que muitos já foram os avanços na implantação das redes como: ampliação do acesso com novos pontos de atenção, aumento de investimento nos serviços assistenciais (reforma, ampliação, equipamentos e custeio), utilização de tecnologias novas como telesaúde no compartilhamento do cuidado.

## 2.8 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Na **Atenção Primária**, o estado do Rio Grande do Norte adotou a **Estratégia Saúde da Família (ESF)** como prioridade, considerando a sua importância na organização da atenção primária e na conformação de novos modelos que atendam as especificidades de cada região.

Essa estratégia teve início no ano de 1994, no município de Natal, e a velocidade de sua expansão comprovou a adesão de gestores municipais aos seus





princípios, tendo em vista os 100% dos municípios com implantação da estratégia, apresentando um crescimento expressivo nos últimos anos.

Uma das principais competências do estado, no seu papel de coordenador da Política de Atenção Básica, é disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos e articular instituições/parceiros para viabilizar processos de qualificação/educação permanente das equipes de gestão, de atenção à saúde, da atenção básica e equipes de Saúde da Família, com o fim de potencializar esse papel fundamental para a qualidade da oferta de estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos à saúde da população adscrita às equipes de AB, a equipe do NEESF, a quem se integram as diversas áreas.

## 2.9 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

Embora os serviços de média complexidade, de caráter complementar e suplementar a atenção básica e necessários para o diagnóstico, tratamento e reabilitação estejam pactuados na Programação Pactuada e Integrada (PPI), não existe uma garantia de sua realização diante das dificuldades encontradas, destacando-se entre elas a rejeição dos prestadores privados de serviços em relação ao valor estabelecido pela tabela SUS, a não fixação de profissionais especializados nas regiões, sistema regulatório ineficiente na organização dos fluxos pela insuficiência de oferta, falta de uma política de transporte sanitário e da efetivação do Cartão SUS enquanto ferramenta de regulação.

No Rio Grande do Norte, os dados ainda não correspondem ao esperado, nos diversos níveis de complexidade. A atenção básica atende por volta de 50% dos problemas de saúde, a média e alta complexidade com 35% e 15% respectivamente.

## 2.10 ATENÇÃO HOSPITALAR

No Rio Grande do Norte, as grandes dificuldades na atenção hospitalar são percebidas pela existência de múltiplos fatores inter-relacionados enquanto determinantes e determinados, destacando-se os aspectos financeiros, a alocação irregular e escassos recursos para investimentos, o excesso de burocracia, a baixa







resolutividade do setor público, a fragilidade da gestão e gerência, a falta de planejamento, recursos humanos escassos e insuficiência de materiais e insumos, dentre outros.

A rede hospitalar do Rio Grande do Norte é composta por 109 estabelecimentos de média e alta complexidade que, em sua maioria não conseguem atender suas demandas de forma resolutiva, adequada e eficiente.

Destaca-se que o órgão gestor da saúde estadual ainda gerencia 24 hospitais, encontrando-se com a estrutura física e tecnológica obsoleta, preponderando estabelecimentos com menos de 50 leitos, com baixa densidade tecnológica e indefinição de perfil de atuação desses estabelecimentos.

Em 2016, o Rio Grande do Norte tinha em toda sua rede hospitalar 6.468 leitos SUS para atendimento da população de forma geral, no entanto, salienta-se que estes apresentam baixa resolutividade, observando uma melhor resposta na Região Metropolitana.

Há **305 leitos de UTI habilitados no SUS**, mas esse número vem sendo considerado um dos grandes entraves no cuidado, uma vez que, no Rio grande do Norte, existe um déficit de 237 leitos de terapia intensiva, tornando-se ainda mais grave a situação pela inexistência desse cuidado em cinco regiões de saúde. Esse estudo foi feito com base nos parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS), que estabelece com oferta adequada 2,5 a 3 leitos/1.000 hab., e que desses de 4 a 10% devem ser destinados à UTI.

## 2.11 HEMORREDE

Os serviços de **sangue e hemoderivados** estão sob a coordenação da SESAP/RN, através do Hemocentro Coordenador, localizado em Natal, que coordena todas as atividades hemoterápicas do Estado. No tocante à área de hemoterapia, as atividades principais são a captação, triagem, coleta, sorologia, fracionamento, imunohematologia, controle de qualidade dos hemocomponentes, aférese e distribuição de sangue e hemoterápicos para os hospitais e clínicas públicas e privadas. Na área de hematologia, suas atividades estão concentradas no atendimento ambulatorial (portadores de hemoglobinopatias, doenças oncológicas e







coagulopatias), transfusão de hemocomponentes e serviços complementares: odontológico, apoio psicossocial e laboratorial.

A hemorrede do estado é composta por um hemocentro coordenador, dois hemocentros regionais, duas Unidades de Coleta e Transfusão (UCT), duas Unidades de Coleta Fixa e duas unidades móveis de coleta e dez agências transfusionais implantadas em hospitais da rede pública da capital e do interior do estado.

## 2.12 SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR (SAD)

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é uma forma de atenção à saúde, oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde.

Atualmente, as equipes atuam nos hospitais estaduais – Monsenhor Walfredo Gurgel, Giselda Trigueiro e José Pedro Bezerra, localizados em Natal, e Deoclécio Marques de Lucena, situado em Parnamirim.

No quadriênio 2016-2019, novas equipes serão implantadas no Rio Grande do Norte, em Mossoró, Caicó, Currais Novos, Baraúnas, Tangará e São Paulo/São Pedro, representando 270 leitos novos de Atenção Domiciliar.

## 2.13 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Unidade Central de Agentes Terapêuticos (UNICAT) é a unidade da SESAP responsável pela execução das ações de Assistência Farmacêutica no Estado, abrangendo os Componentes Básico, Estratégico e Especializado, além da logística de abastecimento da rede hospitalar do Estado.

No Rio Grande do Norte, a Assistência Farmacêutica tem como desafios ampliar o acesso e garantir o uso racional de medicamentos, otimizar os recursos financeiros existentes, integrar essa política de saúde às demais, desenvolver programas de educação permanente para implementar o setor e tornar a gestão eficiente, uma vez que grande parte dos municípios não possuem programas de capacitação local.





## 2.14 CENTRAL DE NOTIFICAÇÃO, CAPTAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE ÓRGÃOS

Atualmente, o Rio Grande do Norte realiza transplantes de rins, córnea, e medula óssea. Os hospitais habilitados a realizar os procedimentos são: Natal Hospital Center (medula óssea), Hospital Universitário Onofre Lopes (rins e córnea), Pronto clínica de Olhos (córnea), Hospital do Coração (rins).

Em 2015, tivemos **10,6 doadores efetivos por milhão de população (pmp)**, número que está acima da média do Nordeste (9,9 pmp) e abaixo da média nacional, no mesmo período, que foi de 14,1 doadores efetivos por milhão de população.

O RN conseguiu reduzir os índices de recusa familiar, o que pode ser atribuído ao trabalho educativo que vem sendo realizado pela Central de Transplante, através das palestras realizadas em diversas instituições hospitalares.





### 3 ORÇAMENTO DA SAÚDE

Com base no relatório do Plano Plurianual PPA – janeiro a dezembro de 2017 – da SESAP/RN, a maior parte do orçamento se destinou as ações voltadas para a manutenção dos serviços da rede estadual. Nesse sentido, é oportuno destacar que a maioria dos recursos provenientes do governo federal são oriundos do bloco de financiamento de média e alta complexidade (MAC), os quais são destinados ao custeio das Unidades de Saúde e as Unidades de Referência.

Dentre os aspectos que contribuíram para a efetivação das metas está o intenso trabalho de planejamento realizado no ano de 2016, que proporcionou a revisão dos processos internos e a proposição de novos arranjos institucionais para atender às demandas.

Entre os objetivos mais relevantes estão o de reestruturar e operacionalizar a Rede de Atenção à Saúde através do fortalecimento da atenção hospitalar e especializada de acordo com as diretrizes da regionalização, definindo perfis, adequação organizacional, física e tecnológica das Unidades, ampliando o acesso e garantindo a assistência com eficiência e eficácia dos resultados.

Em relação à execução orçamentária, observou-se um maior investimento nas ações voltadas para a Atenção Especializada em detrimento das ações de Atenção Básica. Nesse aspecto, evidenciam-se as dificuldades do ente estadual em cumprir seu papel de condutor da Política de Saúde do Estado em todos os níveis de atenção, principalmente, em relação ao apoio dado aos municípios no cumprimento das contrapartidas legais relacionadas ao co-financiamento da Atenção Básica e da farmácia básica.

Na análise das metas e iniciativas, ficam evidentes as dificuldades administrativas e burocráticas nos processos de aquisições. Em relação à execução dos recursos próprios do orçamento geral da Saúde do Estado, é oportuno mencionar o fato de que aproximadamente 78% (setenta e oito por cento) dos recursos são destinados a despesas com encargos e pessoal, o que inviabiliza o incremento e o desenvolvimento de outras ações.

Ressalta-se ainda a dificuldade na execução orçamentária dos recursos federais destinados à investimentos, visto que a maioria destes, para sua liberação, exige contrapartida, exclusiva, de recursos próprios.





O Governo do Estado do Rio Grande do Norte aplicou 12,15% da receita de impostos líquida e transferências constitucionais e legais, deduzido das transferências constitucionais aos municípios em ações e serviços públicos de saúde. O mínimo constitucional para aplicação pelos Estados em saúde é de 12%. O Rio Grande do Norte aplicou 0,15% acima do mínimo em ações e serviços públicos de saúde no exercício de 2017.





#### 4 A TRAJETÓRIA DE ELABORAÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO RN

A Educação Permanente (EP) é um conceito pedagógico reelaborado pelo setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre a docência e a atenção à saúde. No governo Lula, foi ampliado para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde<sup>2</sup> (BRASIL, 2007).

O processo educativo da EP coloca tanto o cotidiano do trabalho como o da formação em saúde em análise, possibilitando a construção de espaços coletivos para reflexão e avaliação dos sentidos dos atos produzidos no dia a dia.

Opina Ceccim (2004) que, ao mesmo tempo em que a Educação Permanente disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, envolvendo seus agentes, às práticas organizacionais, implicando a instituição e/ou o setor da saúde, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

A interação entre os segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde deveria permitir dignificar as características locais, valorizar as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, estabelecer a aprendizagem significativa e a efetiva e criativa capacidade de crítica, bem como produzir sentidos, autoanálise e autogestão (CECCIM, 2004).

Assim, pode-se destacar que a formação em saúde sob a perspectiva da integração ensino-serviços de saúde mobiliza mecanismos que propiciam aos trabalhadores em formação uma aproximação entre a teoria e a prática, através de

---

<sup>2</sup> A nova forma de produzir saúde a partir das transformações das condições de vida de um ser ou das transformações de uma instituição nos remete ao conceito de organização qualificante, que considera a imprevisibilidade como origem e ocasião da aprendizagem, onde os trabalhadores aprenderiam não mais os procedimentos de trabalho, mas uma adaptabilidade às situações mutantes. Para Ramos (2010), estas características, aproximariam a EPS muito mais a um modelo de gestão típico das organizações qualificantes do que de formação. Entretanto, a base da proposta da EPS, vista como integração serviços-gestão-controle social, nos levaria a vê-la como um sistema que se sustenta sobre essas quatro dimensões – o quadrilátero da formação em saúde. Por isso, não se pode ver a EPS unicamente como uma política de gestão, ainda que dela seja indissociável. (RAMOS, 2010)





uma aprendizagem significativa, com anseio de alcançar os princípios que norteiam o SUS.

Ao analisar as concepções sobre trabalho, educação e formação para profissionais da área da saúde, vê-se a importância da formação desse trabalhador com perfil capaz de desenvolver capacidades de trabalhar em equipe, de saber comunicar-se e agir diante das diferentes situações e, principalmente, de aprender a aprender.

A educação permanente como estratégia de qualificação dos serviços de saúde tem em sua essência a perspectiva de uma ação pedagógica crítica e reflexiva e carrega em sua base teórica estratégias que se utilizam da aprendizagem significativa, com vistas a alcançar a transformação das práticas profissionais.

Portanto, a Educação Permanente em Saúde pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, e que ocorre em ocasiões desencadeadas pelos problemas enfrentados na realidade, considerando os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm, bem como as necessidades de saúde das populações.

Assim, pensar em um planejamento plurianual pautado em problemas refletidos numa realidade dinâmica implica pensar não somente ações para problemas críticos, mas também, temáticas da área da saúde que estão em constante evolução. Destarte, conforme poderá ser observado em seguida, estão pensadas ações com maior ou menor abrangência, possibilitando ressignificar as atividades de Educação Permanente em Saúde no estado.

No estado, foram realizadas duas Oficinas, uma em Nata/RN, em 09 de agosto de 2018, e a outra em Mossoró/RN, em 16 de agosto do mesmo ano, com as áreas técnicas da SESAP, a fim de preparar os membros envolvidos nos processos de EP nas regiões de saúde para participarem do III Seminário de Educação Permanente em Saúde do RN.

O III Seminário Estadual de Educação Permanente em Saúde do Rio Grande do Norte ocorreu em Natal/RN, nos dias 24 e 25 de setembro de 2018, e teve como objetivo discutir e apontar a necessidade de formação em saúde no estado, a partir da análise situacional de saúde e do perfil do trabalhador do SUS existente nos territórios para subsidiar a elaboração do PEEPS 2019-2022.





O evento ocorreu utilizando-se da metodologia da problematização por meio da divisão em grupo por regiões, respeitando as discussões pertinentes a cada uma das regiões de saúde. Participaram os secretários municipais de saúde, membros representantes da CIES que compõem o quadrilátero, membros representantes da ETSUS/RN, grupos de trabalho regionais (atenção básica, vigilância, planejamento). A proposta de trabalho foi apresentada para ocorrer em dois momentos, sendo o primeiro, a apresentação da realidade de saúde e levantamento das necessidades de qualificação profissional em cada região. E, um segundo momento, que seria o planejamento da programação dessas ações levantadas.

No primeiro momento, de apresentação da situação de saúde, discutiu-se que existem grandes desafios a serem enfrentados, no que se refere à continuidade do processo de qualificação dos profissionais, dos gestores e dos Conselheiros de Saúde. Além daqueles relacionados a gestão do trabalho em saúde, tais como a alta rotatividade dos profissionais, as mudanças nas gestões locais, a mudança na gestão estadual sem a descontinuidade do processo em curso. No momento da reflexão, apontou-se que, nos seus últimos três anos, quatro gestores estiveram a frente da secretaria de saúde do RN, contribuindo para a fragilidade do processo. Sendo necessário um enfrentamento constante visando minimizar e superar as dificuldades nos processos de trabalho. Um outro assunto discutido foram as dificuldades em relação à fragmentação das ações, a baixa articulação entre as áreas de atuação, as dificuldades na promoção da integralidade do cuidado, do planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações.

Após consolidação das necessidades de formação, a partir das ações pactuadas (planilha abaixo), foi criado um grupo de trabalho (GT) constituído por membros da CIES, membros da SESAP/SUCA/RN e membros da ETSUS/CEFOPE/RN para elaboração desse PEEPS-2019-2022





## 5 OBJETIVOS

### 5.1 GERAL

Orientar a qualificação profissional dos trabalhadores do SUS para contribuir com a transformação das práticas de saúde, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho.

### 5.2 ESPECÍFICOS

- Incentivar a estruturação da Política de Educação Permanente em Saúde no Rio Grande do Norte.
- Apoiar a implantação e o fortalecimento das CIES nas oito Regiões de Saúde;
- Apoiar a estruturação e desenvolvimento dos planos regionais e municipais de educação permanente em saúde;
- Contribuir como documento norteador para as CIES na programação e avaliação das ações educativas propostas.







## 6 AÇÕES E TEMÁTICAS

As ações propostas nas oficinas e compartilhadas no III Seminário Estadual de Educação Permanente em Saúde foram organizadas por temáticas e finalidades.

Considerando a proposição do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Rio Grande do Norte (PEEPS/RN) para o quadriênio 2019-2022, o levantamento ora realizado será utilizado como diretrizes quadrienais e as ações e metas para 2019 serão em seguida apresentadas, enquanto que as ações dos três anos subsequentes – 2020 a 2022 serão planejadas anualmente considerando as necessidades atualizadas, até o fim do quadriênio.

Quadro 1 - Eixo: Atenção Básica

EIXO: ATENÇÃO BÁSICA		
LINHA DE AÇÃO	TEMAS PARA AÇÕES DE EP	REGIÃO DE SAÚDE
Humanização	Humanização na atenção à saúde	I, V
	Escuta qualificada e acolhimento	I, V
	Matriciamento na AB	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII
Educação em saúde	Metodologias pedagógicas ativas para condução de grupos	I
	Comunicação em saúde	I
Planejamento, avaliação e monitoramento	Mapeamento e territorialização	III, VII
	Construção e análise de salas de situação	IV, VII
	Sistemas de informações em saúde	II, III, VI, VIII
	Sistemas de informações da atenção básica (e-SUS/SIS-AB)	VI
Atenção à saúde: Ciclos de vida; Redes de atenção; Programas estratégicos.	Imunização (salas de vacinas / rede de frio)	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII
	BCG e PPD	I, III, IV, VII
	Execução dos testes rápidos (HIV/sífilis e hepatite)	III
	Atualização clínica e epidemiológica em todos os níveis de atenção das doenças endêmicas infecciosas e parasitárias tais como: tuberculose, hanseníase, IST, HIV/AIDS, hepatites virais e arboviroses (dengue, chikungunya e zika)	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII
	Manejo clínico da sífilis	II, VI, VIII
	Protocolo de tratamento de feridas (ênfase em pés diabéticos e debridamento)	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII





<b>EIXO: ATENÇÃO BÁSICA</b>		
	Curso de pós-graduação em saúde coletiva	VII
	Introdutório de atenção básica	III, VII
	Cuidado na atenção domiciliar	VII
	Práticas integrativas e complementares	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII
	Atendimento de urgências e emergências odontológicas	III
	Atendimento odontológico de crianças e adultos com deficiência	III, IV
	Prescrição medicamentosa na odontologia	VII, VIII
	Suporte básico de vida	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII
	Políticas públicas de saúde (saúde do adolescente, do homem, da mulher, do idoso, saúde mental), a importância das redes de atenção à saúde, da intersetorialidade e integralidade nos processos do cuidado	II, V, VIII
	Saúde sexual e reprodutiva (homem e mulher)	I, II, III, VIII
	Política pública de saúde de população vulnerável (negros, quilombolas, privados de liberdade, homossexual e transexual moradores de rua, indígenas e outros)	II, VI, VIII
	Triagem neonatal (coleta do teste do pezinho)	I, III, IV, V, VII
	Cuidado em rede dos usuários com doenças em condições crônicas	I, II, IV, VI, VII, VIII
	Crack, álcool e outras drogas em todos os níveis de atenção	I, II, III, IV, VI, VII, VIII
	Atenção básica e a assistência aos pacientes com transtornos mentais	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII
Assistência farmacêutica	Farmacologia na atenção básica	II, VI, VIII
	Protocolos de uso e dispensação de medicamentos.	II, VI, VIII
	Desmedicalização (psicotrópicos)	V
Promoção à saúde	Promoção da alimentação saudável na AB	II, VI, VIII
	Academia da saúde	II, VI, VIII
	Agentes comunitários e o fortalecimento profissional da categoria	I, III, IV, V
	Controle do tabagismo	II, VI, VIII
Processo de trabalho	ACS e ACE	I, III, IV
	Processo de trabalho e redes de atenção à saúde	VII





Quadro 2 - Eixo: atenção de média e alta complexidade

<b>EIXO: ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE</b>		
<b>LINHA DE AÇÃO</b>	<b>TEMAS PARA AÇÕES DE EP</b>	<b>REGIÃO DE SAÚDE</b>
Atenção Especializada	Cuidados paliativos	I, VII
	Exames de imagem	II, VI, VIII
Hemoterapia	Ato transfusional	I, II, III, IV V, VI, VII, VIII
	Comitê transfusional	I, II, III, IV V, VI, VII, VIII
	Transporte e armazenamento de hemocomponentes	I, II, III, IV V, VI, VII, VIII
	Administração de fatores de coagulação e medicamentos	I, II, III, IV V, VI, VII, VIII
Rede Cegonha	Parto humanizado e o estímulo ao parto normal	VI
	Triagem neonatal (pezinho, orelhinha, linguinha, coraçãozinho, olhinho)	I, III, IV, V, VII
	Construção de protocolos de regulação e estabelecimento de fluxos da rede cegonha	I, III, IV, V, VII
Regulação	SISREG	V
Urgência e Emergência	Acolhimento e classificação de risco nos níveis de complexidade do sus (atenção primária, média e alta complexidade).	II, III, IV VI, VII, VIII
	Urgência e emergência em todos os níveis de atenção	II, IV, VIII
Saúde Bucal	Odontologia hospitalar	III, VIII
Rede Psicossocial	Atenção hospitalar para prestar assistência em pacientes com transtornos mentais	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII
	Protocolos de atendimento a pacientes com transtornos mentais em situação de urgência e emergência (crise), considerar a população de saúde prisional e socioeducativo.	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII

Quadro 3 - Eixo: promoção e vigilância em saúde

<b>EIXO: PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE</b>		
<b>LINHA DE AÇÃO</b>	<b>TEMAS PARA AÇÕES DE EP</b>	<b>REGIÃO DE SAÚDE</b>
Vigilâncias de saúde	Vigilância sanitária	I, III
	Vigilância e assistência para ações de prevenção e promoção à saúde	II, VI
	Monitoramento, avaliação alimentação de sistemas considerando as metas do PQA-VS/Pacto pela Saúde	I, III, IV, V, VII
	Programa das ações de vigilância em saúde	VIII
	Atuação nas zoonoses (leishmaniose)	I, II, VI, VIII
Notificação e	Doenças de notificação compulsória	II, VI





<b>EIXO: PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE</b>		
Investigação	Vigilância e prevenção de acidentes e violência.	I
	Boletins epidemiológicos	VII
	Importância dos registros em saúde para construção das informações em saúde.	I, III, IV, V, VII
	Notificação e investigação de doenças, agravos e eventos de notificação compulsória.	I, II, III, VI, VI, VII, VIII
	Qualificar equipes de investigação de óbitos	III, V
Saúde do Trabalhador	Política de saúde do trabalhador	I, III, IV, V,
	Segurança no trabalho e saúde do trabalhador	II, VI, VIII
	Biossegurança para profissionais que atuam nos serviços de saúde	IV, V

Quadro 4 - Eixo: participação e controle social

<b>EIXO: PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL</b>		
LINHA DE AÇÃO	TEMAS PARA AÇÕES DE EP	REGIÃO DE SAÚDE
Participação popular	Participação popular e controle social	I, II, V, VIII
Ouvidoria	Componente municipal do sistema nacional de ouvidoria do SUS	I, II, III, VI, VI, VII, VIII

Quadro 5 - Eixo: gestão

<b>EIXO: GESTÃO</b>		
LINHA DE AÇÃO	TEMAS PARA AÇÕES DE EP	REGIÃO DE SAÚDE
Instrumento de Gestão	Instrumentos de gestão (elaboração, execução, monitoramento e avaliação)	II, III, V, IV, VIII
	Gestão financeira e orçamentária para gestores e técnicos.	II, V, IV, VIII
Administração pública e RH	Programas e ações da atenção básica para gestores	VI
	Confecção integrada e participativa dos instrumentos administrativos que incluem organogramas e fluxogramas	V
	Plano de Cargos, Carreira e Salários	V
	Gestão do trabalho e da educação na saúde	I, V
	Auditoria	I, V
	Avaliação e monitoramento em saúde	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII
CIR	Capacitação e fortalecimento das CIRs	VI, VIII
	Pactuação das câmaras de compensação/regulação	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII





## 6.1 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES E ATIVIDADES A SEREM REALIZADAS

Sabendo-se da importância de, após a elucidação da necessidade de formação, realizar o planejamento da efetivação das ações de EP, a plenária presente pactuou novos encontros, tendo em vista, a não realização do segundo momento do Seminário, a programação das ações.

O planejamento deverá levar em consideração a definição dos objetivos e metas definidas, segundo as linhas de ações propostas na planilha acima.

Assim, a CIES estadual, organizará uma oficina de planejamento no primeiro semestre de 2019 para selecionar as prioridades com relação aos temas já identificados nas oficinas.

A partir da análise das informações obtidas e demonstrados nos quadros, expostos em sequência, as ações educativas prioritárias para enfrentamento nas áreas de Educação Permanente e Educação Profissional deverão estar voltadas para a qualificação das seguintes áreas do SUS/RN:

- Atenção Básica;
- Atenção de Média e Alta Complexidade;
- Promoção e Vigilância da saúde
- Gestão do SUS;
- Controle Social.

## 6.2 ABORDAGEM METODOLÓGICA DAS AÇÕES DE EP

O setor saúde, dada sua dinamicidade e complexidade, imprime adequações constantes da estrutura de atenção a novas demandas sociais, demográficas, políticas, culturais, epidemiológicas e tecnológicas, sem perder de vista a defesa de um sistema de saúde democrático, gratuito e sustentável. Nessa perspectiva, as inovações em saúde são indispensáveis e evidenciam a importância de aprender como são estabelecidos os processos relacionados às mudanças operadas no setor (COSTA, 2016).

Para Ramos (2010), a produção de novos pactos e novos acordos coletivos de trabalho no SUS seria o eixo da EPS. Tendo como foco os processos de trabalho (atenção, gestão, controle social) e seu “alvo” as respectivas equipes; seu *locus* de





operação, os coletivos. Nesse sentido, a atualização técnico-científica seria apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. Assim, na proposta da educação permanente, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção deveria ser construída na prática concreta das equipes. As demandas de capacitação seriam definidas e priorizadas a partir dos problemas que ocorrem no dia a dia do trabalho referentes à atenção, à saúde e à organização do trabalho.

Ainda segundo Ramos (2010), em termos pedagógicos, a concepção da Educação Permanente difundida pelo MS parte do pressuposto da aprendizagem significativa e propõe que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. A EP seria, então, a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporariam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

É de fundamental importância oferecer uma educação permanente voltada à necessidade local, ou seja, com base na realidade sanitária, numa abordagem interdisciplinar e efetiva articulação entre a teoria e a prática. É na possibilidade do cotidiano dos serviços que o trabalhador encontra espaço de exercitar sua teoria, através de uma prática reflexiva. Uma prática com vistas a planejar e desenvolver atividades articuladas e coerentes às características locais (MEDEIROS, 2016).

Assim, a partir da estratégia de EP, almeja-se alcançar uma formação profissional capaz de desenvolver uma análise crítica, criativa e reflexiva sobre suas práticas, tomando o trabalho como princípio educativo. Traduz-se, aqui, numa íntima relação entre trabalho e práxis, categorias que se completam na dinâmica social.





## **7 RECURSOS FINANCEIROS PARA OPERACIONALIZAÇÃO**

Considerando o estágio incipiente da organização da Política de Educação Permanente no Estado do RN, quando ainda é difícil articular os recursos estaduais e municipais em uma só proposta, este Plano se refere à execução de atividades educativas relativas aos recursos financeiros encaminhados pelo Ministério da Saúde para a SESAP e/ou SMS, através do Bloco de Financiamento do Pacto de Gestão e da Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017.





## 8 MECANISMOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

Este Plano necessita ser atualizado anualmente, no sentido de adequá-lo às mudanças dos serviços, seja no que diz respeito às ações ou aos profissionais. Caberá, ainda, à CIES acompanhar mais proximamente sua execução para manter a CIB e/ou as CIRs informados e atualizados quanto à sua execução.

Serão estabelecidos mecanismos de monitoramento e avaliação da execução do plano de EPS com indicadores de processos e resultados que possam refletir no impacto das atividades, não somente privilegiando a quantificação das atividades realizadas e/ou a cobertura alcançada em termos do número de profissionais e trabalhadores que participaram das atividades de educação permanente, mas também, quanto ao aprimoramento do desempenho dos profissionais e na melhoria de acesso, da qualidade e da humanização da prestação de serviços à população.







## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vários esforços têm sido realizados para aproximar a dimensão ensino e a dimensão serviço, fortalecendo as estratégias para a construção do SUS. Isto porque esses espaços são locais de construção do conhecimento para os profissionais de saúde, ou seja, são espaços de aprendizagem, de ação-reflexão-ação.

Os serviços de saúde são reconhecidos como espaços de trocas de conhecimento por meio de experiências em que uns aprendem com outros, favorecendo a construção, desconstrução e reconstrução de saberes e de práticas, portanto, com potencialidade para o processo de formação a partir da Educação Permanente.

Entretanto, os trabalhadores da saúde precisam estar envolvidos em seu processo de trabalho e são essas relações que caracterizarão ou não as transformações das suas práticas. Os mesmos devem estar focados num processo de mudança, caso contrário, exercitarão suas atividades corriqueiramente, levando-os à realização de um trabalho não reflexivo e acrítico. Por fim, dificulta-se também o processo de construção do conhecimento necessário para o indivíduo exercer autonomia de tomada de decisões durante os imprevistos que surgem no interior de seus afazeres.

Os serviços têm interesse em qualificar seus trabalhadores e a formação através da EP é vista como uma estratégia de melhoria dos serviços prestados à população. Corroborando, assim, com a legislação do SUS que preconiza e se responsabiliza pela formação dos seus trabalhadores da saúde.

Destarte, o PEEPS pode-se tornar uma excelente oportunidade para a reflexão sobre estratégias de reorientação das práticas de saúde no SUS/RN, tendo em vista o fortalecimento das ações de promoção e vigilância da saúde, a reorganização da assistência com base na integração e na humanização das práticas dos distintos profissionais que compõem a equipe de saúde, além da melhoria da qualidade da gestão do sistema em todos os níveis.

As propostas elencadas no PEEPS, com vigência 2019-2022, foram discutidas pelo coletivo de representantes envolvidos no processo e subsidiarão as ações de





qualificação profissional dos trabalhadores do SUS no RN. Sendo necessário, anualmente, o alinhamento das prioridades de execução durante o quadriênio.

O Plano reafirma ainda a relevância de se continuar enfrentando o desafio constante da qualificação e atualização dos profissionais, gestores e controle social, visando minimizar e superar as dificuldades nos processos de trabalho e, conseqüentemente, melhorar a efetividade do cuidado integral à saúde da população norte-rio-grandense.

Portanto, além de seu caráter técnico, este plano reflete numa proposta ético-política que se sustenta na defesa do SUS, a qual visa atender as reais necessidades regionais, considerando tanto a população quanto os profissionais de saúde, no que tange à educação permanente bem como aos esforços estaduais de qualificação e formação da rede de cuidado no SUS.





## REFERÊNCIAS

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. **Arboviroses Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus zika ano 2018**. Natal: Secretaria de Estado da Saúde Pública, 2018. (Semana Epidemiológica, nº 44).

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

\_\_\_\_\_. **Deliberação nº 218**, 03 de agosto de 2017, da CIB/RN e sofreu alteração na sua constituição pela Deliberação nº 869/13 – CIB/RN. Disponível em: <[http://www.in.gov.br/materia//asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19222570/do1-2017-08-08-deliberacao-n-218-de-3-de-agosto-de-2017-19222497](http://www.in.gov.br/materia//asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19222570/do1-2017-08-08-deliberacao-n-218-de-3-de-agosto-de-2017-19222497)>. Acesso em: 17 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Deliberação nº 2.813/2008 e nº 2.953/2009** sofreram ajustes técnicos a fim de se adequarem a realidade a partir do Plano de Educação Permanente e Profissional de 2010. Disponível em: <<https://contas.tcu.gov.br/etcu/ObterDocumentoSisdoc?seAbrirDocNoBrowser=true&codArqCatalogado=5955303>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 3.194, 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. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194\\_30\\_11\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194_30_11_2017.html)>. Acesso em: 10 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 10 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.600 GM/MS, de 07 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). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)>. Acesso em: 11 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 3.088 GM/MS, 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). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 11 dez. 2018.





\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.459 GM/MS, de 24 de junho de 2011.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 11 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 793 GM/MS, de 24 de abril de 2012.** Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)>. Acesso em: 11 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 835 GM/MS, de 25 de abril de 2012.** Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835\\_25\\_04\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html)>. Acesso em: 09 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 483 GM/MS, de 01 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. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483\\_01\\_04\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html)>. Acesso em: 09 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1600 GM/MS, de 07 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). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)>. Acesso em: 09 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004.** Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 46p.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº. 1996, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 3.189, de 18 de dezembro de 2009.** Dispõe sobre as diretrizes para as diretrizes para a implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 dez. 2009.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Educação Profissional e PROFAPS.** 2009.

\_\_\_\_\_. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil.** Brasília: MS, 2011.





\_\_\_\_\_. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. **Programa de formação de profissionais de nível médio para a saúde – PROFAPS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/19/2.g%20PROFAPS.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2018.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacitação pedagógica na saúde. **Revista Mineira de Saúde Pública**, v. 3, n. 5, p. 4-15, jul./dez., 2004.

CONSELHO Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 56.053, de 09 de junho de 2004.** Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces09\\_04.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces09_04.pdf)>. Acesso em: 17 dez. 2018.

COSTA, Patrícia Pol. **Dos projetos à política pública:** reconstruindo a história da educação permanente em saúde. 2006. 135f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro 2006.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS – DATASUS. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 17 dez. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico 2010.** Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rn&tema=censodemog2010\\_sni](http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rn&tema=censodemog2010_sni)>. Acesso em: 20 set. 2018.

\_\_\_\_\_. **Censo Demográfico 2010.** Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 05 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua – PNAD.** Contínua 2017. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html?=&t=downloads>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

MEDEIROS, F. A. B. **Integração ensino-serviço na formação de técnicos em análises clínicas realizada pela Escola Técnica do SUS/RN:** um estudo sobre o estágio curricular a partir da visão dos sujeitos institucionais envolvidos. 2016. 144f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

OBSERVATÓRIO de Estudos, Pesquisas e Extensão. **Formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil:** Relatório do Rio Grande do Norte. Natal: Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte; Centro de Formação de Pessoal para os serviços de Saúde “Dr. Manoel Da Costa Souza”, 2018. 101p





RAMOS, Marise. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil**: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde. Rio de Janeiro: ESPJV - UFRJ, 2010.

REDE DE ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS [home page na internet]. **Escolas Técnicas do SUS**. Disponível em: <<http://www.retsus.fiocruz.br>>. Acesso em: 05 jan. 2015.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado da Saúde Pública. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Natal: SESAP, 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde Pública. Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manoel da Costa – CEFOPE. **Projeto Político Pedagógico**. Natal: CEFOPE, 2011.

\_\_\_\_\_. **Projeto Governança Inovadora. Relatório Analítico** - Monitoramento Contrato de Gestão Escritório Setorial SESAP. Natal: SESAP, 2018.







APÊNDICE



Comissão Intergestores Bipartite  
SESAP / COSEMS  
ANO XXVI

Ofício nº 002/19-CIB/RN

Natal, 23 de janeiro de 2019.

Ilustríssima Senhora

**Elenimar Costa Bezerra**

Coordenador de Recursos Humanos - CRH

Secretaria de Estado da Saúde Pública - SESAP/RN - 9º andar

NESTA

Senhora Coordenadora,

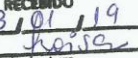
Notificamos para as providências necessárias, que o Colegiado da Comissão Intergestores Bipartite do Rio Grande de Norte - CIB/RN, em sua 74ª Reunião Extraordinária, realizada no dia 22 próximo passado, aprovou o **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde**, em consonância com a *Portaria Ministerial nº 3.194/17-GM/MS, de 28 de novembro de 2017*.

Na oportunidade, encaminhamos cópia da **Deliberação nº 1517/19-CIB/RN** que formaliza a referida aprovação.

Atenciosamente,

  
**Secretaria Executiva**  
CIB/RN

Comissão Intergestores Bipartite - CIB/RN  
Av. Deodoro, 730 - 12º andar - Cidade Alta - Tel. (84) 3232-2660  
CEP: 59025-600 - Natal/RN E-mail: cibrn@rn.gov.br

RECEBIDO  
Em 23/01/19  
  
Assinatura  
12:00





Comissão Intergestores Bipartite  
SESAP / COSEMS  
ANO XXVI

**DELIBERAÇÃO Nº 1517/19-CIB/RN**

A Comissão Intergestores Bipartite/RN no uso de suas atribuições legais, preconizadas no Regimento Interno, reunida em sua **74ª Reunião Extraordinária**, realizada aos 22 de janeiro de 2019 e considerando:

- a) o artigo 8º, inciso II, e anexo XL da Portaria de Consolidação nº 2/17-GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;
- b) a Portaria de Consolidação nº 6/17-GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde,
- c) a Portaria nº 3.194/17-GM/MS, de 28 de novembro de 2017, que dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS-SUS), que tem como objetivo geral, estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho;

**DELIBERA:**

**Artigo 1º** - Aprovar o **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde**, em conformidade com o que estabelece a Portaria Ministerial nº 3.194/17-GM/MS;

**Artigo 2º** - Publique-se e cumpra-se.

Natal, 22 de janeiro de 2019.

Débora Costa Santos  
Presidente do COSEMS/RN

Cipriano Maia de Vasconcelos  
Presidente da CIB/RN

