



**GOVERNO DO ESTADO
DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria da Saúde Pública - SESAP

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

PES 2016 a 2019



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO E CONTROLE DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

**PLANO ESTADUAL DE SAÚDE
PES 2016 - 2019**

Natal/RN - 2016

Robinson Mesquita de Faria
Governador do Estado do Rio Grande do Norte

George Antunes de Oliveira
Secretário de Estado da Saúde Pública

Hélida Maria Bezerra
Secretária Adjunta da Saúde Pública

Elaboração

Coordenadoria de Administração
Coordenadoria de Operação de Hospitais e Unidades de Referência
Coordenadoria de Orçamento e Finanças
Coordenadoria de Planejamento e Controle dos Serviços de Saúde
Coordenadoria de Promoção à Saúde
Coordenadoria de Recursos Humanos
Central de Notificação, Captação e Doação de Órgãos- CNCDO
Centro de Formação de Pessoal para os Serviços da Saúde – CEFOPE
Centro de Reabilitação Infantil - CRI
Hemocentro Dalton Barbosa Cunha - HEMONORTE
Hospitais Regionais do Rio Grande do Norte
Laboratório Central de Saúde Pública do Rio Grande do Norte- LACEN
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano
Sistema Estadual de Auditoria
Unidade de Agentes Terapêuticos – UNICAT
Conselho Estadual de Saúde
Sistema de Ouvidoria do Estado do Rio Grande do Norte
Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Norte

Equipe de Coordenação e Organização
Maria Goretti Fernandes da Cunha
Márcia Cunha da Silva Pellense
Solane Maria Costa

Diagramação e Formatação
Maria Cleonia Fernandes de Souza

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE - DIVISÃO POR REGIÕES DE SAÚDE.....	9
FIGURA 2 - LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DA HEMORREDE	51
FIGURA 3 – COMPONENTES DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – RUE	56
FIGURA 4 – PANORAMA DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - RUE	57
FIGURA 5 - COMPONENTES DA RAPS	58
FIGURA 6 – LINHA DE CUIDADO DE ONCOLOGIA.....	65
FIGURA 7 - FLUXO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE COM SOBREPESO E OBESIDADE	69
FIGURA 8 - DISTRIBUIÇÃO DAS CENTRAIS REGIONAIS DE REGULAÇÃO NO RIO GRANDE DO NORTE ..	74

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS REGIÕES DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO NORTE, SEGUNDO POPULAÇÃO E NÚMERO DE MUNICÍPIOS – 2015.....	10
TABELA 2 - PRODUÇÃO AMBULATORIAL DE PROCEDIMENTOS - QUANTIDADE APRESENTADA POR ANO DE ATENDIMENTO E NÍVEL DE COMPLEXIDADE RN - 2012-2015.....	39
TABELA 3 - PRODUÇÃO AMBULATORIAL DE PROCEDIMENTOS – QUANTIDADE APRESENTADA POR REGIÃO.....	40
TABELA 4 -NÚMERO DE HOSPITAIS POR TIPOLOGIA E GESTÃO RIO GRANDE DO NORTE, 2016.....	41
TABELA 5 - REDE HOSPITALAR ESTADUAL POR MUNICÍPIO DE LOCALIZAÇÃO – RN - 2016.....	42
TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS POR ESPECIALIDADE E CLASSIFICAÇÃO – RN, 2016.....	44
TABELA 7 - NÚMERO DE LEITOS DE UTI HABILITADOS, POR NATUREZA -RN, 2016.....	45
TABELA 8 - NÚMERO DE LEITOS DE UTI HABILITADOS, POR CLASSIFICAÇÃO –RIO GRANDE DO NORTE, 2016.....	45
TABELA 9 - NÚMERO DE LEITOS DE UCI ADULTO, SEGUNDO UNIDADE HOSPITALAR, MUNICÍPIO E QUANTOS SÃO DO SUS, RIO GRANDE DO NORTE, 2016.....	46
TABELA 10 - NÚMERO DE LEITOS DE UCI PEDIÁTRICO, SEGUNDO UNIDADE HOSPITALAR,.....	46
TABELA 11 - NÚMERO DE LEITOS DE UCI NEONATAL CANGURU, SEGUNDO UNIDADE HOSPITALAR, MUNICÍPIO E QUANTOS SÃO DO SUS, RIO GRANDE DO NORTE, 2016.....	46
TABELA 12 - NÚMERO DE LEITOS DE UCI NEONATAL CONVENCIONAL, SEGUNDO UNIDADE HOSPITALAR, MUNICÍPIO E QUANTOS SÃO DO SUS - RIO GRANDE DO NORTE, 2016.....	47
TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO DAS EQUIPES DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR A SEREM IMPLANTADOS, SEGUNDO MUNICÍPIO E NÚMERO DE LEITOS.	48
TABELA 14 - FORÇA DE TRABALHO ATIVA DA SESAP-RN, POR VINCULAÇÃO.....	77

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - TIPO DE PARTO – RN, 2010 A 2015.....	13
GRÁFICO 2 - CASOS NOTIFICADOS DE ZIKA, POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA.....	15
GRÁFICO 3 - MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS. PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO (CAPÍTULOS CID – 10_ - RN, 2008 A 2015.....	23
GRÁFICO 4 - PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS (CAP. CID-10) RIO GRANDE DO NORTE - 2010 A 2014....	25
GRÁFICO 5 - ÓBITOS POR CAUSAS EVITÁVEIS EM MENORES DE 5 ANOS	26
GRÁFICO 6 - NÚMERO DE ÓBITOS INFANTIS NOTIFICADOS, SEGUNDO GRUPO ETÁRIO E ANO.....	27
GRÁFICO 7 - Nº DE ÓBITOS MATERNOS* SEGUNDO GRUPO ETÁRIO E ANO	27
GRÁFICO 8 - EVOLUÇÃO DO PERCENTUAL DE AMOSTRAS DE ÁGUA COLETADA (EM RELAÇÃO AO VALOR DE REFERÊNCIA MUNICIPAL) PARA ANÁLISE DO PARÂMETRO COLIFORMES TOTAIS.....	30
GRÁFICO 9 - PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO PARA AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO, SEGUNDO REGIÃO DE SAÚDE - RIO GRANDE DO NORTE, 2008 – 2015.....	33
GRÁFICO 10 - COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA POR ...	38
GRÁFICO 11 - DISTRIBUIÇÃO (%) DOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, POR NÍVEL DE COMPLEXIDADE E REGIÃO DE SAÚDE - RN -2015	40
GRÁFICO 12 - NÚMERO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES, POR REGIÃO DE OCORRÊNCIA RN, 2012 A 2015.....	43
GRÁFICO 13 - INTERNAÇÕES HOSPITALARES (%) POR ESPECIALIDADE - RN, 2015	43

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - DEMONSTRATIVO DAS EQUIPES COMPONENTES DA ATENÇÃO BÁSICA –	38
QUADRO 2 - MUNICÍPIOS QUE COMPÕEM A REGIÃO METROPOLITANA AMPLIADA DE NATAL.....	56
QUADRO 3 - PANORAMA DA RAPS NO RN	59
QUADRO 4 - SERVIÇOS HABILITADOS OU COM PROPOSTAS DE CONSTRUÇÃO QUE JÁ RECEBERAM RECURSO.....	61
QUADRO 5 - PROPOSTAS DE HABILITAÇÃO EM ANDAMENTO	61
QUADRO 6 - PANORAMA GERAL DE INVESTIMENTOS DA REDE CEGONHA NO ESTADO DO RN.....	63

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	4
LISTA DE GRÁFICOS	5
LISTA DE QUADROS.....	5
I. APRESENTAÇÃO	7
II. CARACTERIZAÇÃO DO RN.....	9
SITUAÇÃO DEMOGRÁFICA	9
CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS	12
III. ANÁLISE SITUACIONAL	13
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO:.....	13
ANÁLISE E CONSIDERAÇÕES SOBRE NATALIDADE	13
ANÁLISE E CONSIDERAÇÕES SOBRE MORBIDADE	14
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	19
MORBIDADE HOSPITALAR POR GRUPOS DE CAUSAS	23
ANÁLISE E CONSIDERAÇÕES SOBRE MORTALIDADE.....	24
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	28
REDE ESTADUAL DE LABORATÓRIOS DE SAÚDE PÚBLICA	34
IV. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	37
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.....	37
SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	47
HEMORREDE	50
REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	70
V. PLANEJAMENTO E GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA.....	83
GESTÃO EM SAÚDE	83
VI. METODOLOGIA DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE.....	100
VII. EIXOS DO PLANO.....	104
VIII. METAS 2016-2019.....	114
IX. O PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	124
X. REFERÊNCIAS.....	125
ANEXO I.....	126
8ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte.....	126
ANEXO II.....	135
RESOLUÇÃO DE APROVAÇÃO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE-RN	135

I. APRESENTAÇÃO

O presente “Plano Estadual de Saúde - PES 2016-2019” - apresenta as intenções e resultados a serem buscados pela Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte – SESAP/RN, no período de 2016 a 2019, expressos em seus objetivos, diretrizes e metas, que se baseiam na análise situacional e têm como referência as atribuições comuns e as competências do ente estadual na gestão do SUS, definidas no arcabouço jurídico. Essas atribuições definem as responsabilidades de condução, regulação e direção do Sistema no âmbito estadual, como tarefas essenciais e intransferíveis para que o mesmo tenha funcionalidade.

Nesse escopo se inserem as responsabilidades de apoio aos municípios, avaliação de ações, financiamento, coordenação dos sistemas e redes no âmbito estadual, e articulação com os sistemas e redes correspondentes no âmbito nacional, e atuação complementar às ações ofertadas pelos municípios.

Partindo do diagnóstico da situação de saúde do Estado, foram estabelecidas metas e diretrizes para a atuação da SESAP com o objetivo de ampliar o acesso da população a serviços de saúde de qualidade, intervindo pontualmente nos vazios assistenciais. Além de subsidiar os profissionais de saúde na condução do sistema público estadual, o documento pode servir de apoio às prefeituras e aos conselhos de saúde para a construção dos planos municipais como determina a Lei Complementar nº 141/2012.

O Plano tem início a partir da Análise da Situação de Saúde, abrangendo aspectos relacionados ao perfil demográfico, socioeconômico e da morbimortalidade, seguido da descrição da organização e funcionamento da Rede Estadual de Saúde e organização do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Norte. Com base nisso, são indicados seus objetivos, diretrizes, ações, metas e indicadores. Essa parte do Plano deverá servir de referencial para as Programações Anuais de Saúde.

O processo de formulação do Plano se deu de forma coletiva entre gestores estadual e municipais, usuários e profissionais de saúde. Foram realizadas oficinas para construção e validação de cada etapa, durante o ano de 2015. O Plano foi

aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde, por meio da Resolução CES/RN nº 188, em sua 232ª Reunião Ordinária realizada no dia de 06 de maio de 2016.

É oportuno ressaltar que o desenvolvimento do trabalho de planejamento estratégico e aperfeiçoamento organizacional contou com a consultoria da empresa TGI- Consultoria em Gestão, fruto da parceria realizada entre o Governo do Estado e o Banco Mundial, por meio do projeto IDF, ao longo do ano de 2015.

O documento aqui apresentado está estruturado didaticamente em eixos, diretrizes associadas, objetivos estratégicos e metas, e aborda a metodologia empregada, bem como seu monitoramento e avaliação.

O Plano Estadual de Saúde contém, como prioridades, as ações estratégicas e metas para cada área da saúde, observando, no mínimo, o programa de governo, as diretrizes de gestão, as ações estratégicas e as demais normas contidas no Plano Plurianual, bem como nos demais instrumentos de gestão no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, o Plano, junto com os demais instrumentos supracitados se torna a ferramenta eficaz de controle social, já que possibilita o acompanhamento e a avaliação objetiva da gestão estadual, servindo como subsídio para o processo de planejamento.

II. CARACTERIZAÇÃO DO RN

SITUAÇÃO DEMOGRÁFICA

O Rio Grande do Norte caracteriza-se como a 16^a unidade da federação brasileira mais populosa e a 10^a mais povoada com uma população estimada, para 2015, de 3.442.175 habitantes (IBGE), distribuídos em 167 municípios que ocupam uma área de 52.796,791 km², resultando em uma densidade de 65 hab./km².

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 RS (Metropolitana) é a que reúne o maior contingente populacional, concentrando 38,2% da população total do estado, enquanto que a VIII RS (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.

Com uma taxa de urbanização de 77,8% da população em 2010, o Rio Grande do Norte é mais urbano que o Nordeste como um todo e menos que o Brasil, com taxas de 73,1% e 84,4%, respectivamente. Como aconteceu em todo o País, a urbanização do Rio Grande do Norte foi bastante rápida nas últimas duas décadas: em 1991, apenas 69,1% da população viviam nas cidades, percentual que saltou para 73,2%, em 2000, e para 77,8%, em 2010. É o segundo Estado mais urbanizado do Nordeste, abaixo apenas de Pernambuco, que registrou uma taxa de 80,2% da população nas cidades em 2010 (IBGE, 2010).

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. Ressalta-se ainda o registro referente à existência de 68 comunidades quilombolas no território do RN, carecendo de uma maior atenção para a caracterização destes grupamentos, bem como a população cigana, povos de religiões de matrizes africanas, pessoas em situação de rua, população do compõe ribeirinhas, visando o atendimento das suas peculiaridades de vida e promovendo uma assistência à saúde que priorize a equidade e a diversidade popular.

A distribuição da população por sexo no RN em 2010 mostra equilíbrio entre homens e mulheres. No estado, em geral, 48,89% são homens e 51,11% são mulheres. O maior diferencial entre os sexos ocorre na capital, Natal, onde 52,98% dos habitantes são do sexo feminino (IBGE, 2010).

Com base nas tendências recentes da estrutura demográfica, o IBGE estima que a população do Rio Grande do Norte chegue perto de 4 milhões de habitantes em 2030, um aumento de apenas 474 mil pessoas em 17 anos de evolução futura, decorrente de uma taxa média anual de 0,78% no período.

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.

No período 2000 a 2010 houve um primeiro movimento de elevação proporcional da população em idade ativa (de 15 a 64 anos) e da população idosa (acima de 65 anos) com redução da população infantil e juvenil (0 a 14 anos). Em termos absolutos, o movimento levou a um declínio do número de crianças e adolescentes de 35.400 indivíduos entre os anos 2000 e 2010. A faixa de 15 a 19 anos também diminuiu, sendo menor em 13.100 indivíduos em 2010. Enquanto isso, em 2010, o Rio Grande teve 415.400 mais pessoas em idade ativa (15 a 64 anos). Como resultado dessas alterações, a taxa de dependência (população não ativa como proporção do total) cai de 62% em 2000 para apenas 50% em 2010, aumentando a capacidade produtiva do Rio Grande do Norte e evidenciando o que tem sido chamado de “bônus demográfico”. (Diagnóstico e Cenários de Desenvolvimento Econômico para o Rio Grande do Norte/2015 a 2035 – (2014). Essa reestruturação deve provocar impactos significativos no volume e no perfil da demanda de bens e serviços nas próximas décadas, necessitando maior investimento em saúde para o atendimento a esse grupo, mediante a adoção de políticas de promoção da saúde e de atenção às doenças crônicas.

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.

A qualidade de vida, medida pelo o IDH, ou Índice de Desenvolvimento Humano é desigual no território do RN e tem uma distribuição diferente da concentração do PIB e da população. 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% tem o lixo coletado diretamente e 2,5% indiretamente. Quanto à energia elétrica e telefone, 99,9% e 91,8% dos domicílios permanentes, respectivamente, tem 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 6 (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.

III. ANÁLISE SITUACIONAL

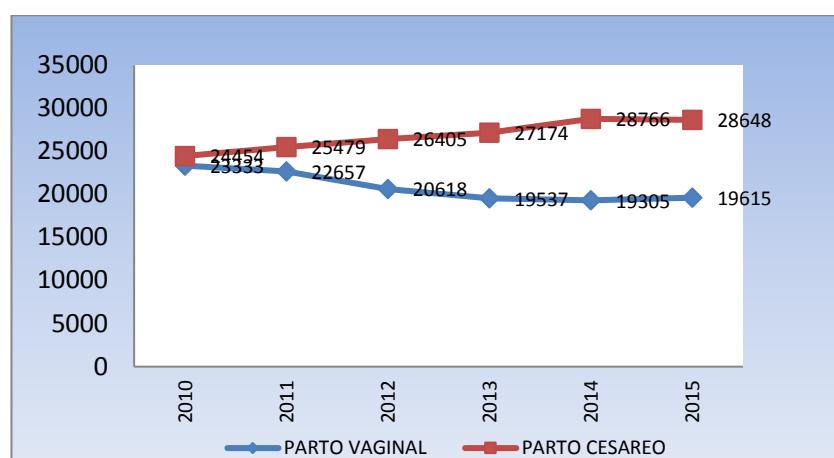
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO: ANÁLISE E CONSIDERAÇÕES SOBRE NATALIDADE

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

O percentual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal no RN, em 2014, apresenta-se com 60%, estando acima da média da Região Nordeste a qual é de 54,66%, porém abaixo da média nacional que é de 64,61%. Observa-se que apenas duas regiões do RN encontram-se acima da média nacional- a IV Região de Saúde com 75% e a VI Região com 68% (DATASUS, 2014).

O acesso ao pré-natal ainda não garante a ocorrência do parto vaginal, que vem diminuindo gradativamente no RN mesmo com o incentivo às boas práticas preconizadas pela Rede Cegonha, planejadas para todas as regiões do Estado. A Organização Mundial de Saúde recomenda uma variação para a taxa de cesariana entre 10 e 15%. Paradoxalmente, no RN, esta taxa elevou-se de 51,17% em 2010 para 59,35% em 2015.

GRÁFICO 1 - Tipo de Parto – RN, 2010 a 2015.



FONTE: SINASC

A relação entre a ocorrência de cesarianas e o baixo peso ao nascer (BPN) é evidente quando se observa que em 2010 o percentual de cesarianas foi de 51,17% e a taxa de BPN de 7,9%, e, acompanhando a mesma tendência em 2015, o percentual de cesarianas alcançou 59,35% enquanto a taxa de BPN foi de 8,5%.

ANÁLISE E CONSIDERAÇÕES SOBRE MORBIDADE

Morbidade por Doenças Transmissíveis e Imunopreveníveis

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

A dengue registrou incidências acumuladas de 100,06/100.000hab. (2012); 737,23/100.000hab. (2013); 411,56/100.000hab. (2014) e 815,39/100.000hab. (2015). Verifica-se que a letalidade é elevada - 6,54% (2012), 28,68% (2013), 16,37% (2014) e 12,5% (2015), uma vez que a Organização Mundial de Saúde considera aceitável uma taxa de letalidade de até 1% por tratar-se de um óbito evitável.

Chikungunya

A febre de Chikungunya foi notificada pela primeira vez no estado no ano de 2014, onde se registrou 47 casos no SINAN, porém, sem confirmação laboratorial. Já em 2015, foram notificados 4.744 casos, sendo confirmados laboratorialmente 14.

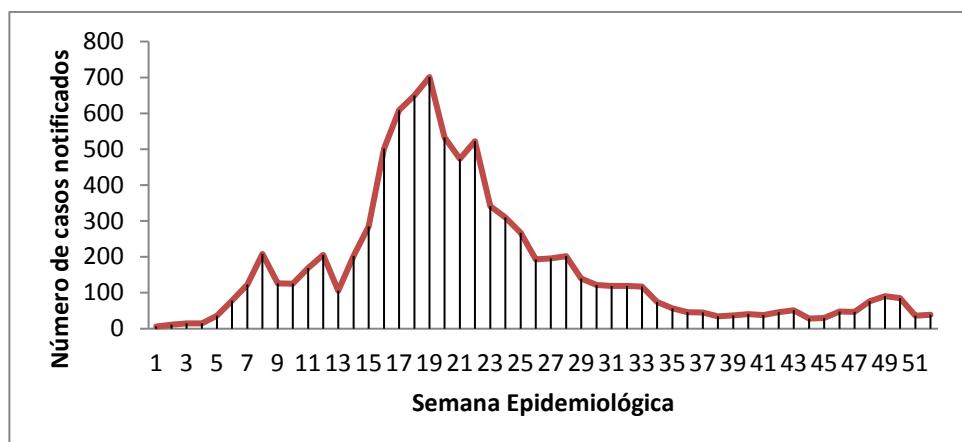
A doença está dispersa em todo o Estado, sendo que a Região da Grande Natal concentra a maioria dos casos, sendo evidenciada em indivíduos do sexo feminino, em crianças abaixo de 4 anos e em adultos acima de 50 anos.

Zika vírus

Em outubro de 2014, surgiram as primeiras notificações de casos de doença exantemática a esclarecer, no município de Guamaré, expandindo-se em seguida para os demais municípios do Rio Grande do Norte. Na busca de um diagnóstico, foram realizados exames para Dengue, Rubéola, Sarampo, Parvovírus b19 e Chikungunya. Em maio de 2015 a Fiocruz/PR identificou ZIKV, pela técnica de RT-PCR, em amostras de sangue de pacientes residentes do município de Natal, confirmando os oito primeiros casos de ZIKV no Estado. Os casos foram ratificados pelo laboratório de referência nacional, Instituto Evandro Chagas/SVS/MS, que confirmou mais 10 amostras. Em seguida, amostras de pacientes residentes nos demais municípios, coletadas e acondicionadas no LACEN, que inicialmente haviam sido testadas para dengue, com resultado negativo, foram também testadas com a técnica RT-PCR para ZIKV apresentando resultado positivo.

Em 2015, foram notificados 8.954 casos suspeitos de Zika vírus, alcançando máximo na SE nº 19. Dos casos notificados em 2015, 110 foram confirmados. Observou-se uma redução importante no número de notificações de Zika nas semanas epidemiológicas seguintes.

GRÁFICO 2 - CASOS NOTIFICADOS DE ZIKA, POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA



Fonte: Formsus/SINAN-SUVIGE/CPS/SESAP-RN

Obs.: Dados até a SE nº 52 (Term. dia 02/01/2016) sujeito a alterações.

Neste contexto foram notificados 164 casos suspeitos de microcefalia relacionados às infecções congênitas, distribuídos em 45 municípios do Rio Grande do Norte. O aumento da prevalência dos casos de microcefalia foi evidenciado especialmente a partir do mês de setembro, com pico em novembro de 2015. Do total, 37 foram confirmados, 04 foram descartados e 123 permanecem em investigação. Do total de casos notificados, 6,70% (11/164) evoluíram para óbito após o parto ou durante a gestação.

O cenário epidemiológico das arboviroses urbanas no Estado revela a ocorrência de elevado número de óbitos, caracterizando uma situação preocupante para a vigilância epidemiológica, uma vez que os óbitos notificados por Dengue, Zika e Chikungunya são, na sua maioria, evitáveis, indicador sensível da qualidade da assistência.

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%). Quando se analisa especificamente a doença meningocócica (19,2%), observa-se um percentual relevante e de grande importância para a saúde pública, devido a sua magnitude, capacidade de provocar surtos e alta letalidade principalmente na faixa etária menor de 5 anos (28,4%). Apesar da importância do diagnóstico da Doença Meningocócica (DM) ser realizado pelo critério laboratorial, verifica-se que mais de 81% dos casos de meningococcemia são encerrados pelo critério clínico.

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. Destaca-se ainda o crescimento das notificações de TB Óssea e TB Meningoencefálica, cujo aumento das notificações desta última está associado à intensificação da Vigilância dos casos de TB pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (SUVIGE, 2014).

Hanseníase

O coeficiente de detecção (8,2/100.000 hab.) da Hanseníase no RN é o menor do Nordeste, indicando uma média endemicode. 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 2^a Região de Saúde, seguida da 7^a Região de Saúde. Dos 279 casos novos diagnosticados em 2014, a maioria foi do sexo feminino com 149 casos e houve 130 casos do sexo masculino. De acordo com a classificação operacional, 113 foram classificados como paucibacilares (PB), e 166 como multibacilares (MB). A faixa etária mais acometida foi de 50-64 anos com 80 casos novos em 2014, seguida da faixa de 35-49 anos com 69 casos novos. Dos contatos registrados em 2014, foram examinados 57,25%, índice considerado regular pelo Ministério da Saúde. O Estado ainda apresentou aproximadamente 69,17% dos casos novos avaliados quanto ao grau de incapacidade, número considerado precário pelo Ministério da Saúde, e 8,8% dos portadores de Hanseníase apresenta alguma incapacidade física, indicando que o diagnóstico ainda vem sendo feito de forma tardia em boa parte dos portadores.

AIDS

Foram registrados 3.901 casos de AIDS no período de 2005 a 2014 no Estado, dentre os quais 68% são do sexo masculino, estando 60% destes casos

concentrados na Região Metropolitana. Houve uma discreta diminuição da incidência entre os homens de 22,6 casos/100.000 habitantes em 2013 para 20,8 casos/100.000 habitantes em 2014, e um aumento entre as mulheres de 8,6 casos/100.000 habitantes em 2013 para 10,3 casos/100.000 habitantes em 2014. A razão por sexo M/F correspondeu a 2:1 no ano de 2014, evidenciando a concentração da epidemia no sexo masculino, apesar do considerável aumento do número de casos ocorridos no sexo feminino nos últimos anos. A taxa de detecção de AIDS permaneceu a mesma no ano de 2013 e 2014, correspondendo a 15,5 casos/100 mil habitantes. A incidência entre os menores de 5 (cinco) anos diminuiu no ano de 2014, contrariamente ao ocorrido entre os maiores de 13 anos, onde se registrou uma incidência maior que a observada no grupo anteriormente mencionado. Entretanto, verificou-se que a maior concentração de casos ocorreu na faixa etária de 25-49 anos.

Hepatites Virais

Em relação às Hepatites Virais (A, B e C), verifica-se uma diminuição significativa na incidência da Hepatite A, ficando equivalente a 7,4 casos/100.000 habitantes no ano de 2013 e 1,6 casos/100.000 habitantes em 2014. A incidência da Hepatite B também apresentou redução, passando de 1,8 casos/100.000 habitantes em 2013 para 1,2 casos/100.000 habitantes no ano de 2014. Observa-se um aumento na incidência de Hepatite C de 1,9 casos/100.000 habitantes em 2013 para 2,4 casos/100.000 habitantes em 2014, o que pode estar relacionado ao aumento do acesso ao diagnóstico por meio da implantação dos testes rápidos para triagem da hepatite C no estado.

Sífilis

O comportamento da Sífilis Congênita no RN apresentou um aumento da taxa de incidência ao longo destes anos, sendo equivalente a 6,4 casos/1.000 nascidos vivos no ano de 2013 e a 6,7 casos/1.000 nascidos vivos em 2014. Cabe destacar que o número de casos de Sífilis Congênita é bem mais elevado que o número de casos notificados de Sífilis em Gestantes. Além disso, ressalta-se a elevada prevalência desse agravo e as graves sequelas perinatais dele decorrentes,

evidenciando a necessidade de adoção de medidas efetivas para o enfrentamento deste grande problema de saúde.

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

Observando o período 2012-2015 foram registrados, no SINAN Influenza Web, 801 casos suspeitos de Influenza A (H1N1), sendo 198 (24,7%) casos em 2012, 292 (36,5%) em 2013 e 210 (26,2%) em 2014, 101 (12,6%) em 2015, evidenciando um caráter endêmico da doença com tendência a estabilização. Quanto aos casos confirmados para Influenza A (H1N1) foram registrados 11 casos em 2012, 18 em 2013, 2 em 2014 e nenhum caso em 2015, mostrando variação dentro do período avaliado.

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem o problema de saúde de maior magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes e atingindo intensamente a população de baixo poder aquisitivo, baixa escolaridade e grupos vulneráveis. Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT, no Brasil, foi de 540

óbitos por 100 mil habitantes (SCHMIDT, 2011). Apesar de elevada, observou-se redução de 20% nessa taxa na última década, principalmente em relação às doenças do aparelho circulatório e respiratórias crônicas. Entretanto, as taxas de mortalidade por diabetes e câncer aumentaram nesse mesmo período. A redução das DCNT se deve, em parte, à expansão da Atenção Básica, melhoria da assistência e redução do tabagismo e alcoolismo nas últimas duas décadas, que passou de 34,8% (1989) para 15,1% (2010). No Rio Grande do Norte a prevalência de fumantes maiores de 18 anos foi reduzida de 13,5% para 7,6% no período de 2006 a 2014.

No Brasil, fatores de risco como baixos níveis de atividade física no lazer da população adulta, baixo consumo de frutas e hortaliças, elevado consumo de alimentos com alto teor de gordura e exagerado consumo de refrigerantes, vem contribuindo para o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade (BRASIL, 2011).

A Organização Mundial de Saúde recomenda a prática de 30 minutos de atividade física, em cinco ou mais dias por semana. Por esse motivo, a Secretaria Estadual de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde e o Ministério da Saúde têm priorizado ações educativas para promoção da saúde e da atividade física em 52,0% dos municípios do Estado, totalizando 87 municípios, distribuídos nas 8 Regiões de Saúde.

A Academia da Saúde compõe a rede de atenção à saúde, como componente da Atenção Básica, fazendo parte das linhas de cuidado. Destaca-se a sua maior resolubilidade ao comprometer-se com a articulação intersetorial, buscando a integralidade no cuidado dos usuários do SUS. O Rio Grande do Norte conta com 115 pólos de academia aprovados em 86 municípios, nas 8 Regiões de Saúde. Destes 32 já estão em funcionamento.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que o consumo nocivo de bebidas alcoólicas está associado a uma carga de doenças em todo o mundo, com destaque especial aos países de média e baixa renda – fato que tem incentivado a implantação de estratégias para reduzir o consumo. Na avaliação dos dados do VIGITEL (2006 a 2014), a frequência de adultos maiores de 18 anos que relataram consumo abusivo de bebidas alcoólicas variou de 17,90% em 2006 para

16,00% em 2014. A análise por sexo mostrou que esse percentual foi maior entre os homens 24,90%, do que nas mulheres 8,40%.

As Doenças do aparelho circulatório constituem a principal causa de morbimortalidade no Brasil e no mundo, destacando-se os acidentes vasculares encefálicos, as doenças coronarianas e a hipertensão arterial sistêmica. A hipertensão é importante fator de risco, sendo a causa mais frequente das demais doenças do aparelho circulatório e o seu custo social é extremamente elevado. Além disso, a hipertensão está, ainda, associada às demais doenças e condições crônicas, tais como doença renal crônica, diabetes, entre outras. Essas evidências lhe conferem magnitude, em razão do agravamento das condições de saúde do indivíduo, concorrendo para a perda da qualidade de vida, para a letalidade precoce, para os altos custos sociais e do sistema de saúde. O manejo adequado da hipertensão arterial, de caráter prioritário, requer ações articuladas em três eixos - vigilância da hipertensão, das comorbidades e de seus determinantes; a integralidade do cuidado; e a promoção da saúde.

O investimento em educação e a mobilização social potencializam e qualificam o autocuidado e a construção de hábitos saudáveis. A hipertensão, além de ser uma doença tratável, é um marco importante, passível de ser medido clinicamente, no caminho causal que leva à doença cardiovascular sintomática. No Rio Grande do Norte, a frequência de adultos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial em 2014, representou 25,70% da população adulta maior de 18 anos. Na avaliação por gênero 21,60% da população masculina e 29,10% da população feminina (VIGITEL, MS). A análise da internação por hipertensão arterial (HA) avalia indiretamente a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle da doença hipertensiva, subsidia o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a atenção à saúde do adulto. No Rio Grande do Norte, no período de 2008 a 2015, observa-se um crescimento gradual nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio e uma redução nas internações por Acidente Vascular Cerebral. Esse fato se deve à dificuldade de acesso dos portadores aos serviços básicos de saúde e à qualidade da assistência prestada em todos os níveis de atendimento.

O controle da glicemia, da pressão arterial e os cuidados com os pés são intervenções plausíveis e custo-efetivas para as pessoas com diabetes. De acordo

com a OMS, ao menos três intervenções para a prevenção e gestão do diabetes demonstram reduzir custos e melhoram a saúde. A análise das internações por diabetes mellitus (DM) avalia indiretamente a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle do diabetes, subsidia o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a atenção à saúde do adulto. No Rio Grande do Norte, no período de 2008 a 2015, observa-se um crescimento gradual nas internações por Diabetes mellitus. Esse fato se deve à dificuldade de acesso dos portadores aos serviços básicos de saúde e à qualidade da assistência prestada em todos os níveis de atendimento.

Na área oncológica, existem intervenções custo-efetivas em todas as abordagens de prevenção e controle - prevenção primária, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos. O diagnóstico precoce, estimulado por políticas de alerta para os primeiros sinais e sintomas, pode resultar em melhora da sobrevida, para os cânceres de mama, do colo do útero, de pele, de cavidade oral, colorretal, entre outros, especialmente em regiões onde a detecção do câncer costuma ser tardia.

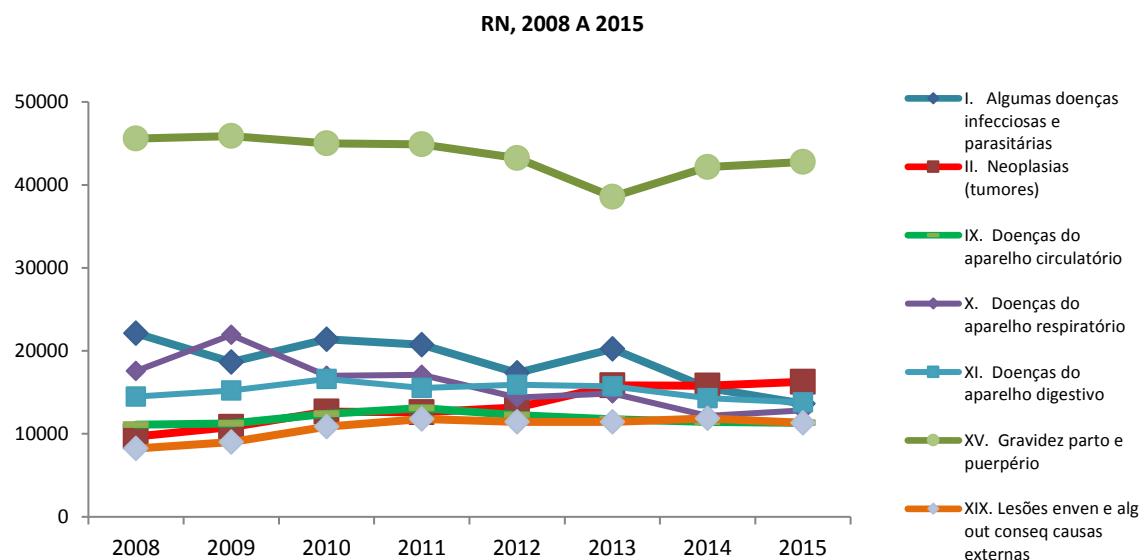
Neste sentido, destaca-se a política de rastreamento do câncer de colo do útero com base no exame de Papanicolau, do rastreamento do câncer de mama, baseada em exame clínico anual após os 40 anos de idade e em mamografia, a cada dois anos, entre os 50 e 69 anos de idade. No entanto, ainda são grandes as desigualdades de acesso nas diversas regiões do Estado. A Programação Pactuada Integrada (PPI/RN) garante a realização de 197 mil exames citopatológicos/quadrimestre e 98 mil mamografias/ano. No entanto, o estado alcançou em 2015 uma cobertura de 25% das citologias e 52% das mamografias pactuadas.

No Rio Grande do Norte, no período de 2008 a 2015, observa-se um crescimento gradual nas internações por neoplasia maligna da mama e uma redução nas internações por neoplasia maligna do colo do útero. Infere-se que esse fato se deve à dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde e à qualidade da assistência prestada em todos os níveis de atendimento.

MORBIDADE HOSPITALAR POR GRUPOS DE CAUSAS

No ano de 2015 ocorreram no estado cerca de 150.000 internações hospitalares, sendo que destas, 30% estão relacionadas à atenção ao parto e recém-nascido (SIH/SUS), ou seja, 25.000 partos, 4.000 abortos, além de 3.400 afecções originadas no período perinatal. As neoplasias representam no mesmo ano, 10% das internações hospitalares. Em seguida, aparecem as doenças do aparelho digestivo, as infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório, causas externas e do aparelho circulatório. Essas causas concentram em torno de 80% das internações hospitalares. A evolução da morbidade hospitalar (Capítulo – CID10) no período 2008-2015 está representada no gráfico 5, abaixo:

GRÁFICO 3 - MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS. PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO (CAPÍTULOS CID – 10)



Fonte: MS/DATASUS-SIH/SUS

A análise das informações evidencia que o capítulo XV da CID-10 (Gravidez, Parto e Puerpério) é a principal causa de internação em todo o período e apresenta 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.

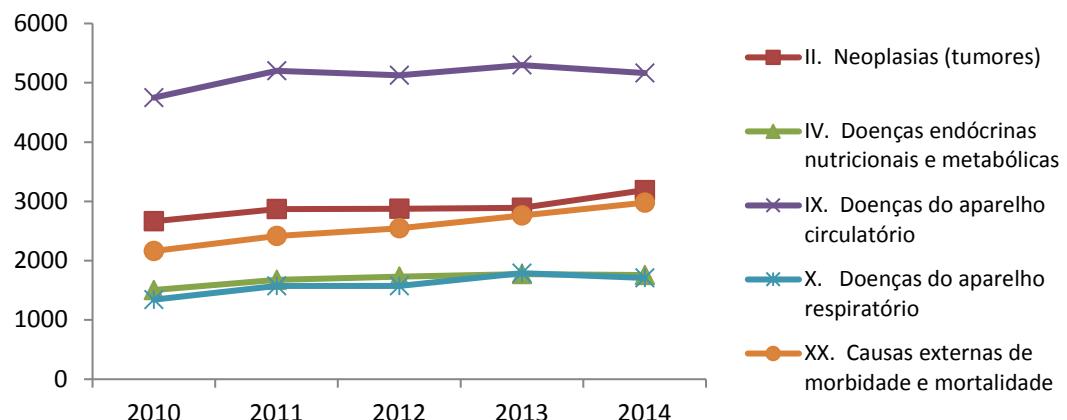
Dentre os grupos de causas de morbidade hospitalar destacam-se as neoplasias malignas e benignas (Capítulo II), a influenza (gripe) e pneumonia (Capítulo X), as infecciosas intestinais (Capítulo I), complicações do trabalho de parto e do parto e aborto (Capítulo XV), transtornos da vesícula biliar, vias biliares e pâncreas, além das hérnias (Capítulo XI).

Cabe destacar que o Capítulo XIX (Lesões Envenenamentos e Algumas Outras Consequências de Causas Externas), ocupa o sexto lugar como causa de internação e apresenta tendência ascendente no período. Refere-se ao registro das circunstâncias das causas externas, sendo comum o registro da lesão (traumatismo intracraniano, fraturas), sem informações sobre as circunstâncias determinantes (homicídio, suicídio ou acidente). Essas informações, de grande valor epidemiológico, somente são recuperadas a partir do Boletim de Ocorrência policial ou por meio dos familiares. É fundamental que o Sistema de Informação trabalhe integrado com outros sistemas, como do Instituto de Medicina Legal e Secretaria de Defesa Social, na perspectiva de se ter disponível uma base de dados unificada, capaz de subsidiar gestores no planejamento de políticas públicas no campo da saúde e prevenção a acidentes e violências.

ANÁLISE E CONSIDERAÇÕES SOBRE MORTALIDADE

A análise da Mortalidade por Causas (Capítulo CID-10) no período 2010 a 2014 no estado do 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%).

GRÁFICO 4 - PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS (CAP. CID-10) RIO GRANDE DO NORTE - 2010 A 2014.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

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. As neoplasias malignas mais freqüentes são as de traquéia, brônquios e pulmões, seguidas da próstata e do estômago. Alguns desses agravos exibem uma tendência claramente ascendente, como é o caso das Doenças isquêmicas do coração (1.696 óbitos em 2010 e 2.046 em 2014) e das Agressões (810 e 1.602, em 2010 e 2014, respectivamente).

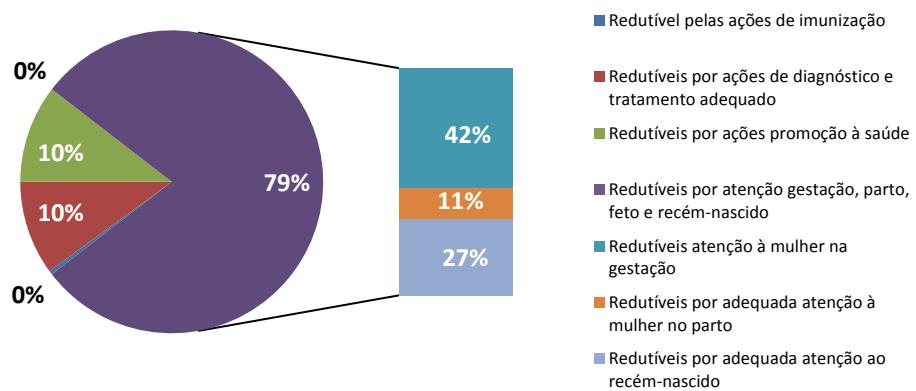
O conceito de morte evitável é fundamental para o monitoramento e avaliação dos serviços de saúde, uma vez que a mensuração de indicadores de causas de morte evitáveis permite análises de tendências temporais e comparações entre regiões e municípios. As análises de tendências de indicadores sensíveis à atuação dos serviços de saúde podem fornecer indicativos sobre o desempenho do sistema de saúde possibilitando a prevenção de mortes desnecessárias e precoces, além de medir o resultado ou impacto dos serviços de saúde.

A análise dos Óbitos por causas evitáveis na população de 5 a 74 anos, em 2014, no Estado aponta para uma proporção de aproximadamente 77%, sendo que destes, 57% são devidos a causas redutíveis por ações de promoção, prevenção, controle e atenção às **doenças não transmissíveis**, 34% causas redutíveis por ações de promoção, prevenção e atenção às **causas externas** e 8% por causas redutíveis por ações de promoção, prevenção, controle e atenção às **doenças**

infecciosas. Dentre as doenças não transmissíveis destacam-se as neoplasias malignas, as doenças isquêmicas do coração, o diabetes mellitus e as doenças cerebrovasculares; nas Causas Externas predominam as agressões, os acidentes de transporte e os suicídios; e nas Doenças Infecciosas prevalecem as pneumonias/influenza, as doenças causadas pelo HIV e as diversas formas de tuberculose.

Com relação aos óbitos por causas evitáveis na população de 0 a 4 anos de idade, no mesmo ano, aproximadamente 80% são devidos a Causas Redutíveis por **atenção à gestação, parto, feto e recém-nascido**. Dessas, 42% são Causas Redutíveis por **atenção à mulher na gestação**, 27% são Reduzíveis por adequada **atenção ao recém-nascido** e 11% Redutíveis por adequada **atenção à mulher no parto**.

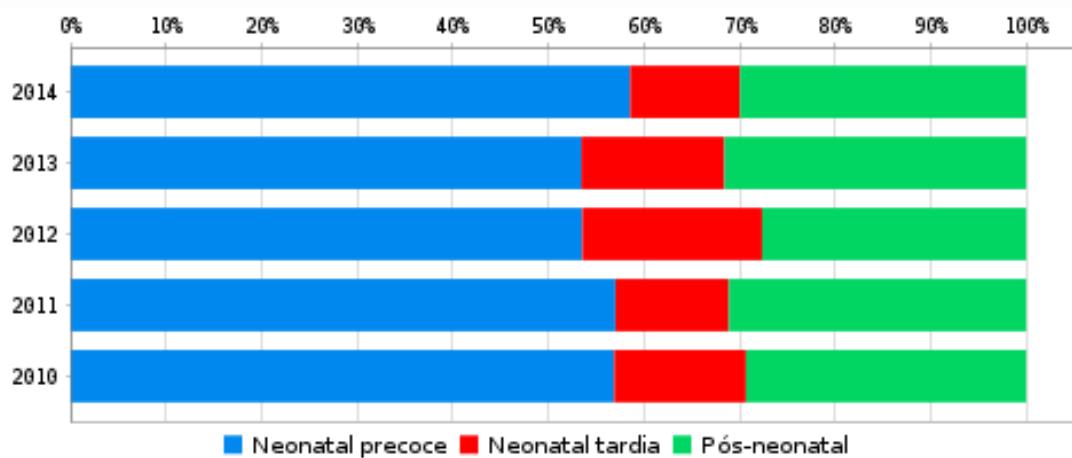
GRÁFICO 5 - ÓBITOS POR CAUSAS EVITÁVEIS EM MENORES DE 5 ANOS



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

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 evitabilidade desses óbitos.

GRÁFICO 6 - NÚMERO DE ÓBITOS INFANTIS NOTIFICADOS, SEGUNDO GRUPO ETÁRIO E ANO – RN, 2010-2014

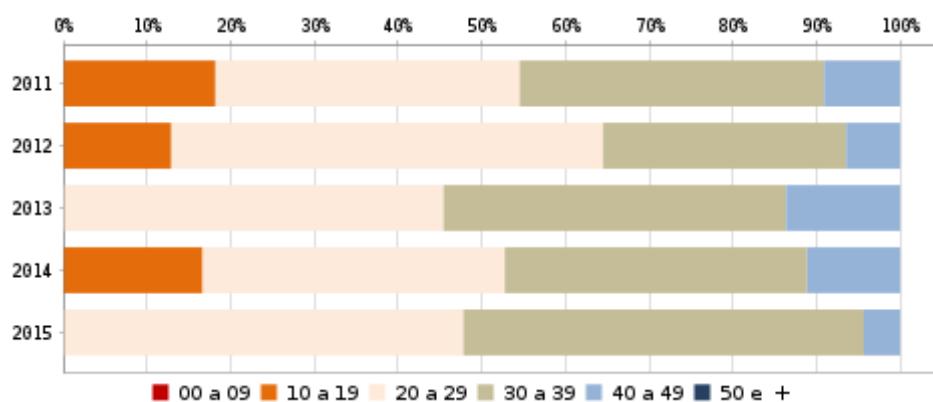


Fonte: SIM - Junho de 2016

A relevância da Mortalidade Materna reside no fato de estas mortes serem eventos preveníveis e evitáveis na maioria dos casos, e, principalmente, pela sua transcendência, incidindo em mulheres em idade produtiva e acarretando elevada perda social e econômica bem como transtornos familiares.

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 (Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - Junho de 2016/Painel de Monitoramento da mortalidade Materna).

GRÁFICO 7 - Nº DE ÓBITOS MATERNOS* SEGUNDO GRUPO ETÁRIO E ANO – RN, 2011-2015



*Número de óbitos maternos notificados, no ano selecionado e últimos quatro anos precedentes, segundo grupo etário.

Fonte: SIM - Junho de 2016

A variação do número de mortes maternas se deve à melhoria da vigilância, com medidas de busca e investigação dos óbitos de Mulheres em Idade Fértil. Em

nível nacional, é notável a redução dos óbitos maternos, principalmente os de causas obstétricas diretas. As causas indiretas vêm se mantendo, nos últimos anos, como reflexo na melhoria das investigações de óbitos suspeitos. Entretanto, se sabe que ainda existem muitos óbitos maternos que estão mascarados entre os óbitos de Mulher em Idade Fértil (MIF) pela não definição da causa estar relacionada à Gravidez, parto e puerpério (Cap. XV). O monitoramento do Sistema tem a intenção de detectar os óbitos de mulheres que ocorreram durante a gravidez, uma vez que, se a causa não for identificada como relacionada à gestação no momento de preencher a Declaração de Óbito (DO), esse óbito não é visualizado entre os maternos, e sim como óbitos de Mulher em idade Fértil.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica tem como objetivo principal fornecer orientação técnica permanente aos profissionais de saúde, que têm a responsabilidade de acompanhar o comportamento epidemiológico das doenças a fim de detectar epidemias e eventos de relevância epidemiológica e decidir sobre a adoção oportuna de ações e medidas de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas, bem como dos fatores que a condicionam, numa área geográfica ou população definida. Constitui-se importante instrumento para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normatização de atividades técnicas afins tais como: avaliar as medidas, programas, intervenções de prevenção, controle e erradicação.

A Vigilância Epidemiológica no Rio Grande do Norte é abrangente, envolvendo ações, tanto de controle de Doenças Transmissíveis, quanto de agravos e Doenças não Transmissíveis. Sua gestão compreende um ciclo de ações e funções específicas e intercomplementares que devem ser desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer o comportamento epidemiológico do evento, doença ou agravio para o desencadeamento efetivo e oportuno de ações e medidas de intervenção e controle, dentre elas: pesquisa, coleta de dados, processamento de dados coletados, análise e interpretação de dados processados, recomendação de

medidas de controle apropriadas, promoção das ações de controle indicadas, avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas, comunicação e divulgação das informações pertinentes.

É compromisso da gestão estadual: ampliar o acesso das informações epidemiológicas aos profissionais de saúde e à população em geral, bem como, subsidiar a gestão com informações que auxiliem o planejamento e execução das ações na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Vigilância Ambiental

As doenças e as epidemias emergentes em todo mundo, na maioria das vezes, têm relação com a qualidade do meio ambiente. A busca pelo desenvolvimento econômico associado aos maus hábitos da população tem gerado uma contínua degradação ambiental, levando à contaminação da atmosfera, do solo e da água, bem como à deposição inadequada de resíduos industriais e domésticos.

Diante deste cenário a vigilância ambiental em saúde tem crescido em importância dentro do Sistema Único de Saúde. É responsabilidade da vigilância ambiental realizar ações que proporcionam o conhecimento e detecção de quaisquer mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de determinar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde.

O componente ambiental de maior importância como condicionante da saúde é a água. Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, as doenças de veiculação hídrica são responsáveis por cerca de 80% das doenças que ocorrem em países em desenvolvimento (Coelho et al, 2007, Apud Nascimento, 2011). Assim a **Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA)** é a área que desenvolve ações a serem adotadas pelo setor saúde para garantir à população acesso à água em qualidade compatível com o padrão de potabilidade, estabelecido na Portaria MS nº 2.914/2011. Através desta portaria, o Ministério da Saúde preconiza ações básicas para a efetiva implantação do VIGIAGUA nas três esferas de governo, cabendo aos municípios a execução das ações de monitoramento da qualidade da água.

Três parâmetros básicos da qualidade da água devem ser monitorados: Coliformes totais, Turbidez e Cloro residual livre. De acordo com a Portaria nº 2.914/2011, a desinfecção é obrigatória a todos os sistemas de fornecimento de água para abastecimento público, visando à proteção da saúde dos consumidores. O quantitativo amostral de cada município varia de acordo com o tamanho de sua população. No período de 2012 a 2015 percebe-se um aumento no número de coletas de amostras de água realizadas pelos municípios para análises desses parâmetros, conforme gráfico abaixo.

GRÁFICO 8 - Evolução do percentual de amostras de água coletada (em relação ao valor de referência municipal) para análise do parâmetro coliformes totais.

Rio Grande do Norte - 2012 a 2015



Fonte: SISAGUA, 2016

Sabendo-se que as atividades humanas e alguns fenômenos naturais provocam a deposição de diversos contaminantes químicos no meio ambiente, torna-se também um importante problema de saúde pública a contínua exposição das pessoas a tais contaminantes, causando prejuízos não apenas para a sua saúde, mas também para a sua qualidade de vida. Desse modo, são necessárias ações de vigilância e medidas de prevenção e controle, a fim de interromper a exposição da população aos contaminantes químicos presentes no meio.

A **Vigilância de Populações Expostas aos Agrotóxicos** (VSPEA) é a área responsável pelas ações de monitoramento das populações expostas aos efeitos dos agrotóxicos na saúde humana.

De acordo com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO, o Brasil é o maior consumidor de agrotóxicos do mundo e seus impactos na saúde pública atingem vários grupos populacionais, tais como trabalhadores em diversos ramos de atividades, moradores do entorno de fábricas e fazendas, e todos que consomem alimentos contaminados.

Nesse contexto, a partir de 2012 o Ministério da Saúde elaborou um modelo de vigilância e estabeleceu como meta a implantação em todas as Unidades Federativas até 2015. Esse modelo, objetiva orientar os profissionais de saúde, por meio de informações sistematizadas sobre as ações de vigilância em saúde, em especial a vigilância epidemiológica e as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos relacionados à exposição humana aos agrotóxicos. Em 2013 foi publicada a Portaria nº 86/GS-SESAP-RN, que institui o grupo de trabalho responsável pela elaboração de um Diagnóstico Situacional sobre os agrotóxicos no Rio Grande do Norte, bem como, a definição de um Plano de Ação. A partir desse diagnóstico, foram apontados 18 municípios prioritários para ações de coletas de água destinada ao consumo humano, para análises de agrotóxicos. Até o final de 2015 o RN já havia realizado o monitoramento de agrotóxicos em água para consumo humano em 17 dos 18 municípios prioritários. Ainda no ano de 2015, a SESAP passou a compor o Fórum Estadual de Combate aos Efeitos dos Agrotóxicos – FECEAGRO.

A Vigilância em Saúde de Populações Expostas em Áreas Contaminadas por Contaminantes Químicos (VIGISOLO) tem como principal ferramenta o cadastramento de áreas com suspeita ou confirmação de contaminação e com população exposta, o que permite a análise de dados e o planejamento e execução de ações de vigilância e promoção da saúde. De 2012 a 2015 foram cadastradas 136 áreas do Rio Grande do Norte nos municípios de Açu, Ceará Mirim, Extremoz, Mossoró e Natal. Tais áreas foram classificadas como: área agrícola, área de disposição final de resíduos urbanos, área de mineração, área industrial, depósito de agrotóxicos e unidade de postos de abastecimento e serviços. Estima-se que haja 346.950 pessoas expostas nessas áreas, nas quais há 40 diferentes potenciais contaminantes.

A Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Poluentes Atmosféricos (VIGIAR) tem como objetivo reduzir e prevenir os agravos à saúde

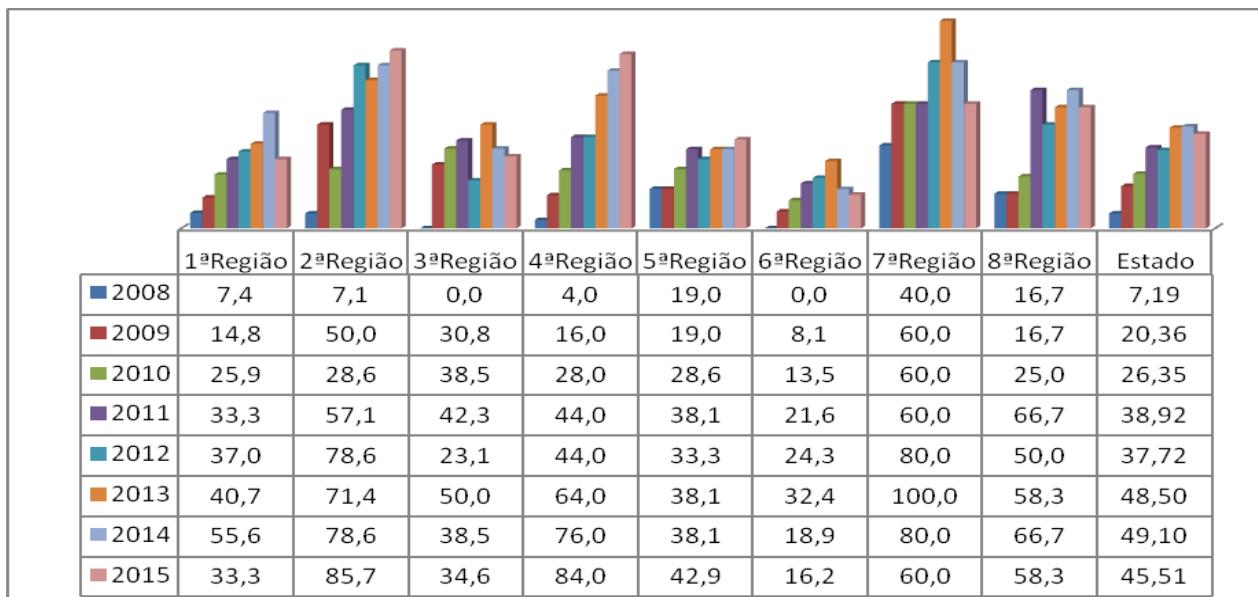
nas populações expostas à poluição do ar. No VIGIAR, utiliza-se o Instrumento de Identificação de Municípios de Risco (IIMR), um formulário que ajuda a caracterizar os grupos populacionais expostos aos poluentes atmosféricos; permite a análise da relação entre poluição do ar e saúde humana e auxilia na determinação de ações para minimizar os efeitos da poluição do ar sobre a saúde. De 2012 a 2015, o IIMR de todos os municípios do estado foi preenchido anualmente e, com base nos dados coletados, foram elaborados boletins informativos anuais. Observou-se que fatores como o número e modo de produção das indústrias cerâmicas e o aumento da frota veicular no estado podem estar relacionados aos indicadores de saúde analisados (mortalidade e internações por agravos respiratórios). Em 2015, houve a implantação da primeira unidade sentinela do VIGIAR em Natal, a fim de realizar um monitoramento contínuo da ocorrência de doenças respiratórias em menores de cinco anos e analisar sua relação com a poluição do ar.

Vigilância à Saúde do Trabalhador

Em relação aos agravos relacionados ao trabalho – ART houve um aumento no número de municípios notificantes, no período de 2008 a 2015. Segundo o SINAN, porém o estado ainda não atingiu o percentual recomendado pelo Ministério da Saúde que é de 80% dos municípios. É de fundamental importância aprimorar o acompanhamento e monitoramento das unidades sentinelas e dos municípios que não aparecem com registros dos ART na série histórica.

No ano de 2015 a proporção de municípios que notificaram Agravos Relacionados ao Trabalho, no estado do Rio Grande do Norte, ficou em 45% (76 municípios do Estado notificaram pelo menos um dos 11 Agravos Relacionados ao Trabalho, constantes das portarias 204/2016 e 205/2016).

GRÁFICO 9 - Percentual de municípios com notificação para Agravos relacionados ao Trabalho, segundo Região de Saúde - Rio Grande do Norte, 2008 – 2015.



Fonte: CPS/SESAP

Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária tem por finalidade a promoção e proteção da saúde da população, por meio do controle sanitário da produção, da fabricação, da embalagem, do fracionamento, da reembalagem, do transporte, do armazenamento, da distribuição e da comercialização de produtos e serviços submetidos ao regime de vigilância sanitária, no Estado do Rio Grande do Norte, na forma dos regulamentos e das diretrizes estaduais e federais, em especial, o artigo 6º, § 1º, incisos I e II, § 3º e seus incisos, da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que define o objetivo da vigilância sanitária.

Quanto à sua atividade precípua definida na Lei, a SUVISA tem enfrentado dificuldades atinentes à legislação estadual, o que impõe a inadiável revisão do principal ato normativo – Código Sanitário (Lei Estadual nº 31 de 24 de novembro de 1982), dado que o mesmo se encontra defasado e obsoleto, atravancando o avanço das vigilâncias do SUS.

Com relação à descentralização, atualmente 100% dos municípios encontram-se recebendo o Piso Fixo de Vigilância Sanitária/PFVISA da esfera federal, no entanto, poucos assumiram a responsabilidade das ações, fazendo-se

necessários maiores investimentos no Monitoramento e Avaliação dos serviços municipais e o alcance das correspondentes metas.

A prioridade da SUVISA é a consolidação do processo de descentralização através da transferência das ações de vigilância sanitária aos municípios. Desta forma, a VISA estadual objetiva o fomento das vigilâncias sanitárias municipais e a capacitação dos fiscais e agentes sanitários municipais para estarem aptos a assumirem as ações, em conformidade com a respectiva Programação Anual da Vigilância Sanitária Municipal.

Em vista do exposto, os dois grandes eixos prioritários de ação, são a descentralização para os municípios, das ações de gerenciamento dos riscos, e o controle, eliminação ou, na sua impossibilidade, redução dos riscos decorrentes do consumo de alimentos e produtos que afetam a saúde, bem como os provenientes dos serviços de saúde e os de tecnologia de produtos para saúde.

REDE ESTADUAL DE LABORATÓRIOS DE SAÚDE PÚBLICA

A Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública destina-se à realização de análises laboratoriais com qualidade e precisão para garantir o diagnóstico de agravos e a análise de produtos industrializados, agrotóxicos e recursos naturais que impactam na Saúde Pública, produzindo informações de interesse dos órgãos de Vigilância em Saúde e Meio Ambiente.

O Laboratório Central de Saúde Pública Dr. Almino Fernandes - LACEN-RN - é a referência laboratorial no estado responsável pela coordenação da Rede Estadual de Laboratórios.

Tem como competência, dentre outras, participar das ações de Vigilância Epidemiológica realizando o diagnóstico de agravos de interesse para a saúde coletiva, ações na Saúde do Trabalhador, ações de Vigilância Sanitária, Ambiental e para a defesa do consumidor no controle dos riscos à saúde e no monitoramento da qualidade dos produtos expostos ao consumo humano, assim como tem a missão de capacitar profissionais, supervisionar e controlar as atividades desenvolvidas em todos os níveis da Rede Estadual de Laboratórios.

Atualmente, a Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública é constituída por quatro unidades: o Laboratório Central - LACEN e três Laboratórios

Regionais. O LACEN encontra-se localizado em Natal e atende às demandas oriundas dos municípios da 7ª Região de Saúde (Metropolitana), bem como das 1ª, 3ª e 5ª Regiões. Os Laboratórios Regionais localizam-se em: Mossoró, sendo referência para os municípios da 2ª e 8ª Regiões de Saúde; Caicó, atendendo os municípios da 4ª Região de Saúde; e Pau dos Ferros, referência para os municípios da 6ª Região de Saúde.

Dessa forma, verifica-se que a Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública propicia a cobertura aos 167 municípios do RN, tendo alcançado avanços importantes, como: ampliação da linha de serviços ofertados pelo LACEN, sendo reclassificado em 2012 pelo Ministério da Saúde como nível D (de maior complexidade) no *ranking* Nacional dos Laboratórios de Saúde Pública; inclusão da pesquisa das Hemoglobinopatias (Anemia Falciforme e outras anemias hereditárias); do Teste do Pezinho de todos os nascidos vivos no Estado; participação em programa nacional de vigilância da qualidade da água para consumo humano, água de diálise e dietas enterais; participação em programa nacional da qualidade dos medicamentos comercializados pelo Programa Farmácia Popular do Brasil, Farmácias de Manipulação e Medicamentos Antimaláricos distribuídos na região norte do país.

SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO

O Serviço de Verificação de Óbito do Rio Grande do Norte – SVO/Natal recebe apoio do Ministério da Saúde (MS), e conta com a parceria e a orientação geral do Conselho Federal de Medicina. A portaria MS nº 1.405 de 29 de junho de 2006 instituiu a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento de Causa Mortis (SVO). O SVO/Natal tem como objetivo realizar diagnósticos em cadáveres, cujos óbitos tenham ocorrido em residência e sem acompanhamento médico e de casos com menos de 48 horas de internamento hospitalar, sem diagnóstico definido, além de casos internados por mais tempo e sem esclarecimento da enfermidade causadora do óbito. Com a realização da necropsia, são esclarecidas as causas de morte em casos sem assistência médica e naqueles sem diagnóstico firmado em vida, e deve conceder absoluta prioridade da Vigilância Epidemiológica, identificando mais precisamente as enfermidades de notificação

compulsória (tuberculose, dengue, hepatites, meningite meningocócica, entre outras). Assim, mantém, em permanente estado de alerta e atualização em relação a enfermidades transmissíveis e de notificação compulsória, visando seu bloqueio em tempo hábil.

As principais causas de morte em adultos que são levados para o SVO/Natal são hipertensão e diabetes, com uma média anual de 2.000 exames cadavéricos. Caso haja suspeita de morte violenta, os corpos são encaminhados para o ITEP-RN.

A necropsia também tenta esclarecer os casos de morte natural em que persista a não identificação da *causa mortis*, através de exame microscópico em fragmentos retirados das vísceras.

O SVO/Natal possui um protocolo específico, no caso de óbitos de turistas ou estrangeiros que venham a falecer no Estado, no qual através da Polícia Federal, Cartórios e Consulados buscam resolver documentação e obter informações.

São realizadas notificações de esclarecimento da *causa mortis* de mulher em idade fértil, morte materna e infantil e de doenças de notificação compulsória, com preenchimento de formulários do Ministério da Saúde.

A equipe de médicos patologistas do SVO/Natal se presta ao ensino da Patologia à graduação e pós-graduação em medicina (residência médica), contribuindo para o aprimoramento dos alunos e também visando pesquisas científicas e publicações nacionais e internacionais. Serve de campo também para pesquisadores de outras áreas da saúde, inclusive com monografias de mestrado.

A abrangência do SVO/Natal no atendimento aos municípios é global, excetuando-se a 2ª URSAP, com a recente instalação do SVO Municipal no município de Mossoró.

IV. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

A integralidade significa a necessidade da continuidade da assistência a partir da Atenção Primária à Saúde. Além da dimensão horizontal da integralidade que incorporem ações práticas na assistência, os saberes da prevenção, proteção, cura e reabilitação, é preciso formatar as redes temáticas de saúde, resultando na formulação de um projeto terapêutico holístico e cidadão, cujas propriedades essenciais sempre serão do todo, uma vez que nenhuma das partes se possui isoladamente.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No Rio Grande do Norte o acesso da população aos serviços de saúde ampliou-se devido à expansão da Estratégia Saúde da Família, especialmente nos municípios com menor porte populacional.

Além dos vazios assistenciais presentes nos municípios com grande representatividade populacional, a Atenção Básica de grande parte dos pequenos municípios com coberturas de 100%, possuem entraves relacionados ao não cumprimento da carga horária, precarização do vínculo empregatício, equipes e escalas incompletas que denotam descontinuidade da atenção, também pela falta de acesso a serviços de média e alta complexidade. Ressalte-se que tais problemas também são encontrados na assistência hospitalar, muitos em virtude da não resolutividade do que se espera que ocorra na AB.

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 - ESF. 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.

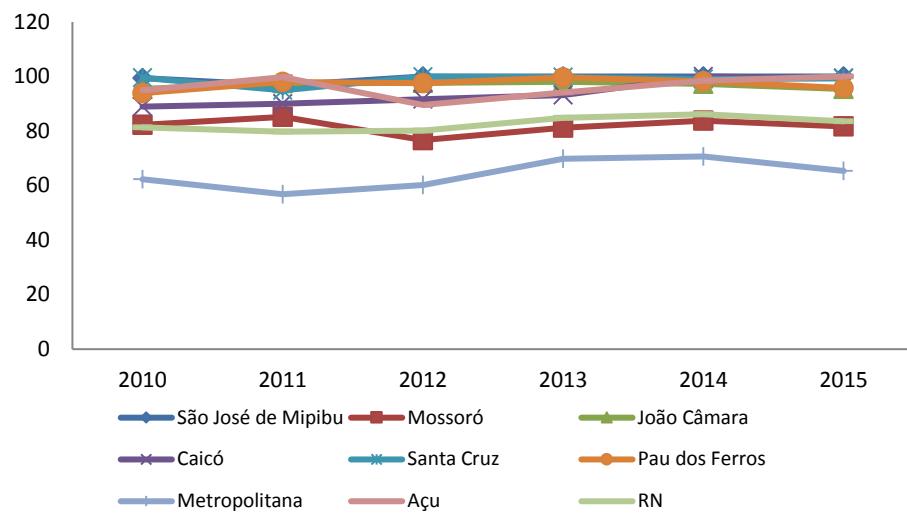
QUADRO 1 - Demonstrativo das equipes componentes da Atenção Básica –

Rio Grande do Norte – 2010 a 2016

ANO	ACS	ESF	ESB		NASF		
			I	II	I	II	III
2010	5.402	860	847	6	34	2	0
2011	5.450	863	857	7	45	3	0
2012	5.426	866	854	8	43	16	0
2013	5.762	950	903	8	66	32	40
2014	5.771	1.018	941	7	73	35	52
2015	5.797	1.021	943	6	76	35	54
2016*	5.806	1.023	937	8	77	34	55

Fonte: CPS/SUAS

*Até fevereiro/16

GRÁFICO 10 - COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA POR
REGIÃO DE SAÚDE (CIR) – RN 2010 A 2015

ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

No Estado do RN ainda prevalece o modelo tradicional de especialidades com diferentes composições por região de saúde, existindo verdadeiros vazios assistenciais em algumas regiões e grande estrangulamento em outras, principalmente na Metropolitana.

Embora os serviços de média e alta complexidade 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.

Os quadros a seguir demonstram a distribuição dos procedimentos realizados por nível de complexidade, ano de atendimento e região de saúde.

TABELA 2 - PRODUÇÃO AMBULATORIAL DE PROCEDIMENTOS - QUANTIDADE APRESENTADA POR ANO DE ATENDIMENTO E NÍVEL DE COMPLEXIDADE RN - 2012-2015

Complexidade dos procedimentos	2012	2013	2014	2015	Total	%
Não se Aplica	510.248	284.760	511.105	380.921	1.687.034	0,68
Atenção Básica	34.797.248	30.578.225	31.564.657	26.729.519	123.669.649	49,56
Média Complexidade	19.252.040	20.956.868	21.803.609	24.449.655	86.462.172	34,65
Alta Complexidade	5.603.191	7.396.151	11.266.220	13.450.591	37.716.153	15,11
Total	60.162.727	59.216.004	65.145.591	65.010.686	249.535.008	100,00

Fonte: MS/DATASUS-SIA/SUS (18.03.2016)

A Tabela 2 demonstra que os resultados da produção ambulatorial estão coerentes com a realidade, porém ainda não correspondem ao esperado, pelos preceitos legais, nos diversos níveis de complexidade. Teoricamente a atenção básica atenderia 80% dos problemas de saúde, a média e a alta complexidade com 15% e 5% respectivamente.

De acordo com a Tabela 3 abaixo, percebe-se que existe uma concentração de 40,84% dos procedimentos na 7^a Região de Saúde (Metropolitana), seguida da 2^a Região de Saúde (Mossoró) com 17,92%; as demais regiões realizaram menos de 10% dos procedimentos nesse nível de atenção.

A concentração de procedimentos nessas duas regiões, especialmente na 7^a Região de Saúde, se dá em virtude da maior densidade tecnológica e disponibilidade de serviços, ocasionando a migração de usuários.

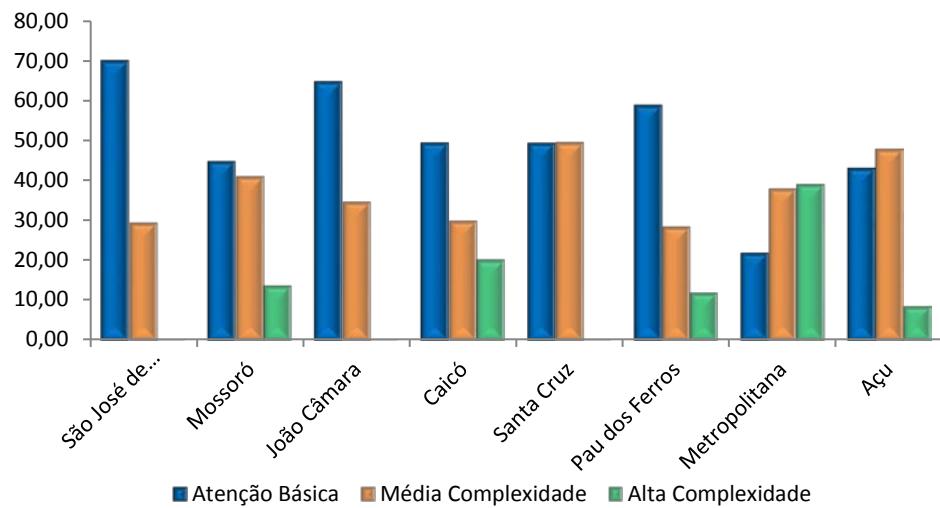
A distribuição dos procedimentos, por nível de atenção, se dá de forma bastante desigual entre as regiões de saúde (Gráfico 11). Em termos relativos, observa-se que nas Regiões I, III e V não existem procedimentos de alta complexidade, embora constem alguns registros. Na VII Região (Metropolitana) predomina a alta complexidade, que se apresenta com o dobro de procedimentos realizados na Atenção Básica.

TABELA 3 -
TABELA 3 - PRODUÇÃO AMBULATORIAL DE PROCEDIMENTOS – QUANTIDADE APRESENTADA POR REGIÃO DE SAÚDE E NÍVEL DE COMPLEXIDADE RN - 2015

Região de Saúde	Não se Aplica	%	Atenção Básica	%	Média Complexidade	%	Alta Complexidad	%	Total	%
e										
S. J. de Mipibu	11.443	0,19	4.286.393	70,34	1.792.555	29,42	3.086	0,05	6.093.477	9,16
Mossoró	22.651	0,19	5.367.126	45,01	4.890.074	41,01	1.645.225	13,80	11.925.076	17,92
João Câmara	12.989	0,34	2.487.661	65,02	1.324.383	34,61	1.160	0,03	3.826.193	5,75
Caicó	18.598	0,31	2.955.849	49,69	1.777.307	29,88	1.197.021	20,12	5.948.775	8,94
Santa Cruz	18.153	0,80	1.128.100	49,62	1.126.749	49,56	440	0,02	2.273.442	3,42
Pau dos Ferros	20.124	0,35	3.398.621	59,16	1.635.451	28,47	690.431	12,02	5.744.627	8,63
Metropolitana	271.759	1,00	6.032.813	22,20	10.301.109	37,91	10.567.208	38,89	27.172.889	40,84
Açu	7.281	0,21	1.536.292	43,31	1.698.283	47,87	305.578	8,61	3.547.434	5,33
Total	382.998	0,58	27.192.855	40,87	24.545.911	36,89	14.410.149	21,66	66.531.913	100,00

Fonte: MS/DATASUS-SIA/SUS (18.03.2016)

GRÁFICO 11 - Distribuição (%) dos procedimentos ambulatoriais, por nível de complexidade e Região de Saúde - RN -2015



Fonte: Fonte: MS/DATASUS-SIA/SUS (15.03.2016)

ATENÇÃO HOSPITALAR

O hospital é um componente fundamental na integralidade do cuidado, concebido de forma ampliada integrada, respondendo a situações de maior complexidade ou gravidade.

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.

TABELA 4 - NÚMERO DE HOSPITAIS POR TIPOLOGIA E GESTÃO RIO GRANDE DO NORTE, 2016.

Tipologia	Gestão			Total
	Público	Privado	Filantrópico	
Hospital Especializado	8	12	3	23
Hospital Geral	48	17	11	76
Hospital Dia	01	09	0	10
Total	60	36	11	109

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Destaque-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.

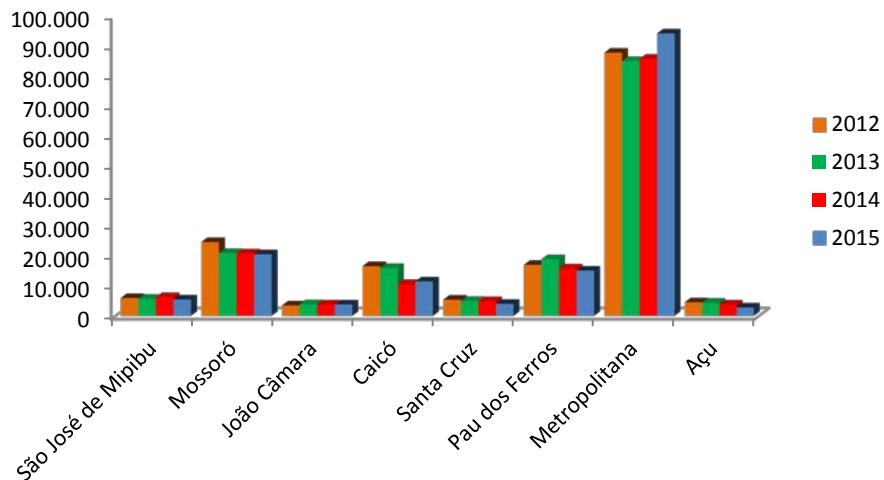
TABELA 5 - REDE HOSPITALAR ESTADUAL POR MUNICÍPIO DE LOCALIZAÇÃO – RN - 2016

Município	Unidade	Total de leitos
Acari	Hospital Regional Odilon Guedes	32
Apodi	Hospital Regional Hélio Moraes	83
Angicos	Hospital Regional De Angicos	28
Assu	Hospital Regional Nelson Inácio	62
Caicó	Unidade Hospitalar Reg. Do Seridó.	73
Caraúbas	Hospital Reg. Aguinaldo Pereira	30
Canguaretama	Hospital Regional Getúlio Sales	60
João Câmara	Hospital Regional Josefa Alves	39
Macaíba	Hospital Regional Alfredo Mesquita	39
Mossoró	Hospital Rafael Fernandes	15
Mossoró	Hospital Regional Tarcísio Maia	81
Mossoró	Hospital Da Mulher Parteira Maria Correia	38
Natal	Hospital Giselda Trigueiro	63
Natal	Hospital Pedro Bezerra	139
Natal	Hospital Walfredo Gurgel	150
Natal	Hospital Maria Alice Fernandes	71
Natal	Hospital Colônia Dr. João Machado	160
Natal	Hospital Ruy Pereira	95
Parnamirim	Hospital Regional Deoclécio Marques	60
Pau dos Ferros	Hospital Regional Cleodon Carlos	56
Santo Antônio	Hospital Regional Lindolfo Gomes Vidal	50
São Paulo do Potengi	Uni. Materno. Inf. São Paulo Potengi	35
São José Mipibu	Hospital Monsenhor Antonio Barros	40
Currais Novos	Hospital Dr. Mariano Coelho	90
Total		1589

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

Quanto à produção hospitalar observa-se que no período de 2012 a 2015 o grande volume de internações ocorreu na VII Região de Saúde-Metropolitana (acima de 90.000 internações), seguida da II Região de Saúde-Oeste (em torno de 20.000 internações) anual. Em seguida encontram-se as Regiões VI e IV, com cerca de 15.000 e 11.000 internações/ano, respectivamente. As demais regiões realizam menos de 5.000 internações hospitalares por ano.

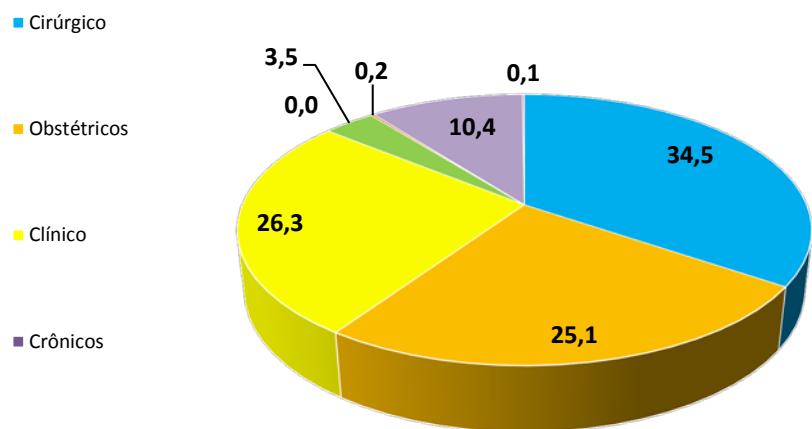
GRÁFICO 12 - NÚMERO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES, POR REGIÃO DE OCORRÊNCIA RN, 2012 A 2015



Fonte: MS/DATASUS

Com relação às especialidades, as que mais internaram foram a clínica cirúrgica, com 34,5%, a clínica médica com 26,3% e a clínica obstétrica com 25,1%. A clínica pediátrica registra 10,4% e a psiquiátrica apenas 3,5% do total de internações hospitalares (gráfico 13).

GRÁFICO 13 - INTERNAÇÕES HOSPITALARES (%) POR ESPECIALIDADE - RN, 2015



Fonte: MS/DATASUS

A Coordenadoria de Operações de Hospitais e Unidades de Referência – COHUR está atuando com ações focadas nos seguintes propósitos:

- Reformular o atual modelo de gestão e atenção hospitalar no SUS do RN através da implantação da Cogestão nos hospitais da rede, nos moldes da Política Nacional de Humanização - PNH, sendo apoiada por práticas de Acesso e Qualidade na gestão pública em Saúde;
- Estabelecer a Contratualização nos hospitais no âmbito do SUS visando à formalização da relação entre gestores públicos de saúde e hospitais integrantes do SUS por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes que promovam a qualificação da assistência e da gestão hospitalar de acordo com as diretrizes estabelecidas na PNHOSP;
- Definir e classificar o perfil dos estabelecimentos hospitalares, respeitando as necessidades locais e regionais de saúde, bem como, diretrizes das redes temáticas em saúde em cada região;
- Estabelecer os mecanismos de articulação entre os hospitais e demais pontos da rede de atenção, na perspectiva da integralidade e continuidade do cuidado, de forma racional, harmônica, sistêmica e regulada;
- Estabelecer as competências e as responsabilidades dos gestores, transformando as relações de trabalho e formando compromissos entre profissionais, usuários e instituição.

Leitos Hospitalares

No estado do RN existe um total de 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.

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS POR ESPECIALIDADE E CLASSIFICAÇÃO – RN, 2016.

Especialidade	Existentes	SUS
Cirúrgico	1.850	1.403
Clínico	2.575	2.058
Complementar	724	434
Hospital Dia	128	40
Obstétrico	1.183	1.109
Outras Especialidades	634	510
Pediátrico	963	914
Total	8.057	6.468

Fonte: CNES/DATASUS.

TABELA 7 - NÚMERO DE LEITOS DE UTI HABILITADOS, POR NATUREZA - RN, 2016

Natureza	Existente	Habilitados SUS
Público	220	187
Privado	255	82
Filantrópico	43	36
Total	518	305

Fonte: CNES/DATASUS.

TABELA 8 - NÚMERO DE LEITOS DE UTI HABILITADOS, POR CLASSIFICAÇÃO - RIO GRANDE DO NORTE, 2016

Classificação	Existente	Habilitados SUS
Adulto	366	196
Pediátrico	52	28
Neonatal	100	81
Total	518	305

Fonte: CNES/DATASUS.

A insuficiência de leitos de cuidados intensivos vem sendo um dos grandes entraves no cuidado, uma vez que, no RN 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 a UTI.

TABELA 9 - NÚMERO DE LEITOS DE UCI ADULTO, SEGUNDO UNIDADE HOSPITALAR, MUNICÍPIO E QUANTOS SÃO DO SUS, RIO GRANDE DO NORTE, 2016.

Unidade Hospitalar	Município	Existente	SUS
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel	Natal	21	21
Hospital Universitário Onofre Lopes	Natal	24	24
Maternidade Escola Januário Cicco	Natal	12	12
Hospital Regional Hélio Moraes Marinho	Apodi	2	2
Total		59	59

Fonte: CNES/DATASUS.

TABELA 10 - NÚMERO DE LEITOS DE UCI PEDIÁTRICO, SEGUNDO UNIDADE HOSPITALAR, E CLASSIFICAÇÃO - RIO GRANDE DO NORTE, 2016.

Unidade Hospitalar	Município	Existente	SUS
Hospital Maria Alice Fernandes	Natal	13	13
Total		13	13

Fonte: CNES/DATASUS.

TABELA 11 - NÚMERO DE LEITOS DE UCI NEONATAL CANGURU, SEGUNDO UNIDADE HOSPITALAR, MUNICÍPIO E QUANTOS SÃO DO SUS, RIO GRANDE DO NORTE, 2016.

Unidade Hospitalar	Município	Existente	SUS
Casa de Saúde DixSept Rosado	Mossoró	6	0
Hospital Dr. Jose Pedro Bezerra	Natal	15	15
Maternidade Dr. Sadi Mendes/ Divino Amor	Parnamirim	6	6
Total		27	21

Fonte: CNES/DATASUS.

TABELA 12 - NÚMERO DE LEITOS DE UCI NEONATAL CONVENCIONAL, SEGUNDO UNIDADE HOSPITALAR, MUNICÍPIO E QUANTOS SÃO DO SUS - RIO GRANDE DO NORTE, 2016.

Unidade Hospitalar	Cidade	Existente	SUS
Casa de Saúde DixSept Rosado	Mossoró	10	0
Hospital da Mulher Parteira Maria Correia	Mossoró	7	7
Maternidade Dr. Sadi Mendes / Divino Amor	Parnamirim	6	6
Total		23	13

Fonte: CNES/DATASUS.

O Ministério da Saúde em recente normatização define o leito de Unidade de Cuidados Semi-intensivo – UCI como um equipamento capaz de realizar um atendimento monitorado ao usuário em situação clínica de risco.

O estudo das necessidades reais de UTI e UCI será realizado no momento do planejamento das redes temáticas por região de saúde. A dificuldade maior nesse nível de atenção se dá pela falta de médicos intensivistas, sobretudo nas regiões mais afastadas da capital.

SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), compostas por médico, enfermeiro, assistente social, técnicos de enfermagem, e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), constituídas de fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e odontólogo. A dinâmica operacional do SAD objetiva a reorganização do processo de trabalho dessas equipes multiprofissionais, sendo cada EMAD responsável pelo acompanhamento máximo simultâneo de até 60 pacientes e cada EMAP por até 180 pacientes.

Caracterizado por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde, o SAD destina-se a atender os municípios com população igual ou superior a 20.000 habitantes que

tenham a cobertura do Serviço Móvel de Atenção as Urgências (SAMU 192) e que possuam hospital de referência em seu território ou na sua Região de Saúde.

A redefinição da Atenção Domiciliar, proposta na Portaria MS/GS nº 2.527/2011, teve a sua operacionalização iniciada no RN a partir da Portaria MS/GS nº 2.147/2012, com a habilitação do serviço nos municípios de Natal e Parnamirim, visando à redução da demanda por atendimento hospitalar e o tempo de internação, a humanização da atenção e a desinstitucionalização, a ampliação da autonomia dos usuários, e a redução da fragmentação da assistência, denotando, portanto, um novo padrão de qualidade no SUS, enquanto componente da Rede de Atenção às Urgências - RAU, articulado às Redes de Atenção à Saúde. As equipes atuam nos hospitais estaduais – Mons. Walfrido 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, distribuídas de acordo com o quadro a seguir apresentado, totalizando 06EMAD e 05 EMAP, representando 270 leitos novos de Atenção Domiciliar.

TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO DAS EQUIPES DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR A SEREM IMPLANTADOS, SEGUNDO MUNICÍPIO E NÚMERO DE LEITOS.

MUNICÍPIO	EMAD	EMAP	LEITOS NOVOS
MOSSORÓ	02	01	120
CAICÓ	01	01	30
CURRAIS NOVOS	01	01	30
BARAÚNAS	01	01	30
TANGARÁ	01	01	30
SÃO PAULO/SÃO PEDRO	01	01	30
TOTAL	07	06	270

Fonte: SESAP

O contínuo aprimoramento das equipes multiprofissionais é vital para manutenção do padrão de qualidade pretendido. Desse modo, com intuito de fomentar a Educação Permanente, serão programados juntamente com os setores competentes cursos para Cuidadores de Idosos, Portadores de Necessidades Especiais e Deficientes, dos diversos hospitais públicos e Oficinas de Tecnologia Assistiva, simultaneamente, podendo estas últimas serem realizadas em parceria com outras instituições que compõem a Rede de Atenção à Saúde.

Além disso, serão oferecidas para os membros das equipes multiprofissionais, capacitações em Cuidados Paliativos, Assistência ao Recém-nascido de Baixo Peso e Gerontologia, Ciclos de Palestras e Encontros Científicos abordando assuntos relacionados à assistência domiciliar e de interesse dos profissionais, bem como visita técnica a unidades, em outros Estados com experiências exitosas na atenção domiciliar, objetivando identificar pontos estratégicos para aprimoramento na assistência aos usuários, visando à promoção da integralidade das ações. Para viabilização das ações do SAD foi terceirizado um transporte adequado à demanda do serviço, tipo ambulância, a fim de facilitar a remoção de usuários, residentes na 7ª Região de Saúde (Metropolitana), para realização de exames de média e alta complexidade e/ou avaliações clínicas, em unidades especializadas.

Outro ponto colocado como prioritário corresponde à lotação de servidores nos SADs para composição das equipes multiprofissionais, conforme tabela 13, e à ambiência dos seus locais de trabalho. Quanto a isso, caberá adequar o ambiente não apenas físico, mas social, propiciando o estabelecimento de relações interpessoais favoráveis ao desenvolvimento das atividades executadas pelas equipes multiprofissionais dos SADs, marcadas não somente pelas tecnologias médicas, mas também por outros componentes, dentre eles “o afetivo, expresso na forma do acolhimento e atenção dispensada aos usuários e cuidadores e à interação entre os servidores e gestores”. Assim, serão realizadas as reformas do local de trabalho das equipes em cada hospital, sem desconsiderar a pretensão futura em relação à aquisição de uma sede própria para o Serviço.

Atualmente, existem 104 profissionais de várias categorias atuando no SAD. Portanto, pretende-se que no período 2016-2019 haja a cobertura do déficit de RH.

Dessa forma, espera-se que a capacidade operacional e resolutiva do SAD seja incrementada ao longo do quadriênio, beneficiando os usuários e elevando a qualidade da atenção.

HEMORREDE

O HEMONORTE é uma Unidade Integrante da Secretaria do Estado da Saúde Pública, encarregada de executar, no âmbito do Estado do Rio Grande do Norte, a Política Nacional de Sangue e Hemoderivados.

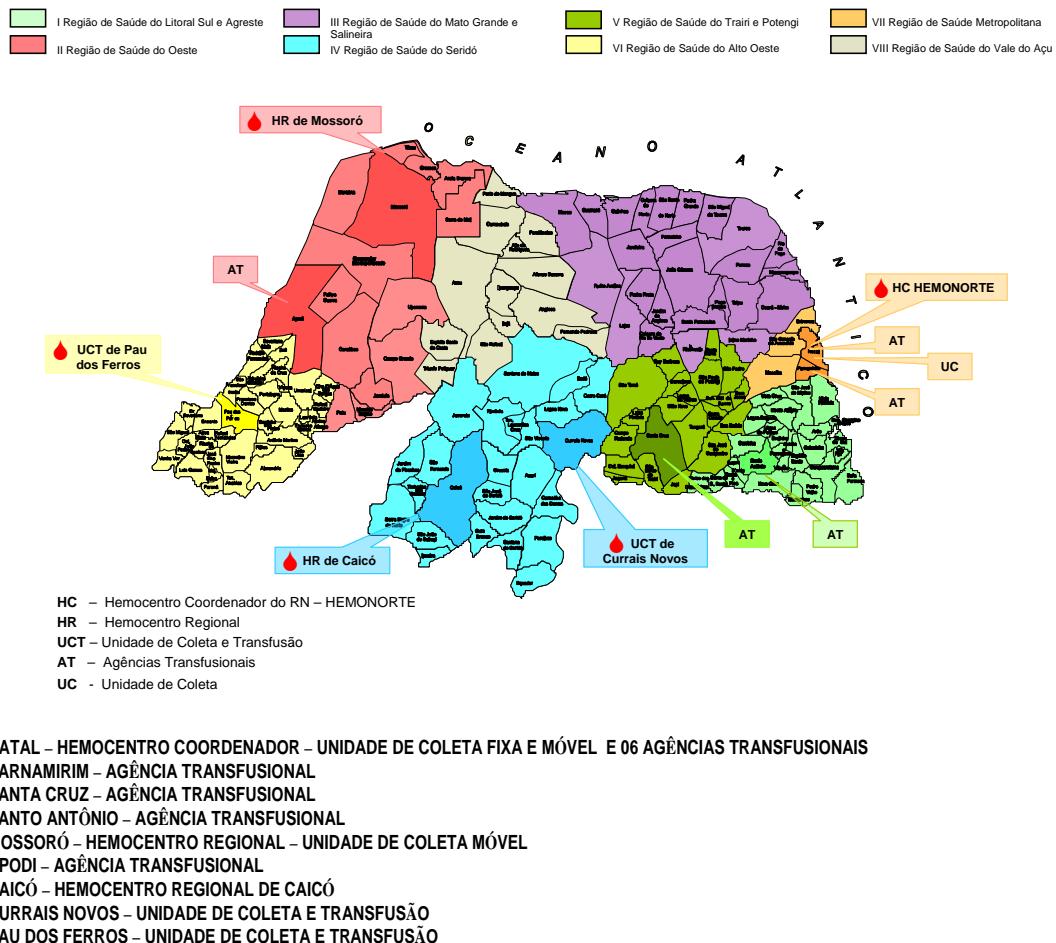
No tocante à área de hemoterapia suas atividades principais são a captação, triagem, coleta, sorologia, fracionamento, imunohematologia, controle de qualidade dos hemocomponentes, aférese e distribuição de sangue e hemoterápicos para os hospitais e clínicas públicas e privadas. Na área de hematologia, 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.

O Hemocentro coordena tecnicamente a Hemorrede Pública do Estado do RN, composta de: 01 Hemocentro Coordenador, 02 Hemocentros Regionais, 01 Hemonúcleo, 02 Unidades de Coleta e Transfusão – UCT, 10 Unidades de Agências Transfusionais, 02 Unidades de Coleta Fixa e 02 unidades de coleta móvel.

A Hemorrede dispõe de um Plano Diretor, elaborado no ano de 2011 em conformidade com o Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados – SINASAN e o Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados – PLANASHE que, em articulação com as Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica, definiu o grau de complexidade de cada serviço de hemoterapia e a sua distribuição por região, devidamente homologado pelo Conselho Estadual de Saúde.

Em relação ao perfil dos doadores do Estado, observa-se uma boa qualificação, considerando que o índice de sorologias reativas não ultrapassa os níveis de 1,4% e a inaptidão clínica está em torno de 24%. Com relação ao número de doadores no Estado, há a necessidade de incremento considerando que apenas 1,7% da população doam sangue regularmente pelo menos duas vezes ao ano, enquanto o que a OMS recomenda que este número seja em torno de 3%, para que os estoques de sangue estejam garantidos.

O Hemocentro Coordenador faz parte do programa de envio de plasma excedente através da Hemobrás, para industrialização na França, e do Programa de Qualificação da Hemorrede, da Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados, o que atesta a qualidade e segurança do serviço.

Figura 2 - LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DA HEMORREDE

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 Estado, a gestão do Componente Básico prioriza a utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), como instrumento racionalizador das ações no âmbito da Assistência Farmacêutica (AF), é imprescindível definir a relação estadual de medicamentos (tomando como base as relações municipais), com referência na RENAME/2014, e em conformidade com o perfil epidemiológico do Estado, na perspectiva de trabalhar no assessoramento técnico aos municípios

quanto ao fortalecimento e implantação das relações municipais de medicamentos essenciais.

Através do Componente Estratégico a UNICAT tem assessorado os municípios na implementação do software “HORUS”, disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MS), que é uma ferramenta de gestão que permite o controle mais eficiente dos recursos financeiros investidos nos processos de aquisição e distribuição dos medicamentos, melhor controle de estoque com redução das perdas e das interrupções no fornecimento dos medicamentos nos serviços, geração de dados para o desenvolvimento de indicadores de Assistência Farmacêutica-AF para auxiliar no planejamento, avaliação e monitoramento das ações nessa área.

O Componente Especializado da AF (CEAF) atende cerca de 33.000 usuários cadastrados em alguns municípios (Assu, Caicó, Currais Novos, Mossoró, Natal e Pau dos Ferros) atendendo várias regiões de saúde, em 79 doenças com medicamentos fornecidos pelo MS, através de compra centralizada, e cofinanciados com contrapartida estadual.

A logística hospitalar é responsável pelo abastecimento de medicamentos, produtos para saúde e nutrições enterais, na rede hospitalar do estado.

O volume de atividades logísticas executadas pela UNICAT, aliado à falta de definição formal no organograma da SESAP dificultam o desenvolvimento de uma Política Estadual de AF que permita obter resultados efetivos na melhoria dos serviços farmacêuticos prestados pelo estado, inclusive quanto ao seu papel de acompanhamento e de assessoria aos municípios.

Em levantamento feito pela SESAP, no intuito de conhecer a atual situação da assistência farmacêutica prestada pelos municípios do Rio Grande do Norte, constatou-se que o controle de estoque dos medicamentos dispensados nos municípios ocorre, em sua maioria, de forma manual, e que as perdas por validade ainda são uma constante na realidade desses municípios. Dos municípios consultados, apenas 15% informaram utilizar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica. Aliado ao exposto verifica-se também a necessidade de qualificação da força de trabalho envolvida nas atividades da AF, desde o nível técnico até o profissional farmacêutico, uma vez que 72% dos municípios informaram não possuir programa de capacitação local e apenas 27% dos farmacêuticos possuem especialização na área de gestão da AF. Dada à

especificidade dessa área, será meta do Estado promover junto às regiões de saúde cursos de capacitação com enfoque na correta dispensação dos medicamentos, e na qualificação dos processos de aquisição de medicamentos essenciais, contribuindo para que essa aquisição esteja consoante à realidade epidemiológica e para que seja assegurado o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo.

O Estado necessita de iniciativas para promoção do uso racional de medicamentos, não há ações que visem à segurança no uso dos medicamentos, fato que pode trazer consequências graves para a saúde da população, levando a um dispêndio desnecessário de recursos financeiros, quer sejam eles originários de desembolso direto ou financiados com recursos públicos.

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), Prontoclinica 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.

Um número que merece destaque é o número de transplantes de rim no Estado, tendo em vista que em 2015 foram realizados **73 transplantes de rim**, enquanto em 2014 foram realizados 69. Isso porque a maior parte (**83%**) dos rins captados no RN foi transplantada aqui e apenas 17% foram ofertados à Central Nacional de Transplantes e distribuído pelos demais estados do Brasil, o que representa uma importante evolução, comparado ao ano de 2012 quando apenas 50% desses órgãos eram transplantados no RN, em 2013 esse percentual foi de 62% e em 2014, 66%.

O RN também conseguiu reduzir os índices de recusa familiar. No ano de 2013, o índice de recusa familiar foi de 73%. Isso significa que de cada 100 famílias entrevistadas sobre a doação de órgãos de seu ente querido, 73 disseram não para a doação. Em 2014, essa **recusa caiu para 68%** e em 2015, houve uma

expressiva redução para 53%. O que pode ser atribuído em parte ao trabalho educativo que vem sendo realizado pela Central de Transplante, através de palestras em diversas instituições hospitalares, nos municípios do interior do Estado, nas instituições de ensino e etc. Essas palestras esclarecem à população sobre a seriedade do processo e os benefícios da doação de órgãos para as muitas pessoas que se encontram em fila de espera por um transplante.

REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

A partir da Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 foram estabelecidas as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Nela define-se a RAS como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, tendo como objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

Essa Portaria é regulamentada pelo decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, onde em seu artigo 7º ele afirma que: As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores.

Desse modo a partir desses dois documentos norteadores surgiram as Redes Temáticas Prioritárias de Atenção à Saúde, são elas:

- Rede Cegonha (RC) instituída pela Portaria nº 1.459/ GM/ MS de 24 de junho de 2011;
- Rede de Atenção às Urgências e Emergências (atual RUE) instituída pela Portaria 1.600/GM/MS de 07 de julho de 2011;
- Rede de Atenção Psicossocial para Pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, instituída pela Portaria nº 3.088/GM/MS de 23 de dezembro de 2011;

- Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria nº 793/GM/MS de 24 de abril de 2012, e seu financiamento instituído por meio da Portaria nº 835/GM/MS de 25 de abril de 2012;
- Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, instituída pela Portaria 483/GM/MS de 01 de abril de 2014;

Considerando as portarias citadas, iniciou-se a construção coletiva dos planos de ação das redes, observando as peculiaridades de cada rede temática e sua inserção em cada região.

Rede de Urgência e Emergência (RUE)

Em conformidade com o Plano Estadual de Estruturação da Rede de Atenção às Urgências do RN – RAU/RN, a Região Metropolitana Leste I, denominada de Região Metropolitana Ampliada (RMA) foi priorizada como área inicial do processo de organização da RAU no RN, envolvendo os 16 (dezesseis) municípios que a constituem, quais sejam, Natal, Parnamirim, São Gonçalo do Amarante, Macaíba, Extremoz, Ceará-Mirim, São José de Mipibu, Nísia Floresta, Monte Alegre, João Câmara, Touros, Santo Antônio, Goianinha, Canguaretama, Macau e Nova Cruz.

Entretanto, por questões de viabilidade operacional, o resultado da negociação que antecedeu a implantação da RAU, consolidado no Parecer Técnico emitido pela Coordenação Geral de Atenção Hospitalar/Departamento de Atenção Especializada/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde, apontou a substituição do município de Macau pelo município de Lajes, passando este último a integrar a Região Metropolitana Ampliada, cuja conformação encontra-se disposta no quadro a seguir apresentado, indicando a região de saúde de vinculação de cada município.

QUADRO 2 - MUNICÍPIOS QUE COMPÕEM A REGIÃO METROPOLITANA AMPLIADA DE NATAL

Municípios que compõem a Região Metropolitana Ampliada de Natal:		
Região de Saúde	Município	População
7ª Região de Saúde Metropolitana	240360 Extremoz	24.569
	240710 Macaíba	69.467
	240810 Natal	803.739
	240325 Parnamirim	202.456
	241200 São Gonçalo do Amarante	87.668
1ª Região de Saúde São José de Mipibú	240220 Canguaretama	30.916
	240420 Goianinha	22.481
	240780 Monte Alegre	20.685
	240820 Nísia Floresta	23.784
	241480 Nova Cruz	10.719
	241150 Santo Antônio	22.216
	241220 São José de Mipibu	39.776
3ª Região de Saúde João Câmara	240670 Lajes	10.381
	240260 Ceará-Mirim	68.141
	240580 João Câmara	32.227
	241440 Touros	31.089
	Total	1.500.314

Fonte: IBGE 2010.

Fonte: Parecer da Coordenação Geral de Atenção Hospitalar/Departamento de Atenção Especializada/SAS/MS (2012).

A Portaria Nº 1.600, de 7 de julho de 2011 aponta os componentes da RUE conforme figura abaixo. Observa-se que a atenção primária constitui-se como a base para alcance de uma atenção integral, perpassando desde a promoção e prevenção até ações que demandam um nível de complexidade maior.

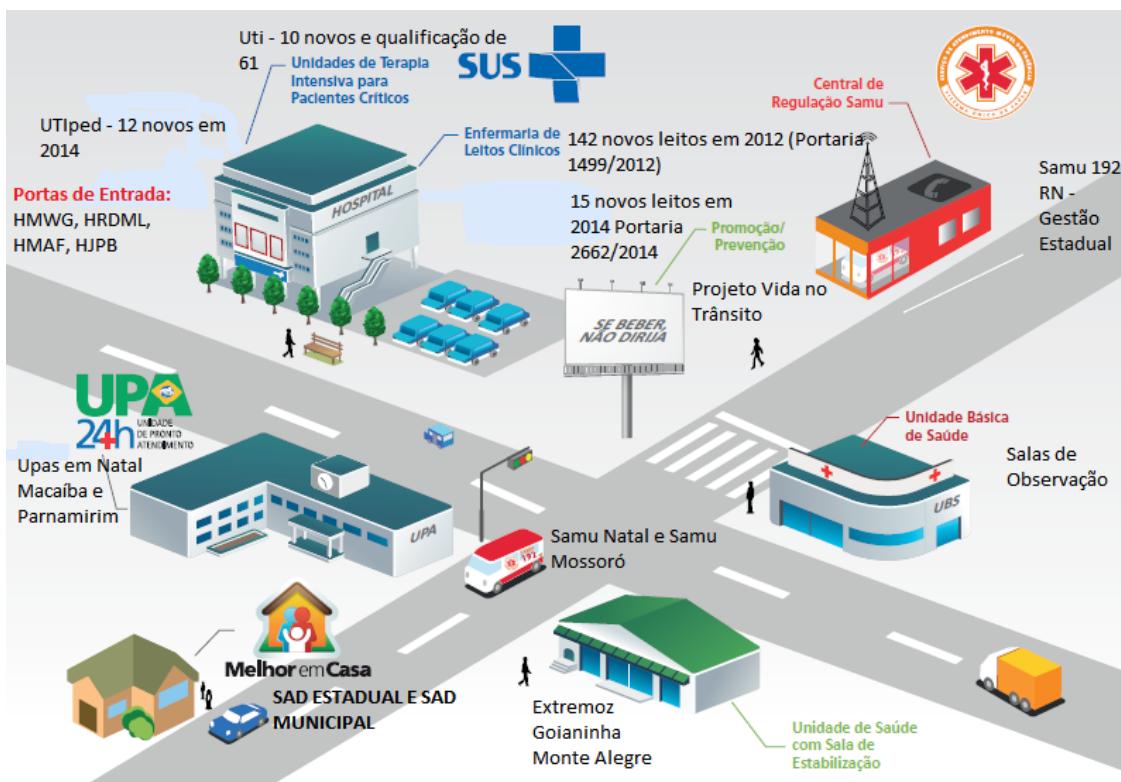
Figura 3– Componentes da Rede de Urgência e Emergência – RUE



Fonte: SAS/MS, 2011.

Em se tratando de RN atualmente o panorama dos componentes da RUE apresenta-se conforme a figura descrita abaixo.

Figura 4 – Panorama da Rede de Urgência e Emergência - RUE



Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Rede Prioritária de Atenção à Saúde instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. Sua finalidade é a criação, ampliação e articulação de diversos componentes de rede e seus pontos de atenção à saúde 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) e da intersetorialidade. Segue abaixo os componentes da RAPS (Fig. 5) e o panorama no RN (quadro 3).

Figura 5 - COMPONENTES DA RAPS

QUADRO 3 - PANORAMA DA RAPS NO RN

REGIÃO/ MUNICIPIO	ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	ATENÇÃO PSICOSOCIAL ESPECIALIZADA - CAPS						ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO			ATENÇÃO HOSPITALAR	ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	
PONTO DE ATENÇÃO	CONSULTÓRIO DE RUA	I	II	III	A	A	I	UNIDADE DE ACOLHIMENTO - ADULTO	UNIDADE DE ACOLHIMENTO - ADULTO	SERVIÇO DE ATENÇÃO EM REGIME RESIDENCIAL	LEITOS SAÚDE MENTAL	SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS	PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA
I REGIÃO		04	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-
II REGIÃO		05	02	-	01	01	01						
III REGIÃO		03	01	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-
IV Região		03	-	01	-	01	-	-	-	-	-	01*	-
V REGIÃO		02	01	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-
VI REGIÃO		01	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VII Região	03	-	06	01	01	01	01	-	-	-	06 leitos (HUOL) 05 Hosp.Maria Alice*	03*	05 beneficiados
VIII Região		01											

* Hospital Maria Alice Fernandes – não habilitado

* 04 Residências Terapêuticas - não habilitadas

* CAPS de touros – aguardando portaria de habilitação

*CAPS de Parnamirim 01- aguardando portaria de habilitação

Apesar dos avanços obtidos nos últimos anos no contexto da saúde mental observa-se a necessidade de ampliação da oferta de pontos de atenção para a RAPS. Dentre eles, o aumento da cobertura de leitos de saúde mental em hospitais gerais, implantação de unidades de acolhimento e aumento no número de CAPS. Ressalta-se que ainda contamos com leitos em hospital psiquiátrico e ambulatórios de saúde mental.

Rede de Cuidados à Pessoa Com Deficiência (RCPD)

Segue a orientação nacional na busca, por meio da formulação de políticas públicas, garantir a autonomia; a ampliação do acesso à saúde; à educação; ao trabalho, entre outros, com objetivo de melhorar as condições de vida das pessoas com deficiência. A RCPD é conduzida por um Grupo Condutor composto por uma coordenação e por técnicos que representam vários setores da SESAP, além de representantes dos Conselhos e outras instituições. Para a efetivação da Rede no Estado a SESAP coordenou a formulação dos Planos Regionais da Rede, já aprovados em CIR e CIB, com exceção da I Região de Saúde que está com o plano em construção com a conclusão prevista para segundo semestre de 2016.

A mudança na lógica de financiamento, preconizada pela portaria 835 de abril de 2012 para Produção X Custeio (+ OPM) e assim como a mudança de modelo de atenção de caráter assistencialista para um modelo centrado no direito social, inclusão e autonomia, possibilitou o aumento da adesão de vários municípios e instituições filantrópicas na referida Rede.

O Rio Grande do Norte tem 2 serviços de reabilitação habilitados pelo Ministério da Saúde como CER, sendo 1 na esfera estadual e 01 filantrópico Especializado em Reabilitação-CER, 3 em construção (Quadro 4), e 5 aguardando habilitação (Quadro 5), além desses CER ainda há 1 Oficina Ortopédica Fixa em processo de construção. Também integram as ações de saúde da RCPD, os Centros de Especialidades Odontológicas- CEO e Tratamento Fora de Domicílio (TFD) em sua maioria para a Rede Sarah Kubitschek, AACD e serviços de neurocirurgia. Em relação à assistência às pessoas ostomizadas e/ou com incontinência urinária e/ou fecal, o Estado disponibiliza as bolsas e adjuvantes de

forma descentralizada já atendendo a população nos serviços da região metropolitana e oeste.

QUADRO 4 - SERVIÇOS HABILITADOS OU COM PROPOSTAS DE CONSTRUÇÃO QUE JÁ RECEBERAM RECURSO.

Município	Modalidade CER	Portarias
Natal – Centro Especializado em Habilitação e Reabilitação do RN- CERHRN (antigo CRI) Estadual	CER III Auditiva – 61 Física Intelectual	Habilitado 496/SAS/MS de 03/05/2013
Pau dos Ferros - Associação Beneficente N. Sra. da Conceição Organização Social	CER II 61 Física – Intelectual	Habilitado 1041/SAS/MS de 06/10/2015
São G. do Amarante Municipal	CER III Auditiva – 61 Física – Intelectual	Construção CER 2. 137/GM/MS de 21/12/ 2015.
Parnamirim Municipal	CER III Auditiva – Física –Visual	Construção CER 200/SAS/MS de 12/02/2014 Construção Of. Ortopédica 3. 245/GM/MS de 26/12/13
Maxaranguape Municipal	CER II Auditiva – Física	Construção 441/GM/MS de 17/03/2016
Mossoró Municipal	CER III Auditiva – Física Intelectual – Visual	Construção CER 3. 183/GM/MS de 24/12/13 Construção Of. Ortopédica 3. 245/GM/MS de 26/12/13

FONTE: GRUPO CONDUTOR ESTADUAL DA RPCD

QUADRO 5 - PROPOSTAS DE HABILITAÇÃO EM ANDAMENTO

Município	Componente	Modalidade	Nome do Estabelecimento	Nº da proposta
Areia Branca	CER II	Física e Intelectual	Centro de Reabilitação de Areia Branca	11548
Santa Cruz	CER III	Auditiva, Física e Intelectual	Centro Especializado em Reabilitação	11533
Guamaré	CER II	Física e Intelectual	Centro Especializado em Reabilitação de Guamaré	11567
Macaíba	CER III	Auditiva, Física e Intelectual	Centro de Educação e Pesquisa em Saúde Anita Garibaldi	11602
São José de Mipibu	CER III	Auditiva, Física e Visual	Centro de Reabilitação Educacional	11606

FONTE: GRUPO CONDUTOR ESTADUAL DA RPCD

Rede Cegonha (RC)

A rede temática denominada Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Portaria GM MS nº 1.459/2011, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. A Rede Cegonha propõe a execução de 5 fases, quais sejam: diagnóstico e adesão à Rede Cegonha, desenho regional, contratualização dos pontos de atenção, qualificação dos componentes e certificação.

O Estado do RN aderiu à Rede Cegonha, seguindo as fases propostas para sua implantação, iniciando com a aprovação da Matriz diagnóstica do Estado na CIB, (***Deliberação 701 – de 23/08/2011***), instituição do Grupo Condutor (***Portaria nº 380/GS de 29/09/2011, revogada pela Portaria 072/2012***) e homologação da região prioritária na CIB (***deliberação 722 de 20/10/2011***), em agosto/2011.

Atualmente todas as regiões de saúde do Estado possuem os planos de ação da RC aprovados em CIR e CIB. Receberam recursos para investimento da rede a II, VI, VII e VIII Regiões de Saúde e recursos de custeio para média e alta complexidade apenas a II e VII Regiões. As demais permanecem no aguardo da aprovação dos planos pelo Ministério da Saúde, o quadro 6 apresenta o panorama de investimentos da RC.

Considerando o componente pré-natal, o RN desenvolveu ações para implantação dos testes rápidos de HIV, Hepatite, Sífilis, capacitações para qualificação do pré-natal de risco habitual com identificação de riscos, protocolo de assistência materno infantil, AIDPI Neonatal.

QUADRO 6 - PANORAMA GERAL DE INVESTIMENTOS DA REDE CEGONHA NO ESTADO DO RN

Região Metropolitana (7 ^a)				
SERVIÇO	INVESTIMENTO		CUSTEIO	
	CONSTRUÇÃO, AMPLIAÇÃO E REFORMA	EQUIPAMENTO	QUALIFICAÇÃO E CUSTEIO	HABILITAÇÃO E CUSTEIO
Hospital Dr. José Pedro Bezerra	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ampliação da Casa da Gestante Bebê e Puérpera - CGPB; ▪ Construção do Centro de Parto Normal - CPN ▪ Reforma para adequação da ambiência do alojamento conjunto ▪ Ampliação da UTIN ▪ Ampliação da ambiência para mais 03 leitos de UCINca 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipamentos para o Banco de Leite ▪ Equipamentos para UTIN 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 18 leitos de UTIN ▪ 15 leitos de UCINco ▪ 06 leitos GAR existentes 	<ul style="list-style-type: none"> • 05 leitos de UTI Adulto • 12 leitos de UCINca existentes
Maternidade Escola Januário Cicco	----	▪ Equipamentos para sala de parto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 06 leitos de UTI adulto ▪ 10 leitos de UTIN ▪ 05 leitos de UCINco ▪ 09 leitos GAR 	-----
Maternidade Prof. Leide Morais	▪ Ampliação/reforma para adequação de ambiência	-----	---	-----
Unidade Mista de Felipe Camarão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reforma para adequação de ambiência ▪ Reforma para Centro de Parto Normal - CPN ▪ Ampliação - desistência do proponente 	-----	---	-----
Maternidade das Quintas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reforma para adequação de ambiência do centro obstétrico ▪ Ampliação da ambiência (desistência do proponente) 	----	---	---
Hospital Cel. Pedro Germano	----	-----	06 leitos de UTIN existentes	----
Hospital Infantil Varela Santiago	----	▪ Aquisição de equipamentos para 10 leitos de UTIN	----	10 leitos de UTIN
Hospital Maria Alice Fernandes	---	-----	Custeio de 05 leitos de UTIN existentes	-----
Incor Natal	---	-----	Custeio de 03 leitos de UTIN existentes	---
Maternidade Divino Amor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ampliação para adequação de ambiência ▪ Ampliação da Casa da Gestante Bebê e Puérpera - CGBP e Centro de Parto Normal - CPN ▪ Ampliação da UTIN. 	----	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 leitos de UTIN ▪ 05 leitos de UCINco 	Habilitação da Casa da Gestante Bebê e Puérpera - CGBP existente Serviço habilitado para gestação de alto risco - 06 leitos GAR
Hospital Regional Alfredo Mesquita Filho	▪ Reforma e ampliação para adequação da ambiência do alojamento conjunto	▪ Aquisição de equipamentos	---	-----
Maternidade Pres. Café Filho	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ampliação para adequação de ambiência do Centro Obstétrico ▪ Ampliação do Centro de Parto Normal 	---	---	---

2ª REGIÃO				
SERVIÇO	INVESTIMENTO		CUSTEIO	
	CONSTRUÇÃO, AMPLIAÇÃO E REFORMA	EQUIPAMENTO	QUALIFICAÇÃO E CUSTEIO	HABILITAÇÃO E CUSTEIO
Maternidade Almeida Castro (Casa de Saúde Dix Sept Rosado)	---	---	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 05 leitos de UTI adulto ▪ 06 leitos de UTIN 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 07 leitos de UCINco ▪ 08 leitos de UCINca
Hospital da Mulher Parteira Maria Correia	----	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aquisição de equipamentos para o Banco de Leite 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 leitos de UTIN ▪ 09 leitos de UTI adulto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 07 leitos de UCINco
Hospital Regional Dr. Aguinaldo Pereira da Silva		---		
6ª Região				
SERVIÇO	INVESTIMENTO		CUSTEIO	
	CONSTRUÇÃO, AMPLIAÇÃO E REFORMA	EQUIPAMENTO	QUALIFICAÇÃO E CUSTEIO	HABILITAÇÃO E CUSTEIO
Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ampliação e Reforma para adequação da ambiência do Centro Obstétrico 	---	---	---
Hospital Maternidade Joaquina Queiroz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reforma para adequação de ambiência do Centro Obstétrico. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aquisição de equipamentos para ambiência (proposta aprovada, porém aguardando repasse de recursos) 	---	---
Hospital Maternidade Guiomar Fernandes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reforma para adequação de ambiência do Centro Obstétrico. 	---	---	---
8ª Região				
SERVIÇO	INVESTIMENTO		CUSTEIO	
	CONSTRUÇÃO, AMPLIAÇÃO E REFORMA	EQUIPAMENTO	QUALIFICAÇÃO E CUSTEIO	HABILITAÇÃO E CUSTEIO
Hospital Regional Nelson Inácio dos Santos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ampliação para adequação de ambiência do Centro Obstétrico 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipamentos para Sala de parto 	---	---

Rede de Cuidados à Pessoa com Doenças Crônicas:

Mendes (2011) afirma que “a melhoria da saúde das pessoas portadoras de condições crônicas requer transformar um sistema de atenção à saúde que é essencialmente reativo, fragmentado, episódico, respondendo às demandas de condições e eventos agudos, em um outro sistema que seja proativo, integrado, contínuo e focado na promoção e na manutenção da saúde.” Tal afirmação mostra-se no dia a dia como o grande desafio em saúde pública.

Como tentativa de superação da fragmentação do cuidado surgiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Doenças Crônicas, a qual é desenhada a partir de linhas prioritárias. A seguir descrevem-se as linhas de cuidado ao paciente oncológico e às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito do RN.

Linha de Oncologia

Considerando a premissa da atenção à saúde de forma integral, a organização da Linha de Cuidado de oncologia envolve intervenções na promoção da saúde, na prevenção, no tratamento, na reabilitação e nos cuidados paliativos, englobando diferentes pontos de atenção à saúde, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, a custos compatíveis, com base na evidência disponível na literatura científica (BRASIL, 2013), como se pode verificar no exemplo figurativo abaixo.

Figura 6 – Linha de Cuidado de Oncologia



Para que isso aconteça torna-se necessário que o acesso desse paciente aos serviços que fazem parte dos diversos componentes seja viabilizado

possibilitando que o usuário possa ter um tratamento oportuno e seguro, após serem diagnosticados com câncer e lesões precursoras de forma mais próxima possível ao domicílio da pessoa, observando-se os critérios de escala e de escopo.

As ações de promoção da saúde com enfoque na atenção oncológica estão em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde, quais sejam: estimular a alimentação saudável, implementar a vigilância nutricional para redução da obesidade, estimular a prática de atividade física, dirimir o uso de agrotóxicos e controlar e reduzir o uso de tabaco e álcool. Ocorrem de sobremaneira na atenção básica, que está mais próxima do cotidiano das mulheres e as acompanha ao longo da sua vida. É fundamental a disseminação da necessidade dos exames e da sua periodicidade, bem como dos sinais de alerta que podem diagnosticar precocemente um câncer.

A Rede Estadual de Média Complexidade em Oncologia do RN é composta por 27 laboratórios de citopatologia para realização da leitura das lâminas colhidas durante o exame de Papanicolau como ação de prevenção do câncer de colo uterino pelos diversos profissionais da rede e de 41 serviços de mamografia para realização do rastreamento e o seguimento como prevenção do câncer de mama.

Apesar disso ainda temos alguns vazios assistenciais e para tal, o governo do estado do RN, através de um financiamento feito ao Banco Mundial e de um acordo de cooperação entre o Estado e municípios deverá construir quatro Centros de Diagnóstico de Câncer de Mama e Útero, nos seguintes municípios: Santo Antônio da 1^a RS, João Câmara da 3^a RS, Açu da 8^a RS e São Paulo do Potengi da 5^a RS. Atualmente em andamento os centros de João Câmara e São Paulo do Potengi, sendo que os de Assu e Santo Antonio foram cancelados devido ao não cumprimento dos prazos estabelecidos pelo acordo.

Complementando as ações de diagnóstico deverá ser construído e equipado um laboratório para realização dos exames de anatomo-patologia e citopatologia, no município de Natal que será referência estadual para atender toda a demanda de biópsias, realizarem o controle de qualidade das lâminas de exames citopatológicos de todo o Estado e deverá ser realizado também punção de mama guiada por ultrassonografia melhorando os serviços de diagnóstico do Estado.

O Rio Grande do Norte dispõe de 07 serviços habilitados em oncologia. Esses serviços habilitados são centralizados em sua maioria na 7ª RS (Natal) e apenas dois serviços são regionalizados no município de Mossoró (2ª RS), segunda maior cidade em termos populacionais do Estado, ficando os vazios assistenciais nas demais regiões de saúde.

A habilitação desses serviços conforme registro no Ministério da Saúde é de: 04 UNACONs (Hospital Universitário Onofre Lopes, Hospital do Coração, Natal Hospital Center e o Hospital Wilson Rosado), 01 UNACON exclusiva de Oncologia Pediátrica (Hospital Infantil Varela Santiago), 01 UNACON com Serviço de Radioterapia (Liga Mossoroense de Estudo e combate ao Câncer) e 01 CACON com Serviço de Oncologia Pediátrica (Liga Norte-Rio-Grandense contra o câncer).

Esses serviços habilitados em oncologia devem realizar atendimento integral aos usuários do SUS conforme preconiza as normativas vigentes do Ministério da Saúde. Disponibilizam 128 leitos (clínicos e cirúrgicos) cadastrados junto ao SUS para atender aos pacientes oncológicos.

Conforme determina os parâmetros populacionais, o Estado do RN tem quantidade suficiente de serviços de oncologia para atender aos pacientes oncológicos, porém o que preocupa e o que dificulta a efetivação dessa assistência é justamente o fato desses serviços serem centralizados na capital do Estado, fazendo com que a maioria dos pacientes seja direcionada, principalmente para o CACON, detentor inclusive da maioria das cotas pactuadas através da PPI estadual.

O Plano de ação da linha de Atenção Oncológica do Estado do Rio Grande do Norte encontra-se em construção e contempla a análise situacional do Estado do Rio Grande do Norte, através de sua caracterização demográfica, traça o seu perfil epidemiológico, mostra a sua rede assistencial em todos os seus níveis de atenção e discorre sobre os sistemas logísticos, os sistemas de regulação e a sua Governança. Nesse trajeto, foram apontadas as dificuldades encontradas para operacionalizar todo esse processo e foram propostas ações para que se possa melhorar a assistência oncológica no nosso estado e dessa forma se possa prestar atendimento aos seus usuários conforme preconiza as diretrizes do Sistema único de Saúde, garantindo a integralidade do cuidado à saúde.

Linha de Cuidado às Pessoas com Sobre peso e Obesidade

A Linha de Cuidado (LC) estabelece um pacto entre os diversos atores dos pontos de atenção da RAS, estabelecendo fluxos de referência e contrarreferência para assistir o usuário com excesso de peso e obesidade no SUS. As linhas definem a organização dos serviços e as ações que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio, e podem utilizar de vários tipos de estratificação (clínica, de risco, entre outras) para definir estas ações (BRASÍLIA, 2014).

Atualmente a LC às pessoas com sobre peso e obesidade está pactuada na CIR da 1^a e 4^a Região de Saúde e a 7^a Região com pactuação na CIR E CIB. Os municípios das regiões de saúde com a LC estão atuando na Atenção Básica com a formação de grupos de obesos com o intuito de trabalhar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Os usuários que precisem de acompanhamento com a Atenção Especializada, serão encaminhados para a referida atenção via sistema municipal. As Regionais de Saúde e o Nível Central da SESAP/RN ficam no apoio logístico aos municípios para esclarecimentos sobre condutas e apoio a capacitações quando necessário.

Durante o atendimento na Atenção Básica e na Atenção Especializada o intuito é manter ou reduzir o peso do usuário obeso. Dentro dos grupos de obesos, quando os profissionais identificam sujeitos que precisam realizar a cirurgia bariátrica, após a realização do protocolo EOSS - *Edmonton Obesity Score System*, método sugerido pela Federação Internacional de Cirurgia da Obesidade (IFSO - *International Federation of Surgery for Obesity*), ocorre uma discussão do caso clínico com a equipe técnica do hospital de referência do Rio Grande do Norte (HUOL). As discussões dos casos clínicos são realizadas de forma virtual através da plataforma do Ambiente Virtual de Aprendizagem do Telessaúde desenvolvida para o grupo condutor da LC (avatelessaude.sedis.ufrn.br).

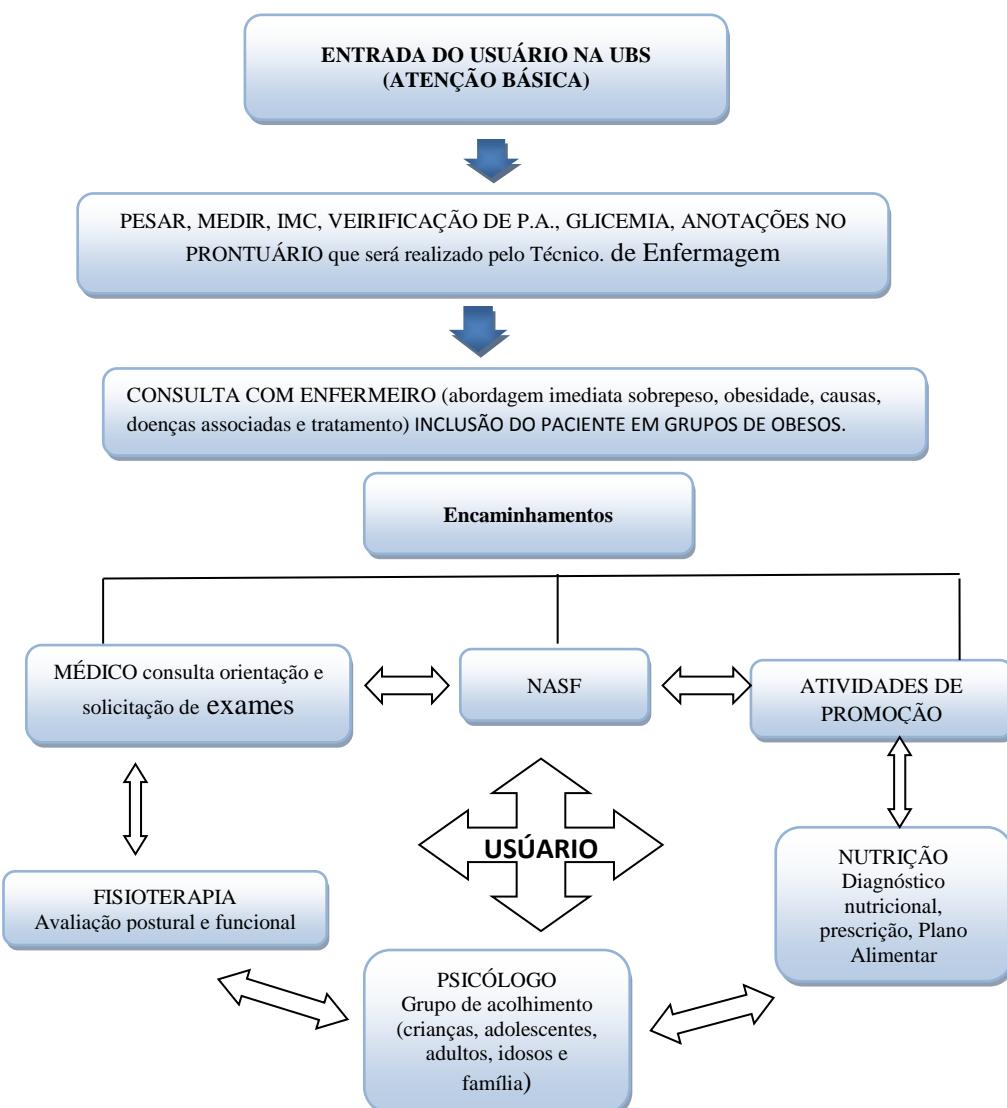
A partir da discussão do caso clínico e configurada a necessidade de realização do procedimento cirúrgico, os profissionais do município envolvidos dentro da Linha de Cuidado às pessoas com sobre peso e obesidade iniciam um acompanhamento diferenciado com o paciente para orientá-lo sobre as mudanças que pós-procedimento cirúrgico. Nesse momento, ocorre também a solicitação de

exames bioquímicos e de imagem para que o paciente possa realizar a cirurgia com maior brevidade.

Quando a equipe conclui as ações necessárias, o paciente obeso é inserido no sistema de regulação (SISREG) para realização da cirurgia bariátrica no hospital de referência. Para que o paciente tenha acesso à realização da cirurgia, é preciso que a SMS do município esteja com as pontuações adequadas pela PPI.

Após o procedimento cirúrgico, o paciente fica sendo acompanhado pela equipe técnica do hospital (conforme orientação da portaria 425), e concomitante com a equipe da AB. Os profissionais do hospital e da atenção básica do município dão continuidade com a evolução dos casos através do ambiente virtual do Telessaúde.

Figura 7 - FLUXO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE COM SOBREPESO E OBESIDADE



FORTALECIMENTO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE - PROJETO RN SUSTENTÁVEL

O Projeto RN Sustentável tem, entre seus objetivos, contribuir para reverter o cenário de baixo dinamismo socioeconômico regional do Estado, e apoiar ações de modernização da gestão do setor público para prestação de serviços de forma mais eficaz e eficiente, visando à melhoria da qualidade de vida da população potiguar.

A construção das estratégias de desenvolvimento regional do Estado passou por estudos que se complementaram e identificaram, na área da saúde, os vazios assistenciais, e obtiveram entre os resultados a necessidade de fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde - RAS, tendo foco na melhoria da qualidade da atenção à saúde, priorizando a rede de atenção materno infantil, a rede de atenção às doenças crônicas, com ênfase na prevenção de câncer de colo de útero e mama, e a rede de atenção às urgências e emergências.

O projeto é coordenado pela SEPLAN e as ações no âmbito da saúde são desenvolvidas pela **Unidade Executora Setorial – UES**. A aplicação dos investimentos foi norteada pelo quadro epidemiológico do Estado, conforme dados disponíveis nos sistemas de informações do Ministério da Saúde.

REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A atividade de regulação no RN foi iniciada em 1991, através da instalação da Central de Exames, Consultas e Internação – CECI, que utilizava um sistema informatizado em plataforma COBOL, desenvolvido no próprio Estado. Funcionava através de subcentrais regionais, coordenadas pela gestão estadual.

Em 2006 ocorreu o processo de descentralização da regulação assistencial, com a criação de 04 (quatro) Centrais Municipais de Regulação (Natal, Mossoró, Caicó e Pau dos Ferros), com abrangência regional, as quais utilizavam a ferramenta eletrônica disponibilizada pelo Ministério da Saúde – SISREG II.

O Complexo Estadual de Regulação do SUS - CER-SUS/RN faz parte da Implantação da Política Estadual de Regulação desde 2011 com o projeto de *Implantação e/ou Implementação de Complexos Reguladores e Informatização das*

Unidades de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte, aprovado via Deliberação Nº. 1118 / 14 – CIB / RN, 24 de Julho de 2014.

Porém, a partir de 2011, foi elaborado o projeto de *Implantação e ou Implementação de Complexos Reguladores no Estado do RN*, dentro da lógica de Centrais de Regulação Regionais, fazendo-se necessário a estruturação e qualificação dos serviços em ambientes adequados, nos quais as áreas físicas foram planejadas para atender às premissas da humanização e da otimização dos recursos e dos processos de trabalho.

O Complexo Estadual de Regulação foi implantado em outubro de 2012, como instrumento auxiliar de gestão, obedecendo ao Projeto de Implantação e Implementação de Complexos Reguladores de acordo com a Portaria 3015/2011 da SAS/MS.

Diante do novo modelo de operacionalização da regulação, que se deu em forma de cogestão, entre os municípios sede das Unidades Regionais de Saúde Pública- URSAP e a SESAP, garantindo o acesso às ações e serviços de saúde disponibilizados pelo SUS, de forma transparente, integral e equânime; orientando e ordenando os fluxos assistenciais para consultas e exames especializados de média e alta complexidade ambulatorial, acesso a atendimentos de urgência e emergência e internações.

O Complexo Estadual de Regulação instituído como unidade administrativa exerce suas atividades de forma unificada com os demais integrantes do Sistema de Regulação, coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde, sendo organizado de forma regionalizada, constituindo-se em uma rede interfederativa de serviços. O Complexo Regulador deve executar suas atividades por meio das seguintes estruturas organizacionais:

- 07 Centrais Regionais de Regulação;
- A Central de Urgência e Emergência - SAMU;
- A Central de Captação e Doação de Órgãos (Transplantes);
- O Serviço de Tratamento Fora do Domicílio – TFD;
- A Central Estadual de Alta Complexidade - CERAC.

O Complexo Estadual de Regulação baseia-se nas diretrizes do Plano Diretor de Regionalização do Estado resultando na implantação/implementação de

07 Centrais Regionais de Regulação, localizadas nos seguintes municípios: Natal, Mossoró, Caicó, Pau dos Ferros, João Câmara, São José de Mipibu e Santa Cruz. As Centrais Regionais de Regulação são gerenciadas em forma de cogestão com a Secretaria Estadual de Saúde.

A Central de Regulação de Natal, também chamada de Central Metropolitana de Regulação, está instalada no nível central da Secretaria de Estado da Saúde Pública, ampliando sua abrangência para a região.

As Centrais de Regulação Regional Metropolitana e do Seridó são gerenciadas por representantes técnicos efetivos dos municípios sede de cada região e representantes da Secretaria Estadual de Saúde, estabelecendo um processo de cogestão. As demais centrais estão em processo de formalização.

As centrais de transplantes, SAMU e o serviço de Tratamento Fora do Domicílio são coordenados por representantes exclusivamente da Secretaria Estadual de Saúde.

Para possibilitar ações regulatórias de consultas, exames e internações são utilizados o Sistema de Regulação – SISREG III, disponibilizado pelo MS/SAS/DATASUS, para o gerenciamento e operação das Centrais de Regulação.

A atuação da Assistência Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar de Urgência (SAMU) se dá com escuta médica permanente (24 horas), para regular a assistência às urgências e emergências no domicílio ou via pública, com garantia de acesso racional às portas de urgências observando as normas técnica instituídas.

A Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) incorpora a estrutura já existente no sentido de potencializar a captação e distribuição de órgãos e tecidos, provendo o Sistema de uma melhor equidade aos pacientes em fila de espera para transplante.

Quanto à CERAC, atua articulando os agendamentos dos procedimentos que fazem parte do elenco da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC, conforme estabelece a PORTARIA SAS nº. 39 de 06 de fevereiro de 2006.

A ação regulatória é o elemento ordenador e orientador dos fluxos assistenciais, sendo responsável pelo mecanismo de relação entre a gestão e os vários serviços de saúde, assim como da relação entre esses serviços. Deve ser

iniciada na Atenção Primária que exerce função de coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde.

Assim, a regulamentação em complementaridade à Política Nacional de Regulação no RN tem sido efetivada por meio das seguintes normativas:

- PORTARIA 91 de 29 de Março de 2007 – Institui o Complexo Estadual de Regulação do SUS/RN como unidade de apoio hospitalar 24 horas.
- PORTARIA 118 de 15 de Abril de 2008 – Institui as normas de regulação de pacientes entre as instituições, delegando à UGV do HMW autoridade sanitária para regular as transferências.
- PORTARIA 01 de 2013, publicada em 07 de janeiro de 2014 → Define o fluxo para organização das solicitações e autorizações dos tratamentos oncológicos aos usuários do SUS no âmbito estadual do RN.
- PORTARIA 02 de 07 de janeiro 2014 → Regulamenta a atuação dos Médicos reguladores vinculados ao CER no Estado do RN. (Autoridade Sanitária)
- PORTARIA 360 de 24 de Setembro de 2014 → Institui a Semana da oncologia
- PORTARIA CONJUNTA 03 de 15 de dezembro de 2014 – Regulamenta a composição técnica do colegiado.
- PORTARIA 411 de 29 de Outubro 2014 → Cria o Núcleo Interno de Regulação na rede hospitalar Secretaria Estadual de Saúde do RN
- PORTARIA 412 de 29 de Outubro 2014 → Cria os supervisores assistenciais- médicos, nos hospitais estaduais de referência da rede estadual de saúde.
- PORTARIA 413 de 29 de Outubro 2014 → Estabelece a Central de Regulação do Acesso e de Leitos Hospitalares – Revoga a Portaria 118/2008.
- DECRETO → 24.780 de 06 de Novembro de 2014. Cria a CER como Unidade Administrativa entre outras.
- Resolução da CIR nº 17 de 24 de setembro de 2014 – APROVA o Regimento Interno da CMR.
- Deliberação Nº. 1552 / 14 – CIB / RN, 21 de Outubro de 2014. Aprova o Porte IV para a Central Metropolitana de Regulação (CMR).

- PORTARIA nº. 31 de 24 de Fevereiro de 2015. Designa a atual Coordenação da CMR.

Os complexos reguladores têm por atribuições:

- Garantir que o acesso às ações e serviços de saúde sejam disponibilizados pelo SUS, de forma transparente, integral e equânime;
- Orientar e ordenar os fluxos assistenciais;
- Monitorar o cumprimento dos pactos de garantia de acesso estabelecidos;
- Monitorar o padrão de integralidade;
- Disponibilizar a oferta regional/inter-regional de acordo com a programação das ações e serviços de saúde.

Figura 8 - DISTRIBUIÇÃO DAS CENTRAIS REGIONAIS DE REGULAÇÃO NO RIO GRANDE DO NORTE



A Política de Regulação da Atenção à Saúde no RN tem como objetivo implementar uma gama de ações meio que incidam sobre os prestadores públicos e privados, de modo a orientar uma produção eficiente, eficaz e efetiva de ações de saúde, buscando contribuir na melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolubilidade e da humanização destas ações. Deve, portanto articular e integrar mecanismos que permitam aos gestores e profissionais de saúde regular as ações e serviços de saúde, tais como: fazer dos contratos, pactos entre gestores e prestadores; reformular as atividades de controle assistencial e da avaliação da atenção à saúde; desenvolver os protocolos assistenciais e implementar a regulação do acesso por meio dos complexos reguladores.

GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde é estratégica para a consolidação do SUS porque representa a base de sustentação do sistema, em virtude do mesmo ter a sua potência alicerçada nos seus trabalhadores. A descentralização da gestão das políticas públicas, conforme o disposto na Lei Orgânica do SUS (Lei nº 8.080/1990) redefiniu a organização político-administrativa do sistema de saúde, a partir de então as gestões municipais, estaduais e a união precisaram repensar seus papéis para a construção de um novo modo de operar o SUS.

A Constituição Federal no Art. 200, Inciso III estabelece que “cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” e a Lei Orgânica do SUS regulamenta este dispositivo constitucional com a institucionalização da política nacional da Educação e Desenvolvimento no âmbito do SUS, tanto na Formação de Profissionais como na Educação Permanente em Saúde. Este marco legal define diretrizes para a participação protagonista do SUS, na reorientação dos perfis profissionais com vistas ao desafio da adequação da formação de profissionais de saúde em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, às necessidades e ao desafio da efetivação do direito de saúde da população o que inclui como relevante para a população a organização da rede de serviços de saúde como rede-escola para oferta de cenários de ensino a estudantes no momento da formação. A educação como política estratégica para o SUS cria as condições para garantir a oferta de programas - presenciais e à distância - de educação permanente em saúde para servidores do SUS. Logo em seguida, a Lei nº 8.142/1990, ao tratar do financiamento do SUS, definiu como condição para o repasse de recursos a criação de Comissão de elaboração de Planos de Carreira, Cargos e Salários no âmbito dos estados e municípios, apontando para a organização de um sistema com regras estabelecidas para a gestão do trabalho e desenvolvimento de seus trabalhadores, esses aspectos foram relevantes para a organização do SUS no sentido de orientar o preparo da sua força de trabalho.

Para atender ao desafio desse SUS em construção, a gestão do trabalho e da educação na saúde envolvem intervenções intrincadas, e a partir do processo de trabalho emergem demandas, por educação permanente, na perspectiva da

transformação das práticas e inovação na organização e gestão dos serviços de saúde, compreendendo um conjunto de estratégias que vão além das atividades de treinamento, capacitação, educação continuada e da burocracia que permeia os processos administrativos e de condução de planos de cargos e salários, demandando o planejamento de ações, a partir de diagnósticos situacionais e em conformidade com a complexidade da organização do setor saúde.

Em nível local alguns passos fundantes foram dados na perspectiva de consolidação de uma política efetiva da gestão do trabalho e da educação na saúde, todavia, algumas pautas necessitam, imperiosamente, se fazerem presentes nas agendas da macro gestão do sistema estadual, tais como: valorização do trabalho e dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde, melhorias das condições de trabalho e dos valores remuneratórios, negociação coletiva do trabalho, desprecarização de vínculos, política de saúde do trabalhador e trabalhadoras do SUS, agenda de trabalho decente, ações de educação permanente, dentre outras que permeiam as relações do trabalho e da educação.

É perceptível, ainda, uma fragmentação dos processos de trabalho, o que provoca aumento das especialidades, situação que perpassa toda a estrutura administrativa, hospitalar e de referência. Nesse sentido, identifica-se a necessidade de qualificação, por meio de um processo de educação permanente para a integração do saber-fazer em saúde, a partir da combinação das capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras que precisam ser mobilizadas para a realização de ações que se traduzam em desempenhos, refletindo a qualidade da prática profissional para a saúde.

A condução das áreas da Gestão das Relações do Trabalho e da Educação na Saúde dentro da estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Norte – SESAP/RN, é gerenciada pela Coordenadoria de Recursos Humanos – CRH, composta por quatro Subcoordenadorias: Gestão das Relações do Trabalho - SUGRT, Administração da Folha de Pagamento - SUAFTP, Investigação e Informação - SUIIRH e Capacitação – SUCA. O ordenamento da educação profissional para o SUS/RN e a promoção/execução de cursos de formação inicial e continuada, técnicos e de especialização técnica, é de competência do Centro de Formação de Pessoal para

os Serviços da Saúde – Dr. Manoel da Costa Souza – CEFOPE, integrante da Rede de Escolas Técnicas de Saúde do SUS – RETSUS.

Ressalta-se ainda a existência do Núcleo de Assistência ao Servidor – NASSE, que tem por missão principal oferecer aos servidores da SESAP, que apresentam dificuldades no trabalho em decorrência de alguma forma de sofrimento psíquico, um serviço qualificado tecnicamente e voltado para a melhoria das condições de trabalho, valorização do servidor e atenção à diminuição dos agravos à saúde do trabalhador, além da proposta de implantação do Núcleo de Ciência e Tecnologia – NCT, que tem por objetivo apoiar as atividades de pesquisa e desenvolvimento científico, processo de inovação, produção e incorporação de tecnologias.

Compete também a CRH coordenar a Mesa Estadual de Negociação Permanente do SUS/RN (MENP/SUS-RN). As tabelas abaixo trazem um detalhamento da força de trabalho da SESAP, atualizadas conforme dados estatísticos da SUIIRH.

Tabela 14 - FORÇA DE TRABALHO ATIVA DA SESAP-RN, POR VINCULAÇÃO

COMPOSIÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO – SESAP – JAN/17

CEDIDOS À SESAP	14	0,10
DESIGNACAO EXTRA-QUADRO	136	0,94
REQUISICAO	386	2,68
CARGO EFETIVO	13873	96,28
TOTAL GERAL	14409	100,00

Por meio desses dados pode-se constatar que atualmente o contingente de trabalhadores ativos da SESAP/RN equivale a 14.409 servidores, dentre os quais 96,28% correspondem os servidores do quadro próprio da Secretaria Estadual e 2,68% a servidores requisitados de outros órgãos da esfera pública, com base na linha de cooperação institucional para a composição da força de trabalho do SUS.

Quanto à qualificação permanente e técnico-profissionalizante, é importante destacar que as ações desenvolvidas contemplam a Gestão da Educação na Saúde, a construção da Política Estadual de Educação Permanente do RN, o Programa de Residência Médica e a criação do Programa de Residência Multiprofissional, o Programa de Estágio não obrigatório, o Programa de Estágio obrigatório, atualização das diretrizes para a ordenação da formação de profissionais de saúde no âmbito da SESAP, o Núcleo de Ciência, Tecnologia - NCT e as linhas de educação profissional do Centro de Formação de Pessoal - CEFOPE/SESAP-RN, existindo ainda o Fundo de Incentivo Técnico e Científico (FITEC) para fomentar a participação de servidores em eventos científicos e de qualificação para o trabalho.

A Comissão Estadual de Integração Ensino-Serviço – CIES (constituída pelo quadrilátero da educação permanente: gestão, educação, controle social e trabalhadores do SUS), apóia e coopera com as Comissões Intergestores Regionais (CIR) na efetivação da Política de Educação Permanente do SUS/RN, deliberando sobre a utilização dos recursos e acompanhando o trâmite e a execução dos Projetos de Educação Permanente, através da Subcoordenadoria de Capacitação – SUCA/CRH.

As necessidades de formação em saúde para o SUS/RN apresentam particularidades e lacunas significativas que devem ser consideradas no planejamento dessa área de gestão. No caso dos processos de trabalho nas Redes de Atenção à Saúde, o trabalhador deve corresponsabilizar-se pelo usuário do SUS, observando as linhas de cuidado, os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas, numa perspectiva longitudinal da atenção que perpassa por áreas estratégicas, desde a atenção à saúde, nos seus diferentes níveis, enfatizando ações de saúde coletiva, clínica e epidemiologia, até a gestão do SUS.

Assim, pretende-se que a Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde seja direcionada pelo aspecto qualitativo da profissionalização e da capacitação para os processos de trabalho, configurada a partir de metodologias problematizadoras

que estimulem a autonomia do trabalhador, em conformidade com as normativas do SUS e por meio de recursos direcionados à gestão de resultados.

Alguns elementos são fundamentais e devem ser viabilizados para dotar o sistema de saúde da funcionalidade necessária ao alcance de uma dinâmica resolutiva, como: a autonomia para os gestores das unidades administrativas, hospitalares e de referência; a adoção da gestão estratégica de RH, com valorização permanente do desempenho e a inclusão da saúde do trabalhador na gestão do cuidado com as pessoas; as linhas de negociação sobre os processos de trabalho; a profissionalização da gestão; o desenvolvimento profissional; os dispositivos para a gestão de crises e de conflitos; e os processos participativos. Vale salientar a extrema importância de consolidar-se o Plano de Carreiras, Cargos e Salários, bem como aperfeiçoar o processo de Avaliação de Desempenho, a fim de incrementar o eixo de valorização e vinculação do profissional do SUS, bem como, a qualificação das práticas para melhoria dos índices de produtividade social e de melhoria dos indicadores de avaliação do trabalho/trabalhador do SUS nos programas ofertados a população.

No quesito avaliação de desempenho dos trabalhadores da SESAP, merece destacar que após oito anos de sua implantação, com alto índice de participação dos trabalhadores nos processos avaliativos, merece uma análise mais aprofundada dos avanços e desafios dessa importante ferramenta de gestão para aperfeiçoá-la. Cabe apontar a grande quantidade de informações e dados que essa ferramenta gera, referentes à gestão do trabalho e da educação, passíveis de serem analisados e trabalhados.

Na gestão da educação a SESAP tem desafios importantes para potencializar este campo em favor da ampliação e da qualidade da oferta de serviços à população, quais sejam:

- 1) Agilizar os processos de autorização e de assinatura de cinco contratos de cursos (SESAP/UFRN) com Recursos de Portarias da Educação Permanente para que seja viabilizado o inicio dos cursos até agosto de 2017;
- 2) Implantar comitê gestor e plano de execução dos convênios SESAP/UFRN dos hospitais HMWG, HGT, HMC e Hospital do Seridó para funcionamento de unidades acadêmicas e compromissos bilaterais com a melhoria do serviço (assistência e gestão) e do ensino de graduação e Residências;

- 3) Apoiar a celebração e execução de Contratos Organizativos de Ação Pública Educação e Saúde (COAPES) que contemplem todas as regiões de saúde do Estado para viabilizar neste contexto as necessárias contrapartidas das instituições de ensino ao SUS no âmbito das secretarias municipais de saúde e da SESAP e a criação do programa estadual de preceptoria;
- 4) Criar novos programas de residência em área médica e multiprofissional no processo de estruturação de quatro unidades hospitalares (HMWG, HGT, HTM e Hospital do Seridó) previstas no Plano Estadual de Saúde para avaliação tendo em vista obter a certificação como hospital auxiliar de ensino pela comissão interministerial MEC/MS;
- 5) Atualizar a Portaria nº 176/2011 com definição de novas diretrizes para a ordenação da formação de profissionais de saúde na rede de serviços da SESAP;
- 6) Criar e implantar Portaria de diretrizes de um Programa Estadual de Contrapartidas das Instituições de Ensino à SESAP;
- 7) Criar e implantar Portaria de diretrizes de um Programa Estadual de Preceptoria da SESAP que promova a valorização desta atribuição junto ao Sistema Estadual de Avaliação de Desempenho e agregue qualidade aos processos de formação de profissionais de saúde.

A Coordenadoria de Recursos Humanos esta, portanto, se norteia a partir do que preconiza a Política da Gestão do Trabalho, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS e a Política Nacional de Humanização – PNH, priorizando ações estratégicas que atendam e contemplem às necessidades dos novos arranjos organizativos do SUS correspondentes às Redes de Atenção à Saúde, entendidas como essenciais para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS).

No atual estágio de expansão e fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família -ESF no estado do RN, comprehende-se que esta área apresenta uma grande demanda de profissionais, especialmente os que compõem a equipe mínima – Médicos, Enfermeiros, Cirurgiões-dentistas, Técnicos de Enfermagem, Atendentes de Consultório Dentário, Técnicos em Higiene Dental e Agentes Comunitários de Saúde. Assim, é importante um olhar cuidadoso para a oferta de formação e

especialização para a área de Saúde da Família, através de processos de educação permanente para essas equipes.

No âmbito da gestão de serviços de média e alta complexidade, urge pensar nas áreas profissionais e especialidades que se fazem extremamente carentes. Nessa linha de pensamento, ressalta-se que a existência de vacância, em razão da saída de servidores de nível médio e nível superior que deixaram a força ativa de trabalho, revela o aumento do déficit de profissionais. Nesse sentido, o levantamento de necessidades, a partir de um diagnóstico situacional da gestão de pessoas nos serviços da rede estadual será o marco balizador para as estratégias de ação.

Entre essas estratégias estão, a identificação de novos espaços de atuação, tendo em vista a reorganização do SUS com a construção das RAS, situação em que se propõe como meta, a realização de concursos públicos, a retomada da mesa estadual de negociação, a saúde do trabalhador que reforça a política de desprecarização do vínculo trabalhador/serviço e o das condições de trabalho.

Mediante esse aspecto, a humanização aponta para o estabelecimento de novos arranjos e pactos sustentáveis, envolvendo trabalhadores e gestores do SUS e fomentando a participação efetiva da população, provocando inovações em termos de compartilhamento de todas as práticas de cuidado e de gestão.

A Política Nacional de Humanização-PNH da Atenção e da Gestão da Saúde se propõe a desenvolver estratégias que venham possibilitar que os princípios de humanização estejam fortemente afirmados e garantidos nas unidades administrativas, hospitalares e de referência vinculadas a SESAP, como também a estimular as gestões municipais a assumirem este compromisso para com os usuários do SUS.

Por humanização compreendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde.

A PNH no RN possui estratégias de trabalho baseadas no Plano Estadual de Humanização, construído de forma coletiva. Essa construção se deu através dos Fóruns Estaduais de Humanização, que tiveram a participação de trabalhadores e gestores, e reuniões ampliadas do Comitê Estadual de Humanização, composto por representantes das várias coordenações da SESAP e das suas unidades

administrativas, as Unidades Regionais de Saúde Pública (URSAP), bem como estruturas parceiras, como a Promotoria de Defesa dos Direitos da Saúde (Ministério Público), o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC), o Conselho Estadual de Saúde (CES), o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), a Secretaria Municipal de Saúde de Natal, entre outros, conforme consta na Portaria nº 257/GS, de 17 de setembro de 2007.

Os trabalhadores da saúde são os grandes responsáveis por esta condução e, para tanto, especial atenção deve ser a eles direcionada, no sentido de proporcionar a sua participação em processos de educação permanente que favoreçam a reflexão da atenção humanizada e de boa qualidade técnica, assim como garantir investimentos tecnológicos e de infra-estrutura, com vistas a uma maior resolubilidade e qualidade da atenção prestada ao usuário do SUS.

Assim sendo, a missão mais desafiadora da CRH/SESAP, para além da operacionalização da política de gestão do trabalho e da educação em saúde que proporcione a melhoria dos processos de trabalho dos trabalhadores da SESAP, propicie a implantação de boas práticas e a consequente melhoria na oferta de serviços, é o exercício do seu papel regulador, utilizando o planejamento, sistemas de informações, controle e monitoramento da força de trabalho para olhar para o sistema de saúde como um todo, dando ênfase às regiões administrativas e aos municípios potencializando o funcionamento das RAS.

V. PLANEJAMENTO E GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA

GESTÃO EM SAÚDE

No campo da gestão em saúde é vital que se compreenda a importância dos problemas, desafios e necessidades de saúde da população, bem como da capacidade de produção de um efeito real sobre estes aspectos, coligando-os e contextualizando-os a partir de uma visão ampla, a fim de possibilitar o desenvolvimento de processos de trabalho articulados, configurando um ciclo permanentemente renovável que envolve planejamento, execução, avaliação e monitoramento. Isto porque a gestão em saúde pode ser relacionada a várias alternativas administrativas que, em geral, referem-se ao senso comum sobre o que seja gestão. Por essa razão, no que tange à consolidação do SUS, as funções gestoras são essenciais para o alcance da plena funcionalidade do sistema.

Nessa dinâmica torna-se essencial o conhecimento acerca da finalidade da gestão, tendo clareza sobre a complexidade que cerceia a identificação dos mecanismos operacionais adequados para a sua consecução, bem como o traçado das ações prioritárias, com foco em resultados, considerando objetivos e metas preestabelecidas. Isso denota que o processo decisório deve centrar-se em atitudes que proporcionem e facilitem o ajuste da estrutura organizacional para o enfrentamento dos desafios e a superação de problemas que interferem negativamente na qualidade de vida das pessoas.

Tais considerações traduzem a linha de abordagem adotada pela SESAP/RN no sentido de adequar o modelo de gestão às necessidades de suplantar as barreiras operacionais que impedem a materialização dos princípios e diretrizes do sistema de saúde no âmbito estadual, embasando a sua estruturação nos atributos de governança, profissionalização gerencial, financiamento, gestão de pessoas, tecnologia da informação, qualidade, organização do cuidado e inserção no SUS.

Apesar dos obstáculos encontrados, verifica-se a existência de coerência entre os conteúdos dos instrumentos estaduais de gestão, no que se refere à busca de uma linha de planificação capaz de atender às precisões do setor saúde, por meio de articulações e pactuações destinadas a otimizar os recursos existentes através da integração dos esforços institucionais.

Todavia, a gestão em saúde caracteriza-se como um desafio a superar, impondo um contínuo aprimoramento da sua dinâmica processual, operacional e administrativa, envolvendo conhecimentos profissionais específicos e uma permanente interação às demais áreas do campo da saúde, requisitos estes apontados pela SESAP/RN como eixos norteadores da gestão no âmbito estadual.

Diante dessas considerações verifica-se que pensar a gestão do SUS no sentido amplo é pensar na responsabilidade do gestor estadual na definição de políticas e de ações prioritárias, não se constituindo apenas pelo componente da assistência à saúde, nem tampouco pelo gerenciamento da sua rede própria de prestação de serviços (hospitais e unidades de referência) ou pela gestão de prestadores de serviços privados que estejam sob sua responsabilidade ou, ainda, de alguns programas assistenciais.

Cabe ressaltar que no estado do RN 100% dos municípios são gestores plenos do sistema, inclusive do financiamento dessas ações, cabendo ao estado, com base nos ditames do Decreto 7.508/2011:

Torna-se relevante lembrar que as metas e pontuações explicitadas nesse Plano estarão alinhadas com as pontuações asseveradas pelo Decreto nº 7.508/2011, de forma a regular a estrutura organizativa do SUS, o planejamento da Saúde, a assistência e a articulação interfederativa.

FORTALECIMENTO DA GESTÃO - PROJETO IDF/BANCO MUNDIAL

O Projeto de Fortalecimento de Desenvolvimento Institucional Estratégico IDF Grant Nº 014559, destinado à melhoria da capacidade de gestão da Secretaria de Estado da Saúde Pública em áreas específicas, foi viabilizado a partir de um Acordo de Doação firmado entre o Governo do Estado do Rio Grande do Norte e o Banco Mundial, no ano de 2012.

Dentre os principais desafios a serem enfrentados destacou-se a reorganização institucional, incluindo rotinas e competências, com vistas a uma gestão orientada por resultados. Inicialmente foi realizado um diagnóstico rápido e a recomendação de medidas de curto e médio prazo nas áreas de Planejamento e Processos, Gestão Financeira, Gestão de Recursos Humanos, Aquisições Governamentais e Gestão de Ativos. A partir de um planejamento estratégico,

capacitação de recursos humanos e implantação de planos de aquisições espera-se que sejam gerenciados de forma proativa, gerando uma economicidade que resultará na otimização dos recursos disponíveis, provenientes do Tesouro Estadual ou do Ministério da Saúde.

Na fase seguinte foram desenvolvidas ações visando o aprofundamento das questões detectadas no momento anterior, e que são fundamentais para o desenvolvimento institucional.

1. Planejamento Estratégico e Arranjos Organizacionais

O processo de planejar implica um desafio de consistência. Planejar é, essencialmente, projetar o futuro desejado e essa projeção não pode ser uma mera expressão de desejos e intenções; é vital que a projeção esteja ancorada num conhecimento consistente da realidade para que as formulações estratégicas sejam possíveis e viáveis.

Resultado de um processo efetivo de construção em bases participativas, e validadas por seus principais gestores, o Plano Estratégico 2016-2020 da SESAP é constituído pelos seguintes conteúdos:

- Missão da SESAP/RN;
- Visão 2020;
- Avaliação Estratégica;
- Objetivos Estratégicos, desdobrados em: Indicadores e Metas, Projetos Estratégicos e Estratégias Específicas;
- Mapa Estratégico e Sistemática de Monitoramento dos Objetivos Estratégicos.

2. Modelagem e Implantação do Núcleo de Gestão Estratégica

O Núcleo de Gestão Estratégica é uma ferramenta de governança pública e têm a capacidade de avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas. A aplicação dessa ferramenta nos processos de captação e gestão de recursos permite melhorar a qualidade da interação entre os diferentes atores envolvidos nas políticas e ações públicas.

O NGE foi concebido como uma central de resultados tornando-se uma estrutura de apoio aos processos e projetos estratégicos da SESAP, com organização

informal, definida através de Portaria e funcionamento matricial, com as seguintes funções:

- Captação e gestão de recursos e de parcerias externas;
- Gestão e monitoramento de convênios, contratos e outros instrumentos de repasse de recursos;
- Gestão e monitoramento da carteira de projetos prioritários;
- Apoio à gestão e monitoramento da Saúde no RN

3. Tecnologia da Informação

A gestão da SESAP requer implantação de um sistema de informações integrado que seja capaz de gerenciar as áreas assistenciais, científicas, e administrativas, ou seja, uma solução modular que possa atender individualmente cada unidade, mas também interligada operacionalmente com todas as demais unidades, permitindo a interface das informações e o controle geral das unidades hospitalares pela gestão da SESAP.

4. Otimização de Processos Prioritários da SESAP/RN

O objetivo do trabalho foi o mapeamento, análise e redesenho/modelagem de 51 processos da SESAP/RN, relativos à gestão de pessoas, ao monitoramento do serviço de saúde e à gestão de processos prioritários do Gabinete do Secretário.

A sequência das etapas de trabalho incluiu a Capacitação em Gestão de Processos para os servidores envolvidos, o mapeamento, análise e modelagem dos processos atuais, o redesenho e otimização, assim como o monitoramento.

A adoção permanente desse processo permite definir um padrão de qualidade, prevenir erros e antecipar opções de resolução, além de evitar o retrabalho e a duplicação de tarefas, facilitando a comunicação e a tomada de decisões.

5. Regulação

O processo de descentralização ocorrido a partir da Constituição Federal de 1988 e da Lei 8080 de 1990 provocou profundas mudanças nas competências da gestão estadual, no sentido de exercer uma função integradora, orientada por uma

visão ampla e abrangente do sistema, objetivando sua organização e preenchimento de lacunas assistenciais, com serviços acessíveis e de qualidade.

A identificação dos nós críticos que tornam frágil o processo de regulação, cerceando o acesso e fluxos assistenciais, permitiu a elaboração de um plano de ação para enfrentamento desses problemas, a elaboração de macro diretrizes e as estratégias para os planos regionais de regulação da IV e VII Regiões de Saúde.

6. Engenharia Clínica

O rápido avanço tecnológico vivido nos dias atuais, gera continuamente novas técnicas e equipamentos com o objetivo de melhorar a assistência à saúde. Esta área está dentre os setores mais expressivos de desenvolvimento, garantindo avanços científicos e tecnológicos que aprimoram os Serviços de Apoio, Diagnóstico e Tratamento – SADT.

Os processos de aquisição e instalação de novos equipamentos para renovação tecnológica hospitalar requer a assessoria de um profissional especializado nesta área.

Como resultado dessa ação a SESAP atualmente conta com um Catálogo de especificações técnicas de equipamentos médico-hospitalares recomendados por um profissional especializado Engenharia Clínica, o qual identifica aqueles cujos itens de inovação tecnológica impactam positivamente na qualidade do cuidado à saúde, bem como a relação custo/benefício.

REGIONALIZAÇÃO E ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA

O SUS exige de todos uma postura firme em sua defesa, enquanto um bem público, assim como, a implementação de políticas que atendam às demandas de saúde da nossa gente. Mostra, também, caminhos para a construção necessária de uma rede de saúde com qualidade, resolutiva, acolhedora, humanizada, incluindo os riscos da ineficácia do sistema quando esses caminhos não são respeitados ou não são possíveis na sua plenitude.

Ao buscarmos a implementação da regionalização solidária e cooperativa, verificamos a necessidade de que todos os envolvidos devem ter uma abertura para

o novo, para acolher as diferentes concepções e trabalhar no e com o coletivo, saindo de uma prática fragmentada e individualista, para a construção colaborativa, em que todos se interligam num esforço conjunto. Eis aqui um grande desafio a ser superado.

A construção das redes assistenciais regionalizadas à luz do preconizado pelo SUS requer que a Região seja tomada em sua vitalidade e reconhecida na realidade concreta dos sujeitos que a habitam. A tradicional divisão administrativo-geográfica presente em muitas experiências de regionalização no País e em nosso Estado não é diferente, não se mostrou viável para efetivar a complexa proposta organizacional do SUS. Fluxos e pactuações para realizar a assistência à saúde à população não podem se limitar a registros documentais para tramitação de peças burocráticas institucionais e repasse de recursos financeiros, mas, devem retratar as necessidades e as experiências municipais registradas nos próprios dados institucionais e, sobretudo, na vida das pessoas que adoecem e demandam por ações e serviços de saúde.

Cabe destacar que diante das diferenças entre os municípios do RN é preciso que sejam adotados mecanismos de fortalecimento da gestão pública, de coordenação da rede e de promoção do acesso de todos os cidadãos às ações e serviços de saúde.

Para tanto, é necessário que se considere o arranjo federativo que se estabeleceu na saúde após a Constituição de 1988, referente à predominância do processo de descentralização do tipo político-administrativo, abarcando a transferência de serviços e de poder, responsabilidades e recursos, para o estado e para os municípios, colocando os gestores como atores essenciais no campo da saúde.

Além dessa dimensão federativa, o processo de descentralização na saúde tem obrigatoriamente que estar vinculado à configuração de um sistema integrado de serviços e ações de saúde, impondo a adoção de novas formas de articulação entre esferas de governo, instituições e serviços de saúde, definindo-se claramente as responsabilidades de cada instância de governo na dinâmica operacional do SUS, bem como incrementando as linhas de discussão e negociação entre os gestores.

O estabelecimento desses dos novos arranjos administrativos, de natureza federativa e intergovernamental, associado ao processo de aprimoramento do SUS impõem a precisão de reorganização das competências e responsabilidades da gestão em saúde, desencadeando processos de negociação e pactuação entre os gestores e destes com o controle social, nos seus espaços de discussão, configurados pelas Comissões Intergestoras Regionais (CIR), pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pelos Conselhos de Saúde (CS).

Há de se destacar que tanto a articulação federativa, como a necessidade de serem criados vínculos contratuais definidores de responsabilidades, são consequências do disposto no art. 198, da Constituição de 1988.

Outro ponto relevante a ser considerado é que a constituição das Comissões Intergestoras Regionais (CIR) representa importante instância na superação da fragmentação sistêmica, para o estabelecimento de ação cooperativa entre os gestores do SUS. A implantação dessas Comissões evoluiu gradualmente, existindo atualmente uma CIR em cada uma das oito Regiões de Saúde, configuradas pelo Plano Diretor de Regionalização – PDR/RN, aglutinando geograficamente os 167 municípios.

Foram realizadas as atualizações dos regimentos internos da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e redefinidos os municípios participantes por região. Ressalte-se o esforço coletivo para a reestruturação do apoio integrado junto às Regionais de Saúde e às CIRs, em articulação com o Núcleo da Política Nacional de Humanização (PNH).

A gestão da Secretaria de Estado da Saúde Pública (SESAP) está retomando as discussões junto ao grupo Executivo das Redes de Atenção à saúde, Grupo Condutor do COAP (Portaria nº 333/2013) além de implantar um Grupo Técnico (GT) permanente das discussões específicas sobre o fortalecimento das Regiões de saúde nos aspectos assistenciais e de governança territorial (NARGR), para reafirmar os compromissos frente aos dispositivos do Decreto 7.508/2011 – que sinaliza para o COAP.

É oportuno informar ainda que, apesar de terem sido realizados vários movimentos para a assinatura do COAP no Estado, a conjuntura político-econômica, tem contribuído de forma imperiosa para que os municípios fiquem receosos diante

desse contexto, além de, naturalmente ser afetado pelas debilidades históricas e culturais que se arrastam desde o inicio do Sistema.

A SESAP propôs como um arranjo de regionalização com foco inicial na assistência regional - os **Termos de Intenção** aprovados nas CIRs Regionais.

Cada um desses Termos percorreu itinerário de discussões regionais que consistiram num plano de metas de curto, médio e longo prazos produzido de forma bipartite em cada Região de saúde. Os Termos se converteram em um modelo de Consenso Interfederativo que está em processo de operação.

AUDITORIA

O Sistema Estadual de Auditoria – SEA/SESAP/RN, é órgão interno e de assessoramento direto ao Secretário de Estado da Saúde Pública, na forma do Decreto Estadual Nº 14.313, de 10-02-1999 e integra o Sistema Nacional de Auditoria – SNA no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Atualmente o SEA/SESAP/RN vem refletindo e atuando no sentido de ampliar suas parcerias e promover mudanças de concepções e práticas na auditoria do SUS realizada na Secretaria de Estado da Saúde – SESAP/RN, bem como, complementar as ações entre seus pares municipais e os órgãos que compõem a rede de controle da gestão pública no âmbito do SUS, não desconsiderando que a descentralização da Auditoria é o meio de concretização do Sistema Nacional de Auditoria - SNA, uma vez que permite a verdadeira expressão de sua dimensão técnica e política.

Diante disso, as atividades realizadas pelo Sistema Estadual de Auditoria utilizam os normativos em vigência, para verificação da conformidade das ações e serviços com os padrões estabelecidos, através do arcabouço legal vigente (Leis, Decretos, Portarias Ministeriais, Manual de Auditoria do SUS e outras Normas Legais). Procedem a isso, a avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade; realiza auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial (Decreto Federal Nº 1651/95).

O financiamento do Sistema Estadual de Auditoria provém de recursos do Tesouro Estadual com complementação de recursos do Governo Federal na forma

da Portaria Ministerial GM/MS Nº 2.979, de 15 de Dezembro de 2011, publicada no D.O.U. de 16-12-2011.

O Sistema Estadual de Auditoria – SEA/SESAP/RN não detém condições operacionais, atualmente, para o atendimento dessa demanda administrativa, diante das seguintes situações abaixo elencadas:

1º) Nº insuficiente de Auditores - O SEA/SESAP/RN conta atualmente com 34 (Trinta e quatro) Auditores com a seguinte lotação: 24 (Vinte e quatro) Auditores na Sede/SESAP/RN em Natal; 07 (Seis) Auditores na II URSAP em Mossoró; 01 (Um) Auditor na IV URSAP em Caicó, 01 (Um) Auditor na V URSAP em Santa Cruz e 01 (Um) Auditor na VI URSAP em Pau dos Ferros.

2º) Falta de motorista específico para atender em demandas externas no cumprimento das diligências dos Órgãos Internos (ASSEJUR/SESAP/RN – Demandas Judiciais, CPCI/SESAP/RN), Controladoria Geral do Estado/CONTROL/RN, Ouvidoria SESAP/RN – Reclamações dos Usuários do SUS) e Órgãos Externos (TCE/RN, CGU e TCU). As Auditorias realizadas pelo SEA/SESAP/RN no âmbito desta Secretaria de Estado – SESAP/RN estão elencadas no Manual de Auditoria do SUS/Orientações Básicas do Sistema Nacional de Auditoria – SNA (Edição MS/SNA 2011) e são dos seguintes tipos: a) Conformidade (Examina a legalidade dos atos de Gestão dos responsáveis sujeitos a sua jurisdição, quanto ao aspecto assistencial, contábil, financeiro – orçamentário e patrimonial); b) Operacional (Avalia os sistemas de saúde, observados aspectos de eficiência, eficácia e efetividade).

Convém ressaltar que atualmente o SEA/SESAP/RN realiza mensalmente Auditoria de conformidade nos prestadores de Oncologia, sendo eles: Natal Hospital Center; LIGA Norte-rio-grandense contra o Câncer; Hospital Infantil Varela Santiago; Hospital do Coração; Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró – COHM - Mossoró/RN, como também nos Prestadores de Hemodiálise, os quais são: PRORIM - Assistência Nefrológica de Parnamirim; NEFROM; Instituto do Rim; Centro de Nefrologia de Natal - CNN; BIREM; Clínica do Rim (Caicó/RN); Hospital do Rim (Mossoró/RN); Mossoró Consultoria Técnica – CDM (Mossoró/RN); Centro de Diálise do Vale do Assu (Assu); Clínica de Doenças Renais e Hemodiálise de Pau dos Ferros (Pau dos Ferros).

Somam-se, também, os trabalhos de Auditoria realizados nos prestadores de imagens, sendo eles: Hospital do Coração; Instituto de Ortopedia de Natal – ION (Natal/RN); Clínica Nuclear de Natal; Clínica SIM; Clínica de Raios X e Ultrassom; Clínica Cardionuclear de Natal; Liga; Prontoneuro; Medimagem; Clínica Oitava Rosado (Natal); Instituto de Radiologia de Caicó; Instituto de Neurocardiologia Wilson Rosado (Mossoró/RN); Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró (Mossoró/RN); Fundação José Vieira (Mossoró/RN); Hospital Wilson Rosado (Mossoró/RN); Clínica de Medicina Nuclear de Mossoró (Mossoró/RN); Centro de Densitometria Óssea de Mossoró – CDOM (Mossoró/RN); Seridó Clínica (Caicó/RN); Instituto de Radiologia de Caicó (Caicó/RN).

O Sistema Estadual de Auditoria – SEA/SESAP/RN vêm realizando mensalmente, a pedido do Gestor da Pasta, as Auditorias de Conformidade nos Prestadores: TELEMEDICINA; SERVIÇOS DE OFTALMOLOGIA (glaucoma); SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA; SERVIÇOS DE UROLOGIA (Urocentro). Como também, encontra-se com Auditorias Extraordinárias em andamento (SAMU e Diárias) e a AUDITORIA OPERACIONAL nos Prestadores de Hemodiálise com objetivo de averiguar o cumprimento da RDC 11, de 13/03/2014.

Vale salientar ainda a realização, quando solicitado pelos devidos setores, auditoria de conformidade em Demandas Judiciais e demandas de Ouvidoria.

OUVIDORIA

As atribuições da ouvidoria são permitir ao cidadão a sua permanente comunicação e interlocução, através do recebimento de denúncias, reclamações, críticas, sugestões e elogios, pedidos de informações, de entidades representativas, órgãos públicos e autoridades, bem como a obtenção das respostas por parte destes, e informações sobre ações desenvolvidas pela Instituição e levar estas informações ao conhecimento dos gestores.

O Sistema de Ouvidoria do Estado do RN encontra-se em funcionamento na Secretaria de Estado da Saúde Pública mesmo que não tenha sido constituída de direito. Está tramitando nesta Secretaria de Saúde processo administrativo, cujo objetivo é instituir o setor, elencando as prerrogativas deste importante canal de ligação com o usuário do sistema de saúde.

Atualmente, o mais importante desafio da Ouvidoria SUS é tornar viável o plano que estabelece a política de descentralização das ouvidorias para os diversos municípios do estado, aumentando sua área de atuação e, consequentemente, o número de usuários atendidos.

Com o advento da Lei 12.527/2011 – Lei de Acesso à Informação, regulamentada em âmbito estadual pela Lei Complementar Estadual 9.963/2015 e pelo Decreto Estadual 23.399/2015, e motivada por uma decisão do Secretário de Saúde do RN, ficou estabelecido que cabe a esta Ouvidoria o acolhimento e processamento dos pedidos de informação relacionadas a esta Secretaria de Saúde.

CONTROLE SOCIAL / CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde - SUS é regulado pela Lei nº. 8.080/90, ou Lei do SUS, que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços, impondo ao estado o dever de garantir a saúde da população, a partir da formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. O SUS foi criado após um movimento pela Reforma Sanitária, que previa, além da garantia da saúde, enquanto direito de cidadania, a construção de um sistema público, universal e descentralizado de saúde, sendo marco, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, ou Constituição Cidadã, se buscou implantar um estado de bem estar social, garantindo à população rol de direitos fundamentais, em especial, seguridade social, englobando assim direito à saúde, previdência e assistência social.

Em seu artigo 196, a Constituição Federal determina que “Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

No processo de construção de uma política de saúde igualitária e universal, a participação popular, ou o Controle Social, é de fundamental importância. A Lei Nº.

8.142/90, promulgada como uma norma regulamentadora disciplina a participação da comunidade na gestão do SUS, apresentando como esferas de instâncias colegiadas, ou seja, esferas de decisões coletivas, as conferências de saúde e os conselhos de saúde, devendo existir no âmbito municipal, estadual e nacional.

Assim, o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do norte – CES/RN, respaldado pela Lei nº. 8.142/90 é o órgão colegiado, permanente, de natureza deliberativa e paritária, integrante do Sistema Único de Saúde no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte.

No Rio Grande do Norte o Conselho Estadual de Saúde foi criado pela Lei Estadual n.º 6.455, de 19 de julho de 1993, alterada posteriormente pelas Leis Estaduais n.º 6.761, de 6 de abril de 1995, n.º 6.910, de 1.º de julho de 1996, e n.º 7.698, de 15 de julho de 1999.

Atualmente o CES/RN é regulamentado pela Lei Complementar nº 346/2007, que prevê como competência do Conselho dispor sobre a formulação, a proposição, o acompanhamento, a avaliação, o controle e a fiscalização da Política de Saúde no Estado do Rio Grande do Norte, inclusive em seus aspectos econômicos, financeiros e de gerência técnico-administrativa, sendo garantido ainda que, no exercício de suas competências, cabe ao CES: I - estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS no âmbito estadual, articulando-se também com os demais colegiados em nível nacional e municipal; II - traçar diretrizes para elaboração do Plano Estadual de Saúde e sobre este deliberar, adequando-o à realidade epidemiológica e à capacidade organizacional dos serviços públicos de saúde e fiscalizar toda a sua execução; III - propor critérios para a programação e para as execuções financeiras e Coordenadoria de Controle dos Atos Governamentais – CONTRAG/GAC orçamentária dos Fundos de Saúde, bem como acompanhar a movimentação e a destinação dos recursos; IV - fiscalizar a movimentação de recursos repassados à SESAP e ao Fundo Estadual de Saúde; V - fiscalizar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional e Estadual; VI - fiscalizar, acompanhar, avaliar e controlar a atuação dos prestadores de serviço filantrópico ou privado de saúde, inclusive os credenciados ou conveniados com o SUS; VII - estabelecer critérios e diretrizes quanto à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços públicos e privados de saúde, do SUS no âmbito estadual; VIII - propor medidas para o

aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do SUS no âmbito estadual; IX - fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde; X - convocar as conferências estaduais de saúde, e definir as normas sobre sua organização e seu funcionamento; XI - discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas conferências estaduais de saúde; XII - estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos na área de saúde, que contribuam para o desenvolvimento do SUS no âmbito estadual; XIII - elaborar e aprovar o seu Regimento Interno; XIV - analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos Conselheiros, acompanhado do devido assessoramento; XV - aprovar a proposta orçamentária anual de saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias Estadual; e XVI - aprovar, encaminhar e avaliar a política para os recursos humanos do SUS no âmbito estadual.

Atualmente o CES/RN é composto por 20 conselheiros e conselheiras estaduais de saúde, sendo 25% de representantes do segmento gestor/prestador de serviço, 25% de representantes do segmento de trabalhadores e trabalhadoras em saúde e 50% de representantes do segmento de usuários, cujas entidades são eleitas para mandatos de 2 anos. Não há limite de mandatos para entidades, mas cada conselheiro somente poderá representar sua entidade pelo prazo máximo de 2 mandatos.

Em sua 235^a Reunião Ordinária, ocorrida em 10/08/2016, o Pleno do CES/RN aprovou o projeto de lei que visa reformular o Colegiado, a exemplo do aumento no número de representantes, passando de 20 para 24 conselheiros.

Dando continuidade aos encaminhamentos da 7^a Conferência Estadual de Saúde, realizada em 2011, que afirmou a necessidade de estimular e fortalecer a mobilização social e a participação cidadã nos diversos setores organizados da sociedade, com aplicação dos meios legais disponíveis, visando efetivar e fortalecer o controle social na formulação, regulação e execução de políticas públicas de acordo com as mudanças para construção do SUS que queremos. A 8^a Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte, realizada em Natal, de 27 a 29 de outubro de 2015, foi organizada em parceria entre o Conselho Estadual de Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde Pública - SESAP, tendo como tema central

“SAÚDE PÚBLICA DE QUALIDADE PARA CUIDAR BEM DAS PESSOAS DIREITO DO POVO BRASILEIRO”, foram trabalhados oito Eixos Temáticos, sendo um Eixo Temático Transversal: Reformas Democráticas e Populares do Estado e mais sete Eixos Temáticos: I - Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade, II - Participação e Controle Social, III - Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde, IV - Financiamento do SUS e Relação Público-Privado, V - Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde, VI - Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS, e mais o VII - Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS . Foi usado do início ao final do evento o SISCONFERÊNCIA- Sistema Nacional de Conferência disponibilizado pelo DATASUS/MS.

A 8^a Conferência Estadual de Saúde contou com 1.352 delegados eleitos nas Conferências Municipais, 68 delegados eleitos pelo Conselho Estadual de Saúde (5% dos delegados municipais), 72 convidados e 17 participantes livres. Totalizando 1.564 participantes, entre Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde, entidades dos movimentos sociais e populares, entidades de trabalhadores da saúde, gestores estaduais e municipais, prestadores de serviços, instituições de ensino, palestrantes e convidados. Os objetivos da Conferência foram: I – Reafirmar, impulsionar e efetivar os princípios e diretrizes do Sistema único de Saúde, para garantir a saúde como direito humano, a sua universalidade, integralidade e equidade do SUS, com base em políticas que reduzam as desigualdades sociais e territoriais, conforme previsto na Constituição Federal de 1988; II – Mobilizar e estabelecer diálogos com a sociedade norte-rio-grandense acerca do direito à saúde e em defesa do SUS; III – Fortalecer a participação e o controle social no SUS, com ampla representação da sociedade nas Conferências Municipais e na 8^a Conferência Estadual; IV – Avaliar a situação de saúde, elaborar propostas a partir das necessidades de saúde e participar da construção das diretrizes do Plano Plurianual – PPA e dos Planos Municipais e Estaduais de Saúde, no contexto dos 25 anos do SUS; V – Aprofundar o debate sobre as reformas necessárias à democratização do Estado.

A 8^a Conferência Estadual de Saúde foi resultado da consolidação de um processo iniciado nas pré-conferências municipais e conferências realizadas nos cento e sessenta e sete municípios do Estado do Rio Grande do Norte, no período compreendido entre abril a julho de 2015, onde foram debatidas as questões

constantes no Documento Orientador de Apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde e Nota Técnica organizada pelo Conselho Estadual de Saúde da 15ª Conferência Nacional de Saúde. A programação constou inicialmente da Conferência Magna de tema: “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas, direito do povo brasileiro”. A programação seguiu com as seguintes Mesas Temáticas: Mesa Temática 1 – “Financiamento do SUS e Relação Público-Privado/ Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde”; Mesa Temática 2 – “Direito à saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade/ Valorização do trabalho e da educação em saúde” e Mesa Temática 4- “Participação Social/ Reformas Democráticas e Populares do Estado”. Ainda teve um momento destinado à Campanha denominada de: “10 medidas contra a corrupção” e o Lançamento da Plataforma Dialoga Brasil. Palestrante: Marcelo Pires/ Secretaria Geral da Presidência da República. A Plenária Final culminou com a aprovação de propostas que apontaram diretrizes para a efetivação do Sistema Único de Saúde, reafirmando o SUS como uma **POLÍTICA PÚBLICA, PATRIMÔNIO DO Povo BRASILEIRO**.

Apesar da conjuntura de dificuldades de ordem administrativa e financeira, no âmbito estadual, a realização da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte, teve irrestrito apoio da gestão estadual e conclui-se que representou um importante momento para o exercício da democracia e do respeito às diferenças, em prol da mobilização dos vários segmentos (gestores, trabalhadores, usuários) em torno do fortalecimento e defesa do SUS.

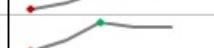
DEFINIÇÃO DAS DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES.

O processo de avaliação e pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2014-2015 (SISPACTO) vem sendo realizado no estado do Rio Grande do Norte desde 2002, seguindo os parâmetros da Portaria GM nº 1101 de 06 de junho de 2002, Artigo 1º, Parágrafo Único:

Parágrafo Único - Os referidos parâmetros representam recomendações técnicas ideais, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas, podendo sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com realidades epidemiológicas e financeiras.

O consolidado da Avaliação Pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – SISPACTO/RN/COAP, norteará as análises das condições de saúde e o planejamento das ações em âmbito Estadual, Regional e Municipal.

ROL DE DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES
RIO GRANDE DO NORTE - 2010 A 2015

Nº	TIPO	INDICADORES	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Gráficos
1*	U	Cob equipes atenção básica por Região de Saúde (CIR) e Ano	81,35	79,75	80,12	84,88	86,16	83,52	
2	U	%Int.cond.sensív.at. básica por Região de Saúde (CIR) e Ano	44,09	37,77	36,18	38,2	33,27	33,32	
3	U	Cob acomp condic saúd PBF por Região de Saúde (CIR) e Ano	80,28	79,08	76,74	79,43	79,68	78,81	
4*	U	Cob equipes saúde bucal por Região de Saúde (CIR) e Ano	81,36	81,92	83,26	80,82	81,81	80,51	
5	U	Média escov dental superv por Região de Saúde (CIR) e Ano	1,85	1,04	0,94	0,83	1,3	0,67	
6	E	%Exodontias relac.proced. por Região de Saúde (CIR) e Ano	10,87	19,92	15,69	14,56	11,81	17,2	
7	U	Proc.amb.média compl/100hab por Região de Saúde (CIR) e Ano	1,23	1,27	1,14	1,29	1,25	1,25	
8	U	Int.média complex./100 hab por Região de Saúde (CIR) e Ano	3,37	3,2	2,97	2,94	2,66	2,47	
9	E	Proc.amb.alta compl./100hab por Região de Saúde (CIR) e Ano	3,87	4,11	4,38	4,64	5,05	5,02	
10	E	Int.alta complex./1000 hab por Região de Saúde (CIR) e Ano	2,88	3,14	3,34	3,81	3,91	4,17	
11	E	%Serv hosp c/contr metas por Região de Saúde (CIR) e Ano	5,56	5,56	5,71	3,03	9,68	9,09	
12*	U	Nº US c/serv not viol impl por Região de Saúde (CIR) e Ano	60	89	127	172	171		
13	E	%Acesso hosp óbitos p/acid por Região de Saúde (CIR) e Ano	40,4	36,17	37,55	39,8	42,19		
14	E	%Óbitos em intern.p/IAM por Região de Saúde (CIR) e Ano	18,37	21,67	21,5	16,38	22,6	19,1	
15	E	%Óbitos em UTI menores 15a por Região de Saúde (CIR) e Ano	15,25	13,36	14,1	14,8	12,89	11,73	
16	E	Cobertura do SAMU por Região de Saúde (CIR) e Ano	56,93	57,08	57,23	60,2	65,87		
18	U	Rz exam citopat colo útero por Região de Saúde (CIR) e Ano	0,6	0,58	0,54	0,51	0,39	0,37	
19	U	Rz mamografias realizadas por Região de Saúde (CIR) e Ano	0,13	0,18	0,19	0,21	0,2	0,27	
20	U	%Partos normais por Região de Saúde (CIR) e Ano	48,76	46,93	43,74	41,66	40,05		
21	U	%NV c/7+ consult pré-natal por Região de Saúde (CIR) e Ano	47,58	52,93	55,94	57,69	59,52		
22	U	Nº testes sífilis/gestante por Região de Saúde (CIR) e Ano	1,6	1,1	1,22	1,09	1,09		
23	U	Número de óbitos maternos por Região de Saúde (CIR) e Ano	16	33	31	22	33		
24	E	Tx mortalidade infantil por Região de Saúde (CIR) e Ano	13,38	13,31	14,02	14,42	12,56		
25*	U	%Óbit infant/fetais invest por Região de Saúde (CIR) e Ano	26,57	32,69	44,99	57,42	57,42		
26*	U	%Óbit maternos investig por Região de Saúde (CIR) e Ano	87,5	90,91	96,77	95,45	95,45		
27*	U	%Óbit mulh id fértil invest por Região de Saúde (CIR) e Ano	88,3	88,41	86,32	88,48	88,48		

Nº	TIPO	INDICADORES (Continuação)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Gráficos
28	U	Casos sifilis congênita por Região de Saúde (CIR) e Ano	200	261	286	275	275		
29	U	Cobertura CAPS por Região de Saúde (CIR) e Ano	0,84	0,91	0,96	0,92	0,91	0,94	
30	U	Tx mort prematura DCNT por Região de Saúde (CIR) e Ano	257,49	295,94	277,57	263,98			
35	U	%Mun c/cob.vacinal adeq. por Região de Saúde (CIR) e Ano	26,95	28,74	31,14	37,13	37,13		
36	U	%Cura casos novos TB pulm por Região de Saúde (CIR) e Ano	77,27	72,61	57,54	57,45	57,45		
38	U	%Óbitos c/causa definida por Região de Saúde (CIR) e Ano	96,97	96,42	96,8	96,48	96,48	96,62	
39	U	%Dç Notf Comp encerr oport por Região de Saúde (CIR) e Ano	72,59	77,28	63,52	73,72	73,72		
40	U	%Mun c/notif doenç trabalh por Região de Saúde (CIR) e Ano	59,28	68,26	68,86	70,06	70,06		
41	U	%Mun c/ações vig sanit. por Região de Saúde (CIR) e Ano	0,6	0,6	1,2	1,8	3,59	5,99	
42	U	Casos novos aids <5 anos por Região de Saúde (CIR) e Ano	7	3	4	6	6		
43	E	%Pacientes HIV+ c/CD4<200 por Região de Saúde (CIR) e Ano	35,01	32,85	32,05	31,3	31,3		
44	E	Testes sorológico anti HCV por Região de Saúde (CIR) e Ano	10147	10768	10184	10180	10180		
45	E	%Cura casos novos hansen por Região de Saúde (CIR) e Ano	79,81	80,52	89,36	78,28	78,28		
46	E	%Contatos hansen examinad por Região de Saúde (CIR) e Ano	45,2	37,49	65,04	55,29	55,29		
47	E	Óbitos p/leishman visceral por Região de Saúde (CIR) e Ano	4	4	7	2	2		
48	E	%Cães vacin camp antirráb. por Região de Saúde (CIR) e Ano	74,88	77,86	80,14	82,85	82,85		
49	E	%Escolares examin.tracoma por Região de Saúde (CIR) e Ano	14,65	9,64	20,52				
51*	E	51. Óbitos por dengue por Região de Saúde (CIR) e Ano	7	17	10	18	18		
52	E	%Mun.c/4+cicl.contr.dengue por Região de Saúde (CIR) e Ano				20,36	40,12		
53	U	%Anális.realiz.água (UF) por Região de Saúde (CIR) e Ano	4,97	6,72	10,41	20,41	10,91		
60	E	Pontos Telessaúde implant por Região de Saúde (CIR) e Ano				6	7	7	
61	U	%Trab SUS públ vínc prot por Região de Saúde (CIR) e Ano	98,97	99,03	99,19	99,11	99,01	97,67	
63	U	%Munic c/envio PMS ao CMS por Região de Saúde (CIR) e Ano				39,52	37,72		
64	U	%Munic c/CMS cadastrados por Região de Saúde (CIR) e Ano			51,5	94,01			

Fonte: MS/DATASUS-Tabnet - Dados gerados em 29/03/2016.

* Indicadores utilizados para monitoramento no Relatório Detalhado do Quadrimestre, de acordo com o disposto no art. 36 da Lei Complementar nº 141/2012.

U - Indicador universal

E - Indicador específico

VI. METODOLOGIA DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

Planejamento Estratégico

Em 2015 foram realizadas diversas oficinas de planejamento estratégico, que serviram de subsídios para o Plano Estadual de Saúde, nas quais foram discutidas e construídas a missão, visão de futuro e valores que refletem a realidade de saúde desejada em 2020.

Nesses encontros, a partir da análise dos diversos instrumentos de gestão, recomendações do Tribunal de Contas do Estado e Ministério Público, foram definidos objetivos estratégicos que resultaram no alinhamento ao Plano Plurianual 2016-2019 e no modelo de ajuste organizacional projetado para a SESAP atender às demandas do sistema de saúde. Diante do exposto, o grupo de gestores e técnicos entendeu que a SESAP deve ter a seguinte missão: “Formular, coordenar e garantir a efetividade da Política Estadual de Saúde, promovendo o acesso integral e humanizado em todos os níveis de atenção, conforme os princípios e diretrizes do SUS”.

Como visão de futuro para 2020 a produção dos grupos de trabalhos apontou: “Ser uma instituição de excelência na gestão da Política Estadual de Saúde, de forma regionalizada e participativa, com controle e transparência.”

Os valores organizacionais foram sintetizados da seguinte forma:

- ✓ Universalidade: garantia de atenção à saúde a todo cidadão.
- ✓ Equidade: tratamento justo, com imparcialidade e respeito à igualdade de direitos, considerando a realidade e as necessidades de cada indivíduo.
- ✓ Integralidade: reconhecimento do indivíduo como um ser integral devendo ser atendido por um sistema que promova, proteja e recupere sua saúde.
- ✓ Humanização da Gestão e da Atenção: respeito a todas as pessoas, reconhecendo sua singularidade e tratando com dignidade as diferenças e divergências.
- ✓ Compromisso: propósito de oferecer serviços com qualidade, integralidade, universalidade e equidade, responsabilidade e tempestividade; de acordo com os preceitos da administração pública e com relações

baseadas na ética, no trabalho em equipe, na corresponsabilidade e no profissionalismo.

- ✓ Resolutividade: busca permanente por resultados, monitorados e controlados por indicadores de desempenho legitimados, tendo capacidade de dar resposta às necessidades dos usuários de forma adequada e de acordo com a regionalização.
- ✓ Eficiência: ser competente e produtivo, atingindo objetivos com menor custo, com controle efetivo de despesas e zelo no uso dos recursos, com o mínimo de erros e desperdícios.
- ✓ Transparência: relacionamento com usuários, trabalhadores e sociedade, baseado em comunicação clara e informações confiáveis, garantindo pleno acesso à informação.
- ✓ Meritocracia e valorização da competência e atenção ao trabalhador do SUS: reconhecimento do desempenho de cada profissional como diretamente vinculado à qualidade e aos resultados da sua atuação individual e coletiva, respeitando os trabalhadores como sujeitos dos modos de produzir saúde.
- ✓ Participação: adoção de modelo de gestão participativa, com instâncias colegiadas para tomada de decisões compartilhadas e incentivo ao trabalho em equipe, contemplando a singularidade dos indivíduos e com corresponsabilidade na atenção e na gestão.

Objetivos Estratégicos

A partir das oficinas realizadas também foram definidos os seguintes objetivos estratégicos:

- ✓ OE01. Reduzir indicadores de saúde considerados inaceitáveis pela OMS / MS.
- ✓ OE02. Ampliar a resolutividade da Rede de Atenção à Saúde.
- ✓ OE03. Melhorar padrões sanitários, infra-estrutura física, parque tecnológico e serviços da hemorrede.
- ✓ OE 04. Fortalecer a Promoção e a Vigilância em Saúde.

- ✓ OE05. Ofertar serviços de reabilitação integrada, articulada e efetiva de forma regionalizada.
- ✓ OE06. Promover a reestruturação e a efetivação da Assistência Farmacêutica.
- ✓ OE07. Reestruturar e operacionalizar a Rede de Atenção à Saúde.
- ✓ OE08. Consolidar o processo de Regionalização da Saúde.
- ✓ OE09. Promover a Regulação do Acesso à Assistência, de forma regionalizada, por meio da ampliação e modernização dos serviços de regulação, controle e avaliação, no âmbito do SUS.
- ✓ OE10. Coordenar o processo de planejamento, gestão e orçamento no âmbito do SUS.
- ✓ OE11. Instalar mecanismos de monitoramento, controle e avaliação para aumentar a eficiência na aplicação dos recursos financeiros.
- ✓ OE12. Implantar a Gestão Estratégica e Participativa, de forma descentralizada e corresponsável, a partir da ampliação de espaços democráticos na gestão e na atenção.
- ✓ OE13. Promover a Educação Permanente e Profissional em Saúde (EPS/EPROF).
- ✓ OE14. Estruturar a prestação de apoio técnico e financeiro às gestões municipais.
- ✓ OE15. Capacitar a equipe gerencial num modelo de gestão estratégica e participativa, focada na produção de saúde e promover o desenvolvimento de potenciais gestores.
- ✓ OE16. Fortalecer as políticas de gestão e da regulação do trabalho.
- ✓ OE17. Aperfeiçoar a gestão da informação.
- ✓ OE18. Fortalecer a auditoria no SUS, contribuindo para qualificação da gestão, visando à melhoria da atenção e do acesso as ações e aos serviços de Saúde, no RN.

MAPA ESTRATÉGICO

MISSÃO

Formular, coordenar e garantir a efetividade da Política Estadual de Saúde, promovendo o acesso integral e humanizado em todos os níveis de atenção, conforme os princípios e diretrizes do SUS.

VISÃO DE FUTURO

Ser uma instituição de excelência na gestão da Política Estadual de Saúde, de forma regionalizada e participativa, com controle e transparência.



IMPACTOS

Reducir indicadores de saúde considerados inaceitáveis pela OMS/MS

Ampliar a resolutividade da Rede de Atenção à Saúde

SERVIÇOS

Melhorar padrões sanitários, infraestrutura física, parque tecnológico e serviços da hemorrede (0289)

Fortalecer a Promoção e a Vigilância em Saúde (0297)

Ofertar serviços de reabilitação integrada, articulada e efetiva de forma regionalizada (0288)

Promover a reestruturação e a efetivação da Assistência Farmacêutica (0258)

Reestruturar e operacionalizar a Rede de Atenção à Saúde (0296)

PROCESSOS

Consolidar o processo de Regionalização da Saúde

Promover a Regulação do Acesso à Assistência, de forma regionalizada de modo a garantir a integralidade e equidade do cuidado no âmbito do SUS (0172)

Coordenar o processo de planejamento, gestão e orçamento no âmbito do SUS (040)

Instalar mecanismos de monitoramento, controle e avaliação para aumentar a eficiência na aplicação dos recursos financeiros

Consolidar o Controle Social (0283)

Promover a Educação Permanente em Saúde (EPS) (0291)

Estruturar a prestação de apoio técnico e financeiro às gestões municipais (0267)

Capacitar a equipe gerencial num modelo de gestão estratégica e participativa, focada na produção de saúde e promover o desenvolvimento de potenciais gestores

INSUMOS

Fortalecer as políticas de gestão e da regulação do trabalho (0292)

Aperfeiçoar a gestão da informação (0113)

VII. EIXOS DO PLANO

O Plano Estadual de Saúde para o quadriênio 2016-2019 tem seu plano de metas estruturado em quatro eixos, que devem pautar a atuação da equipe dirigente da SESAP.

O primeiro eixo se refere ao papel do Estado na direção, coordenação do sistema e apoio aos sistemas municipais, com destaque para a coordenação do processo de regionalização e organização das redes regionais.

O segundo eixo relaciona-se à gerência dos serviços que complementam a oferta aos municípios e dão sustentação às redes de atenção no conjunto das regiões, com serviços de reabilitação integrada, articulada e efetiva de forma regionalizada, melhoria dos padrões sanitários, infra-estrutura física, parque tecnológico e serviços da hemorrede, bem como a reestruturação da rede de atenção à saúde.

O terceiro eixo diz respeito à gestão do trabalho e educação na saúde, tendo como foco o fortalecimento das políticas de gestão e da regulação do trabalho e a promoção da educação permanente e profissional em saúde.

O quarto eixo corresponde ao desenvolvimento institucional e à gestão estratégica e participativa, cujos objetivos estão voltados à coordenação do processo de planejamento, gestão e orçamento no âmbito do SUS, implantação de mecanismos de monitoramento, controle e avaliação para aumentar a eficiência na aplicação dos recursos financeiros, instalação da Gestão Estratégica e Participativa, de forma descentralizada e corresponsável, a partir da ampliação de espaços democráticos na gestão e na atenção e aperfeiçoamento da gestão da informação.

Eixo 1- Fortalecimento da gestão (qualidade) do cuidado e Regulação do Acesso

A implementação do SUS ainda é um processo incompleto. Entre os principais desafios que existem para sua implementação, no âmbito da Gestão é estabelecer processos que integrem os serviços, desde a atenção básica aos hospitais, com os serviços auxiliares e a oferta de medicamentos, e estabelecer modelos alternativos de gestão dos serviços, que permitam aumentar a autonomia

gerencial, premiar a eficiência e remunerar os estabelecimentos e o pessoal de acordo aos resultados alcançados.

Para o fortalecimento da gestão e a melhoria da qualidade, os serviços devem também ser modernizados, por meio do uso de tecnologia da informação e comunicação. No âmbito da gestão dos serviços se faz necessária a criação de redes assistenciais integradas de saúde, que permitam o melhor uso possível dos recursos de saúde – públicos, privados e filantrópicos – em cada região, gerando um modelo assistencial com foco no paciente, garantindo a continuidade do acesso a todos os níveis e qualificando da rede de serviços e a coordenação do acesso, com respostas adequadas às necessidades do paciente em todos os âmbitos de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

A ampliação do acesso nos serviços de saúde, por meio da qualificação e ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família, estruturando-a como principal “porta de entrada” do SUS e garantindo que este atenda a todas as necessidades de promoção, prevenção e atenção básica da população.

No acesso aos serviços de maior complexidade, se faz necessário garantir agilidade nos atendimentos, incluindo o transporte do deslocamento aos serviços referenciados, e o acesso ao cuidado (inclusive hospitalar) correspondente ao nível de risco do paciente. No acesso rápido e oportuno para urgências e emergências, por meio da efetivação de redes de atenção, atualmente insuficientes. Também se faz necessário a retaguarda para os serviços de urgência e emergência, conforme preconiza o desenho de rede.

Além disso, aperfeiçoar e ampliar as estratégias existentes e integrar a rede de assistência farmacêutica e apoio diagnóstico em todos os níveis de serviços de saúde é imprescindível para garantir a integralidade do cuidado.

Eixo 2 - Operacionalização de Ações e Serviços Complementares

A lógica de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) pressupõe a constituição de uma rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de cada área, favorecendo a realização de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, controle de vetores e educação em saúde, além do

acesso ao conjunto das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

Nesse sentido, o acesso da população a esta rede deve se dar por meio dos serviços de nível primário de atenção, que precisam estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde. Os que não forem resolvidos neste nível deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares.

Historicamente, a rede básica tendeu a manter os padrões tecnoassistenciais típicos do modelo médico-sanitário ou assumiu a responsabilidade, como porta de entrada do sistema, de promover a triagem dos problemas de saúde e reordenar a demanda por serviços de assistência médica especializada (pública e privada) ambulatorial, hospitalar e para procedimentos auxiliares de diagnose e terapia. Desta forma, desenvolveu um comportamento assistencial peculiar, assimilando péssimo padrão de assistência médica, empobrecedor da clínica e reafirmador da abordagem meramente voltada para a doença (dissociando o usuário de sua dimensão coletiva), caracterizada por um tipo de atenção ‘queixa/conduta’ (Gonçalves, 1994). A construção de alternativas ao modelo tradicional tem buscado priorizar a atenção básica como estratégia prioritária de reestruturação do sistema.

A área de atenção especializada, de uma maneira geral, pode ser conceituada, e ao mesmo tempo delimitada pelo território em que é, de diferentes abordagens de modelos assistenciais, caracterizando-a como um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e técnicas assistenciais caracteristicamente demarcadas pela incorporação de processos de trabalho que englobam maior densidade tecnológica, as chamadas tecnologias especializadas.

Segundo Merhy (1997), os serviços de atenção especializada são espaços de saber-fazeres profissionais, onde se concretiza o encontro das tecnologias leves e leves-duras ofertadas sobre a infra-estrutura tecnológica dura. Para entender a rede de serviços de atenção especializada como um território estratégico de intervenção do sistema de saúde deve-se reconhecer que é a atenção básica que tem redefinido os papéis da atenção secundária e terciária.

Enquanto a rede de serviços de atenção básica deve ser extremamente capilarizada com unidades de pequeno porte distribuídas o mais próximo possível de

onde os usuários vivem e trabalham, tendo, portanto, como sua principal característica a descentralização, a atenção especializada deve ser preferencialmente ofertada de forma hierarquizada e regionalizada, garantindo a escala adequada (economia de escala) para assegurar tanto uma boa relação custo/benefício quanto à qualidade da atenção a ser prestada.

De uma maneira geral, o campo da média complexidade vem sendo compreendido, no âmbito do SUS, tão somente como *locus* de produção dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de atenção especializada de menor complexidade tecnológica ou, mais restritivamente ainda, pelos procedimentos especializados de menor valor financeiro incluídos nas tabelas do SUS (SIA e SIH).

Em relação ao seu papel e poder organizativo, a média complexidade tem sido historicamente definida por exclusão, representando as ações que transcendem àquelas da atenção básica e as que ainda não se configuram como alta complexidade.

Na verdade, a média complexidade ambulatorial é composta por um conjunto de ações e serviços que visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cujo nível de complexidade da prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico que implicam o uso mais intenso para alcançar algum grau de economia de escala, o que acarreta não serem realizados em todos os municípios do país, em grande parte muito pequenos.

Assim como no Brasil, no Estado do Rio Grande do Norte a oferta de serviços de média complexidade se constitui em um dos maiores pontos de estrangulamento do sistema e tem sido organizada e financiada, historicamente, com base na lógica de oferta de procedimentos, desconsiderando as necessidades e o perfil epidemiológico da população. Desta forma, a demanda termina sendo condicionada pelo padrão de oferta existente. Há ainda, uma baixa capacidade de regulação sobre a oferta e enorme dificuldade na aquisição de serviços em função da defasagem dos valores pagos pelo SUS.

Assim, os serviços de média complexidade, em geral, caracterizam-se pela dificuldade de acesso e baixa resolutividade, superposição de oferta de serviços nas redes ambulatorial e hospitalar, concentração em locais de alta densidade populacional e baixo grau de integração entre as ações dos diferentes níveis ou

graus de complexidade da assistência. Os efeitos do estrangulamento da oferta da atenção ambulatorial de média complexidade em levaram a ampliação da demanda para a alta complexidade, com graves prejuízos à população e repercussões nos custos do sistema.

Já a oferta de serviços de alta complexidade do SUS caracteriza-se pelo predomínio do setor privado contratado e dos hospitais universitários, sendo a lógica de organização também baseada na oferta e não na necessidade epidemiológica, com credenciamento de serviços pelo SUS, realizados com base nos parâmetros assistenciais, porém sem base populacional, resultando em uma concentração relativa nas grandes cidades do Estado, propiciando, por um lado, distorções na prática médica e, por outro, extensas regiões sem cobertura assistencial.

Historicamente, privilegiou-se no Brasil o setor privado na expansão dos serviços de atenção especializada, em particular os de alta complexidade. Os interesses privados acabam determinando o padrão de oferta para o sistema, pois, de uma maneira geral, os serviços públicos não possuem capacidade física instalada suficiente para suprir as necessidades de atenção especializada dos usuários do SUS.

Até recentemente, o modelo de alocação de recursos financeiros na área de atenção especializada vinha sendo totalmente centrado na lógica de pagamento por procedimento, uma herança da assistência médica previdenciária hegemônica em nosso país ao longo das décadas de 1970 e 1980. Trata-se de um modelo profundamente perverso e indutor de distorções, na medida em que prestadores privados e até mesmo gestores públicos passaram a organizar serviços a partir dos procedimentos mais bem remunerados, deixando assim de ofertar serviços pela lógica da necessidade.

O aumento da produção – induzido, em parte, pelos reajustes da tabela dos procedimentos SUS nos últimos anos – não foi suficiente para a qualificação da assistência prestada. Existem problemas históricos e recorrentes a serem resolvidos na assistência ambulatorial de média complexidade, tais como: ausência de planejamento, não-observação das necessidades/perfil da população, acesso baseado na oferta de serviços incorporação tecnológica acrítica, serviços com baixa resolubilidade, baixos investimentos em qualificação profissional, insuficiência dos

parâmetros técnicos e epidemiológicos existentes e baixa regulação da oferta existente pela gestão pública.

A inadequação na programação da oferta dos serviços, o sucateamento dos hospitais regionais e a ausência de integralidade na configuração do perfil assistencial na atenção ambulatorial especializada agravam este cenário.

As dificuldades encontradas pelos municípios, tendo em vista sua atomização pela baixa arrecadação, falta de corpo técnico qualificado, o subfinanciamento do SUS e as dificuldades de apoio do ente estadual nesse cenário impediu a consolidação do processo de regionalização no Estado.

Diante do exposto, se faz urgente a retomada do processo de descentralização das ações, com o fortalecimento da rede hospitalar estadual, e o desenho da rede regulada por sistemas de apoio e logísticos, de forma integral, hierarquizada e regionalizada, com vistas à formação de um sistema integral, resolutivo e igualitário.

Eixo 3 - Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

A gestão do trabalho na administração pública brasileira relaciona-se ao contexto político e econômico mundial e pode ser compreendida por três grandes eixos: a mudança no modelo de Estado, que passa de um modelo provedor para um modelo regulador; a reestruturação produtiva, que traz novas formas de relação de trabalho, e a incorporação tecnológica, que introduz novas práticas e novos processos de trabalho.

Na área da saúde, a política setorial consolidada progressivamente no interior do Sistema Único de Saúde baseia-se nos princípios de universalidade, equidade, descentralização e controle social. O processo de institucionalização desse modelo, ao longo da última década, tem reorientado a oferta de serviços, pela hierarquização, responsabilização e reorganização das relações entre as diferentes esferas de governo, requerendo um planejamento setorial permeado por novos pactos federativos.

Sabe-se que o investimento na Gestão do Trabalho influencia decisivamente na melhoria dos serviços de saúde prestados à população. Assegurar que trabalhadores em saúde estejam satisfeitos com o seu processo de trabalho e com o

resultado de seu trabalho é um caminho prático e certo para o avanço na implementação do sistema.

Nesse sentido, os trabalhadores do setor Saúde constituem a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de saúde disponíveis para a população. Mesmo a utilização dos avanços tecnológicos e da alta tecnologia não substitui a atuação de um trabalhador de saúde na função essencial de atendimento àqueles que necessitam de atenção.

Para a implementação do SUS e para se alcançar os objetivos e metas previstos no Plano de Saúde, é necessário tratar a Gestão do Trabalho como uma questão estratégica, visto que a qualidade das ações e serviços de saúde oferecidos aos usuários do sistema é mediada pelas condições de trabalho e pelo tratamento a que são submetidos os trabalhadores que nele atuam.

A formação de trabalhadores para a saúde também é revestida de uma importância como peça fundamental para a elaboração da Política de Gestão do Trabalho. A própria Constituição determina que a competência para ordenar a formação de recursos humanos na área de Saúde é do SUS (CF/88, art. 200, inciso III).

Considerando-se a necessidade de se implementar o SUS no Rio Grande do Norte, com base em novos modelos assistenciais e de gestão, é imprescindível que o modelo de educação permanente seja baseado nas atribuições e competências institucionais dos três âmbitos de gestão do sistema, bem como nas atribuições e competências definidas para os diferentes trabalhadores do SUS e para as equipes de trabalho, conforme sua localização no Sistema de Saúde, que facilite uma interlocução permanente entre educação, trabalho e regulação.

Também cabe salientar que os programas/projetos institucionais de educação permanente devem prever a realização de avaliação do desenvolvimento do trabalhador do SUS, que deverá contemplar os diferentes níveis de formação, a complexidade da atividade desempenhada e o grau de responsabilidade técnica, considerando-se o modelo de atenção, o modelo de gestão, a realidade epidemiológica, a composição das equipes de trabalho, a capacidade técnico-assistencial e as demais especificidades locais. Deverão ser utilizados indicadores de impacto dos processos de desenvolvimento sobre o atendimento à população (qualidade).

O trabalho em saúde é reconhecidamente um trabalho que implica exposição a diversos fatores de risco potencialmente causadores de agravos, doenças, lesões e acidentes. Nesse aspecto a Saúde Ocupacional do Trabalhador do SUS constitui um valor social público, para o qual concorrem dimensões sociais, políticas, econômicas, ambientais e organizacionais, que demandam o estabelecimento e o desenvolvimento de políticas, planos, programas, projetos e ações de promoção e proteção da saúde, de controle e vigilância dos riscos advindos das condições e dos ambientes e processos de trabalho, de prevenção e detecção de agravos, de recuperação e reabilitação da saúde e da capacidade de trabalho e qualidade de vida.

Por fim, é oportuno destacar que nas formas atuais de organização e de gestão do trabalho, ainda predominam sobre princípios que sacrificam a subjetividade em nome da rentabilidade e da competitividade. Se por um lado aumenta a produtividade, por outro desagrega coletivos e separa o trabalho do conjunto da vida, agravando as patologias decorrentes do trabalho. Refletir sobre as transformações do trabalho tem implicações políticas e éticas uma vez que as relações e instrumentos utilizados na produção do conhecimento e dos produtos materiais e não materiais não estão separados das escolhas e julgamentos de valor.

Eixo 4 - Desenvolvimento Institucional e Gestão Estratégica e Participativa

A Gestão Estratégica e Participativa surge no compromisso da consolidação da Reforma Sanitária, amparada nos princípios constitucionais brasileiros, ancorada no conceito ampliado de saúde, concebido como qualidade de vida, e decorrente da implementação de políticas econômicas e sociais direcionadas ao bem-estar da população. Essa responsabilidade do Estado em relação à proteção social está amparada na Lei nº 8.080, de 1990, traduzida da Constituição Federal, no conceito de segurança social.

Nesse contexto, o SUS surge como estratégia descentralizada para a atenção e o cuidado à saúde, tendo por base os princípios e as diretrizes de universalidade, eqüidade, integralidade e participação da comunidade, indicando que esta deve atuar na formulação e no controle das políticas públicas de saúde.

As especificidades da área da saúde fazem com que o debate acerca da função, do vínculo, dos resultados e das finalidades da implantação de toda e

qualquer ação seja efetivada com base nos princípios e diretrizes do SUS, com ênfase na universalidade, eqüidade, integralidade, descentralização, hierarquização, regionalização e participação popular. Tais princípios e diretrizes devem ser discutidos e incorporados na formulação de políticas dessa natureza.

Para tanto, a articulação cooperativa e solidária entre as gestões municipais e a gestão estadual, conformando um modelo regionalizado, representa a possibilidade concreta de construção da atenção integral à saúde.

Nesse sentido, a integralidade do cuidado à saúde e a humanização no SUS representam campos nos quais é possível a construção da autonomia das pessoas como cidadãos, como usuários do sistema de saúde e como centro de todo o processo de organização das práticas, pois possibilitam o encontro entre a necessidade e o desejo da população, com a lógica que orienta e preside as respostas institucionais. Por tudo isso são consideradas políticas estruturantes para a gestão do SUS.

Para a consolidação do SUS, a formulação da política de saúde deve emergir dos espaços onde acontece a aproximação entre a construção da gestão descentralizada, o desenvolvimento da atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo.

O grande desafio apresentado à gestão participativa, de formular e deliberar junto ao controle social, requer a adoção de práticas e mecanismos inovadores que efetivem a participação popular. Pressupõe, portanto, a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças.

Igualmente, é de fundamental importância a criação de alternativas eficientes de informação e de escuta do cidadão usuário e da população em geral, reformulando o conceito e a dinâmica das ouvidorias, transformando-as em fontes de informações privilegiadas para fomentar a gestão do SUS nas três esferas de governo. Torna-se necessário, também, aumentar a divulgação das prestações de contas e dos relatórios de gestão, favorecendo o acesso e a transparência no SUS.

A auditoria no âmbito do SUS também passa por um processo de mudança de conceitos, normas e procedimentos, substituindo antigas práticas voltadas para a assistência individual e focadas no erro, reforçando a preocupação com o acompanhamento dos serviços de saúde, das ações preventivas, da qualidade de assistência e da gestão de análise dos resultados, contribuindo para a garantia do

acesso e da atenção aos usuários cidadãos e em defesa da vida, pautada na visão do coletivo.

Dessa forma, entende-se que a gestão estratégica e participativa encontra-se presente nos processos cotidianos do SUS, sendo transversal ao conjunto de seus princípios e diretrizes.

VIII. METAS 2016-2019

EIXO 1: Fortalecimento da gestão (qualidade) do cuidado e Regulação do Acesso	
DIRETRIZES ASSOCIADAS:	<p>1. Apoio aos municípios, com ênfase no fortalecimento da Atenção Básica para a ampliação do acesso da população as ações de saúde.</p> <p>2. Instituição de mecanismos de gestão que viabilizem a implantação e implementação das Redes de Atenção</p> <p>3. Qualificação das ações de regulação do sistema - regulação assistencial e garantia do acesso</p> <p>4. Coordenação dos Sistemas de Vigilância em Saúde (gestão integrada das vigilâncias)</p> <p>5. Fortalecimento da Assistência Farmacêutica e Gerenciamento de Insumos Médico Hospitalares.</p>

OBJETIVO ESTRATÉGICO: OE 01. Reduzir indicadores de saúde considerados inaceitáveis pela OMS / MS.	
	METAS
M1.1. Investigar 90% dos óbitos maternos	
M1.2. Investigar 70% dos óbitos fetais e infantis	
M1.3. Ampliar para 85% a cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.	
M1.4. Reduzir o coeficiente de prevalência da hanseníase para menor de 1,00/10.000 habitantes.	
M1.5. Reduzir em 50% o número absoluto de óbitos por dengue.	
M1.6. Investigar 90 % dos óbitos em mulheres em idade fértil.	
M1.7. Reduzir para 5% a proporção de exodontias sobre os demais procedimentos de Saúde Bucal.	

OBJETIVO ESTRATÉGICO: OE2. Ampliar a resolutividade da Rede de Atenção à Saúde.	
METAS	
M2.1 Reduzir em 10% a morbidade por acidentes, violências ou outras causas externas.	
M2.2 Reduzir em 10% a mortalidade materno/infantil.	
M2.3 Implementar a rede de atenção à pessoa com deficiência, através da otimização da capacidade instalada para o diagnóstico precoce, atenção especializada e acompanhamento de 100% dos casos diagnosticados de microcefalia e demais anomalias congênitas.	
M2.4. Atingir cobertura populacional de 80% no Estado da Atenção Básica.	
M2.5. Alcançar 80% de cobertura no acompanhamento das famílias com perfil beneficiárias do Programa Bolsa Família.	
M2.6. Ampliar o número de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) municipais para 40 no Estado.	

OBJETIVO ESTRATÉGICO: OE4. Fortalecer a Promoção e a Vigilância em Saúde.	
METAS	
M4.1 Aumentar para 80% o encerramento oportuno dos casos de doenças de notificação compulsória.	
M4.2 Ampliar em 50% a cobertura vacinal do calendário básico de vacinas em menores de 1 ano.	
M4.3 Ampliar para 100% os municípios do Estado com monitoramento e avaliação da descentralização das ações de vigilância para o gerenciamento do risco sanitário.	
M4.4 Implementar em 100% dos municípios a prática de notificação contínua dos casos de violência interpessoal/autoprovocada.	
M4.5 Ampliar em 5 pontos percentuais por ano (de 21% para 47%) as análises realizadas em amostra de água para o consumo humano quanto aos parâmetros coliforme total, cloro residual livre e turbidez.	
M4.6. Ampliar em 15% ao ano, a cobertura de exames citopatológicos do colo do útero entre mulheres de 25 a 64 anos.	
M4.7 Ampliar em 15%, ao ano, a cobertura de exames de mamografia de rastreamento entre mulheres de 50 a 69 anos	
M4.8 Apoiar 100% dos municípios prioritários, do Plano de Ação Estadual dos Agrotóxicos, para realização das notificações de intoxicações exógenas.	
M4.9 Reestruturar as 8 Centrais de Rede de Frio.	
M4.10 Estruturar o Serviço de Vigilância dos acidentes de transporte terrestre em 12 municípios do Estado.	
M4.11 Implantar metodologia de análises de detecção de resíduos e outros contaminantes de grãos, minerais e laticínios na II e VII regiões de saúde.	
M4.12 Realizar inspeções sanitárias em 100% dos municípios, cujas ações ainda não foram descentralizadas.	
M4.13 Estimular a implantação de ações de Saúde do Trabalhador em 100% dos municípios.	
M4.14. Reestruturar os laboratórios regionais (Caicó, Mossoró e Pau dos Ferros).	
M4.15. Implantar laboratório regional nas regiões onde não existe (João Câmara, São José de Mipibu e Santa Cruz).	
M4.16. Construir nova sede do Laboratório de Saúde Pública (LACEN).	
M4.17. Construir nova sede do Sistema de Verificação de Óbitos (SVO).	

M4.18. Fomentar a criação de uma política estadual de vigilância de zoonoses, doenças transmitidas por vetores e acidentes por animais peçonhentos e venenosos.
M4.19. Apoiar 100% das regiões de saúde do RN no desenvolvimento das ações de vigilância em Saúde das doenças infecciosas e parasitárias (endemias, zoonoses, epizootias, dos agravos e doenças Imunopreveníveis) e acidentes por animais peçonhentos.
M4.20. Coordenar as ações de vigilância ambiental relacionadas aos fatores de risco à saúde humana, incluindo os contaminantes presentes nos compartimentos ambientais, em 100% das Regiões de Saúde do estado.
M4.21. Ampliar a produção, análise e divulgação da informação das ações de vigilância ambiental.
M4.22. Reduzir em 2% ao ano a taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT- doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).
M4.23. Ampliar a Rede de Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar para 100% dos Hospitais do Estado em consonância com a Gestão Hospitalar.
M4.24. Ampliar a produção, análise e divulgação da informação das ações do centro de informações Estratégicas em Vigilância em Saúde – CIEVS.
M4.25. Ampliar em 50% a cobertura vacinal do calendário básico de vacinas em adolescente de 10 a 19 anos.
M4.26. Reduzir para 19% a proporção de gravidez na adolescência.

OBJETIVO ESTRATÉGICO: OE6. Promover a reestruturação e a efetivação da Assistência Farmacêutica.
METAS

M6.1 Ampliar o Programa Farmácia Popular do Brasil na modalidade rede própria, estruturando pelo menos um estabelecimento nas cidades sedes de todas as regiões de saúde do estado do Rio Grande do Norte.
M6.2. Cooperar tecnicamente e financeiramente (contrapartida do Estado) com 100 % dos municípios do Estado, em caráter regional, nas competências no âmbito da Assistência Farmacêutica.
M6.3 Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HORUS), em 100% dos municípios.
M6.4 Cooperar tecnicamente com 100% dos serviços de farmácia hospitalar da rede estadual.
M6.5 Compor, de forma tripartite, a Câmara Técnica, para auxiliar a instrução e o julgamento de demandas judiciais relacionadas a medicamentos e produtos básicos para saúde.
M6.6 Elaborar o Plano Estadual da Política e da Gestão da Assistência Farmacêutica.
M6.7 Ampliar o acesso aos Componentes da Assistência Farmacêutica (Básico, Estratégico e Especializado), para 100% das regiões de saúde.
M6.8 Qualificar onde já existe e implantar onde não existe um Programa de Assistência Farmacêutica e/ou Atenção Farmacêutica com farmacêuticos e técnicos treinados para tal fim, assessorando tecnicamente os municípios do estado.

OBJETIVO ESTRATÉGICO: OE9. Promover a Regulação do Acesso à Assistência, de forma regionalizada, por meio da ampliação e modernização dos serviços de regulação, controle e avaliação, no âmbito do SUS.
METAS

M9.1 Regular 100% do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência (SAMU 192).
M9.2 Transladar 100% dos usuários que forem a óbito durante tratamento fora de seu domicílio, que tenham sido regulados pela SESAP.

M9.3 Implantar e habilitar 06 (seis) centrais regionais de regulação de exames de média e alta complexidade e regulação de internação hospitalar.
M9.4 Regular 100% dos leitos SUS.
M9.5 Aumentar a captação de doadores de órgãos no Estado para 13 doadores por milhão.
M9.6 Atingir 90% da cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência (SAMU 192).
M9.7 Regular 100% dos atendimentos aos usuários que necessitem de assistência fora do domicílio.
M9.8 Pactuar as referências interestaduais para TFD.
M9.9 Implementar o Serviço de Transplante de Fígado adulto no Estado.
M9.10 Descentralizar 100% dos Recursos Financeiros da alta complexidade para os Municípios de acordo com a capacidade instalada (Caicó, Mossoró, Pau dos Ferros, Parnamirim, Natal).
M9.11 Regular 100% das terapias (oncologia e terapia renal substitutiva).
M9.12 Implantar o Serviço de Transporte Sanitário Estadual.

OBJETIVO ESTRATÉGICO: OE14. Estruturar a prestação de apoio técnico e financeiro às gestões municipais	METAS
M14.1 Prestar apoio institucional no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da atenção básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família em 100% dos municípios.	
M14.2 Fortalecer a rede de saúde mental com ênfase na dependência de álcool e outras drogas, por meio do apoio a 100% dos municípios, com monitoramento e avaliação.	
M14.3 Destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da atenção básica a 100% dos municípios.	
M14.4 Estimular, acompanhar e coordenar a implantação e implementação das Práticas Integrativas e Complementares do SUS, em 100% dos municípios.	
M14.5 Promover o intercâmbio de experiências em 100% dos municípios para disseminar tecnologia e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da Atenção Básica.	
M14.6 Fortalecer as redes temáticas de saúde, enfatizando o componente de atenção básica em cada rede, por meio do apoio a 100% das regiões.	
M14.7 Apoiar 100% as regiões de saúde no processo de comunicação e mobilização social.	
M14.8 Acompanhar e coordenar a implantação e implementação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens em 100% das Regiões de Saúde.	

EIXO 2:	Operacionalização de Ações e Serviços Complementares.
DIRETRIZES ASSOCIADAS:	6: Reestruturação da Rede Hospitalar, vistas a readequá-los ao desenho de Rede. 7. Reorganização da Rede de Atenção Especializada e inserção desses serviços nas Redes de Atenção do SUS.

OBJETIVO ESTRATÉGICO: OE3. Melhorar padrões sanitários, infraestrutura física, parque tecnológico e serviços da hemorrede.
METAS
M3.1. Manter em 100% a operacionalização dos serviços de hemoterapia e hematologia SUS.
M3.2 Reduzir em 5% ao ano as devoluções de hemocomponentes dos hospitais.
M3.3 Aumentar em 5% ao ano as doações de sangue.
M3.4. Atingir 50% das doações de sangue através de demanda espontânea.
M3.5. Atingir a certificação (ISO 9001) do processo de ciclo de sangue.
M3.6. Adequar a estrutura física e tecnológica em 100% das unidades da hemorrede.
M3.7. Implantar e implementar o hemocentro regional de Mossoró como fornecedor de matéria-prima para a Indústria de hemoderivados.

OBJETIVO ESTRATÉGICO: OE05. Ofertar serviços de reabilitação integrada, articulada e efetiva de forma regionalizada.
METAS
M5.1. Manter em 100% a operacionalização dos serviços dos Centros Especializados em Reabilitação Infantil e Adulto.
M5.2. Implantar 01 Centro Especializado em Reabilitação em 100% das Regiões de Saúde.
M5.3. Reestruturar física e tecnologicamente o Centro Especializado em Reabilitação e Habilitação do RN (CERHRN).
M5.4 Atingir a certificação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) para o serviço de atendimento aos pacientes do Centro Especializado em Reabilitação e Habilitação do RN (CERHRN).
M5.5 Implantar a classificação internacional de funcionalidades e incapacidades (CIF) em 100% dos Centros Especializados em Reabilitação.
M5.6 Implantar os serviços de reabilitação visual, doenças raras e de equoterapia no CERHRN.

OBJETIVO ESTRATÉGICO: OE07. Reestruturar e operacionalizar a Rede de Atenção à Saúde.	
METAS	
M7.1. Ampliar, construir e reestruturar a área física e tecnológica em 100% das unidades hospitalares estratégicas e de referência de acordo com o desenho da Rede de Atenção à Saúde loco-regional.	
M7.2 Implantar a contratualização entre a gestão e os serviços de 100% dos hospitais estratégicos sob gerência estadual.	
M7.3. Implantar (habilitar e qualificar) 52 leitos de UTI para suprir a necessidade da Rede de Atenção à Saúde loco-regional.	
M7.4. Implantar, habilitar e qualificar 287 leitos de Cuidados Prolongados, para suprir a necessidade da Rede de Atenção à Saúde loco-regional.	
M7.5. Definir o perfil de 100% das unidades hospitalares da rede estadual, com vistas à otimização dos serviços.	
M7.6. Assegurar a operacionalização de 100% das unidades hospitalares e de referência sob gerência estadual.	
M7.7 Reestruturar a Coordenadoria de Atenção Hospitalar.	
M7.8. Implantar 01 Hospital Terciário, de natureza 100% pública.	
M7.9. Ampliar a Rede de Atenção Especializada de forma regionalizada e hierarquizada, por meio da implantação de Policlínicas Regionais, em parceria com os municípios das regiões de saúde.	

EIXO 3:	Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.
DIRETRIZES ASSOCIADAS:	08.Fortalecimento da gestão do trabalho, educação na saúde e saúde no trabalhador no âmbito da SESAP. 09.Institucionalização do apoio institucional, nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização. 10.Fortalecimento dos processos de negociação, de caráter permanente, na perspectiva de instituir novos paradigmas para as relações de trabalho no âmbito do SUS (Mesa de Negociação Permanente do SUS).

OBJETIVO ESTRATÉGICO: OE13. Promover a Educação Permanente e Profissional em Saúde (EPS/EPROF).	
METAS	
M13.1 Regulamentar e implantar a Política Estadual de Educação e Desenvolvimento Profissional em Saúde no RN até o terceiro quadrimestre de 2016.	
M13.2 Viabilizar a participação de servidores da SESAP/RN em cursos de EPS e em eventos que qualifiquem os processos de trabalho e promovam a construção coletiva do conhecimento (FITEC).	
M13.3 Credenciar quatro unidades hospitalares de rede SESAP/RN, como hospitais de ensino pelo MEC/MS até 2019.	
M13.4 Expandir em 20% o número de vagas nos programas de residências médicas existentes na SESAP/RN nas áreas de cirurgia e psiquiatria, em parceria com Universidades Públicas.	
M13.5 Apoiar a criação e/ou o funcionamento de Comissões de Integração Ensino-Serviço Regionais (CIES/Regionais) nas oito Regiões de Saúde.	

M13.6 Promover dois Cursos de Mestrado Profissional com 60 (sessenta) vagas para trabalhadores do SUS, com abrangência para todas as regiões de saúde.
M13.7 Apoiar as Universidades Públicas na implantação de 4 programas de residências em áreas médicas estratégicas para os novos cursos de Medicina criados pelo MEC/MS (UFRN e UFERSA), prioritariamente nas áreas de pediatria/neonatologia, ginecologia e obstetrícia, anestesiologia, e programas de residências multiprofissionais nas áreas de saúde mental, neonatologia e urgência.
M13.8. Apoiar as Universidades Públicas na implantação e expansão dos programas de residência na área médica, prioritariamente nas áreas de pediatria/neonatologia, ginecologia e obstetrícia, anestesiologia, e dos programas de residência multiprofissional nas áreas de saúde mental, neonatologia e urgência.
M13.9 Promover quatro Cursos de Especialização para trabalhadores do SUS, com abrangência para todas as regiões de saúde, contemplando a capacitação em odontologia hospitalar para os cirurgiões dentistas, servidores da SESAP.
M13.10. Ofertar cursos de Formação Inicial, Continuada, Técnica e Pós Técnica para 5.320 trabalhadores de nível médio da Rede SUS/RN, nas oito regiões de saúde.
M13.11. Ofertar curso de Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde para 25 profissionais de saúde - área de concentração na Educação.
M13.12. Modernizar o Centro de Formação de Pessoal para os Serviços da Saúde – CEFOPE.
M13.13. Ampliar o acervo bibliográfico da Biblioteca Izabel dos Santos do Centro de Formação de Pessoal para os Serviços da Saúde – CEFOPE.
M13.14 Implantar o Programa de Residência Multiprofissional.
OBJETIVO ESTRATÉGICO: OE15. Capacitar a equipe gerencial num modelo de gestão estratégica e participativa, focada na produção de saúde e promover o desenvolvimento de potenciais gestores.
METAS
M15.1 Implantar um Programa de Desenvolvimento Gerencial para gestores atuais e potenciais, com foco na metodologia participativa e co-gestão.

OBJETIVO ESTRATÉGICO: OE16. Fortalecer as políticas de gestão e da regulação do trabalho.
METAS
M16.1. Realizar o aperfeiçoamento das ferramentas de gestão do trabalho, como, dimensionamento de pessoal, controle de frequência e avaliação de desempenho, de servidores e serviços, de acordo com a Política de Gestão Trabalho e norteada pelos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização.
M16.2. Implementar a política de saúde do trabalhador no âmbito da SESAP-RN.
M16.3. Implantar o Núcleo de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalhador nas regiões de saúde.
M16.4. Realizar provimento de 700 cargos vagos por meio de realização de concurso público emergencial até 2016 e de 3.420 cargos para reposição do déficit de pessoal até 2019.
M16.5. Modernizar todos os processos e procedimentos da área de Gestão do Trabalho até 2017.
M16.6. Implantar o sistema integrado de informação em Gestão do Trabalho até 2017.
M16.7. Apoiar a criação de mesas regionais de negociação permanente do SUS nas 8 regiões de saúde.

EIXO 4: Desenvolvimento institucional e Gestão Estratégica Participativa.	
DIRETRIZES ASSOCIADAS:	<p>11. Promoção da Regionalização do SUS, com vistas ao fortalecimento da governança interfederativa – Regionalização Cooperativa e Solidária.</p> <p>12. Implementação da Avaliação, Controle e Auditoria do SUS</p> <p>13. Adequação da estrutura da SESAP aos desafios do presente</p> <p>14. Incremento das Ações de Gestão Estratégica e Participativa (Ouvidoria, Controle Social)</p> <p>15. Implementação e coordenação dos instrumentos de gestão do SUS de forma integrada, no âmbito estadual</p> <p>16. Qualificação do Uso das Informações em Saúde e das Tecnologias de Informação no processo de Gestão</p> <p>17. Modernização gerencial e desenvolvimento de novas tecnologias (abastecimento e logística)</p> <p>18. Desenvolvimento e aprimoramento de tecnologias de acompanhamento/execução orçamentária e financeira.</p>

OBJETIVO ESTRATÉGICO: OE8. Consolidar o processo de Regionalização da Saúde.	
	METAS
M8.1	Coordenar o planejamento regional integrado na elaboração dos planos regionais (Mapa da Saúde, Redes de Atenção, Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde- RENASES, Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME) nas regiões de saúde.
M 8.2.	Coordenar o processo de implantação das Redes de Atenção nas regiões de saúde.
M.8.3.	Atualizar o Plano Diretor Regionalização.
M 8.4.	Fomentar o consenso interfederativo nas regiões de saúde.
M 8.5.	Implementar o apoio integrado em 100% das Comissões Intergestores Regionais do Estado.

OBJETIVO ESTRATÉGICO: OE10. Coordenar o processo de planejamento, gestão e orçamento no âmbito do SUS.	
	METAS
M10.1	Apoiar 100% dos municípios do RN, na elaboração, monitoramento e avaliação dos instrumentos de planejamento e gestão (Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório de Gestão).
M10.2	Coordenar a elaboração, atualização e revisão anual da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde, em consonância com os planos municipais de saúde.
M 10.3.	Implantar no âmbito da SESAP o processo de planejamento e monitoramento, das ações em saúde, no âmbito do SUS ((Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde, Plano Plurianual, Orçamento).
M 10.4.	Implementar as ações de publicidade e transparência dos instrumentos de planejamento e gestão na saúde.

OBJETIVO ESTRATÉGICO: OE11. Instalar mecanismos de monitoramento, controle e avaliação para aumentar a eficiência na aplicação dos recursos financeiros.

METAS

M11.1 Implantar centro de custos em 100% das unidades da SESAP.

M11.2 Implantar núcleo intersetorial para acompanhamento e avaliação da eficiência, eficácia e efetividade na aplicação dos recursos financeiros.

M 11.3. Implementar o Controle e Avaliação no âmbito do SUS.

OBJETIVO ESTRATÉGICO: OE12. Implantar a Gestão Estratégica e Participativa, de forma descentralizada e corresponsável, a partir da ampliação de espaços democráticos na gestão e na atenção.

METAS

M12.1 Capacitar 3.038 Conselheiros de Saúde do Estado do RN até 2019.

M12.2 Intensificar o acompanhamento aos 167 Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e melhorar a interação com o Conselho Nacional de Saúde

M12.3 Assegurar a participação do Conselho em 100% nas Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde.

M12.4 Realizar 08 (oito) seminários estaduais com temas definidos pelo CES/RN.

M12.5 Participar de 02 (dois) seminários da Região Nordeste para avaliar as deliberações da Conferência Nacional de Saúde.

M12.6 Sensibilizar, assessorar e acompanhar os 167 municípios para implantação do componente Ouvidoria/SUS.

M12.7. Fomentar a horizontalização da estrutura e linhas de mando, por meio da implantação de dispositivos de gestão colegiada, como Colegiados Gestores, Conselhos Locais e/ou Gestores, assegurando a escuta e democratização plena da participação.

M12.8. Assegurar a ampliação de acesso, cuidado integral e resolutivo, nos hospitais estratégicos.

M12.9. Implementar nos hospitais estratégicos equipes multiprofissionais, com instrumentos de orientação do trabalho com base nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização.

M12.10. Implantar instrumentos pedagógicos, de comunicação e divulgação das experiências exitosas para a produção e disseminação do conhecimento do SUS do RN.

M12.11. Assegurar orçamento próprio, bem como estrutura física e de pessoal ao Conselho Estadual de Saúde.

OBJETIVO ESTRATÉGICO: OE17. Aperfeiçoar a gestão da informação.**METAS**

- M17.1. Realizar a digitalização de 100% dos arquivos institucionais.
- M17.2. Colocar o Portal da Saúde em funcionamento.
- M17.3. Implantar sistema de gestão integrado em 100% das unidades hospitalares, de referência e administrativas da SESAP.
- M17.4 Garantir acesso à internet de alta velocidade em 100% das unidades hospitalares, de referência e administrativas da SESAP.
- M17.5 Adquirir equipamentos de informática necessários à modernização e pleno funcionamento da SESAP e de 100% de suas unidades.

OBJETIVO ESTRATÉGICO: OE18. Fortalecer a auditoria no SUS, contribuindo para qualificação da gestão, visando a melhoria da atenção e do acesso as ações e aos serviços de Saúde, no RN.**METAS**

- M18. 1. Reestruturar física e tecnologicamente o componente estadual de auditoria.
- M18. 2. Qualificar 100% dos auditores que compõem a equipe de auditoria da SESAP.
- M18. 3. Normatizar as atribuições e processos de trabalho da auditoria.

IX. O PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O Monitoramento é habitualmente entendido como o processo de acompanhamento da implementação de determinadas ações, tomando-se como base o que um projeto (ou equivalente) estabelece como metas de sua implementação (planejamento). Refere-se ao “acompanhamento”, “avaliação”, monitoramento, de objetivos e metas alcançadas com uma intervenção (metas pré-estabelecidas, esperadas). Nesse sentido, alguns autores enfatizam a avaliação como fator qualificador do processo de gestão (BODSTEIN, 2012 e CORDONI JUNIOR, 2002). Para Patton (1990) a avaliação compreende:

“A coleta sistemática de dados sobre atividades, características e efeitos de programas para uso de interessados, de forma a reduzir incertezas, melhorar a efetividade e tomar decisões com respeito ao que aquele programa está fazendo, quais são seus resultados e como pode ser ajustado”.

Apesar de o monitoramento facilitar a avaliação, os indicadores utilizados nos processos de monitoramento não devem, necessariamente, ser tratados como indicadores de resultados. Os indicadores devem subsidiar o desenho de avaliações de desempenho e impacto, buscando associações entre ações e suas repercussões/efeitos (HARTZ; 2000). Ressalta-se que, para capturar resultados significativos (no escopo do projeto/política), deve-se partir de modelos que contemplam indicadores que reflitam a concepção ou essencialidade do projeto/política. Por tudo que já se pontuou sobre a amplitude e complexidade das ações que propõem mudanças de práticas, na composição e descrição de alguns indicadores, está se buscando dimensionar o alcance efetivo das ações propostas.

X. REFERÊNCIAS

- BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. Ciênc. Saúde coletiva, São Paulo, v. 7, n. 3, 2002.
Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 set. 2015.
- CORDONI JÚNIOR, L. Uma Agenda para a Análise do SUS. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.417-418, 2002.
- HARTZ, Z.M.A. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. Divulgação em Saúde para Debate, 21:29-35, 2000.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.) Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, Lugar Editorial, 1997.
- PATTON, M. Q. Qualitative evaluation and search methods. Newbury Park: Sage Publications, 1990.
- SECRETARIA DE ESTADO E DA SAÚDE PÚBLICA. Plano Plurianual 2016-2019. Natal/RN, 2015.
- _____. Relatório das Oficinas para Construção do Plano Estadual de Saúde. Natal/RN, 2015.
- _____. Oficinas para elaboração da Programação Anual de Saúde. Natal, 2015.
- _____. TGI Consultoria em Gestão. Documento de Sistematização da Experiência: Planejamento Estratégico e Ajuste Organizacional. Natal/RN, 2015.
- SOLLA, J., CHIORO, A. Atenção Ambulatorial Especializada. In: Políticas e Sistemas de saúde no Brasil. 2^a Ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

ANEXO I**8ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte**
DATA: 27 a 29/10/2015**EIXO 1 – “DIREITO À SAÚDE GARANTIA DE ACESSO E ATENÇÃO DE QUALIDADE”**

DIRETRIZ: 2. Estruturar políticas que considerem a territorialidade e a regionalidade para o acesso à saúde articulando outras políticas como reforma urbana, segurança, transporte, acessa a terra e à água, e segurança alimentar e nutricional, entre outras relacionadas às perspectivas de impactos no desenvolvimento regional e na determinação social da saúde.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 1

1. Valorizar o saber popular no SUS, estimulando e fortalecendo as redes de cuidadores que construam ações de cuidado, arte, cultura e saúde, desde as práticas e tradições oriundas do saber acumulado dos povos.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 2

1. Defesa da integralidade da assistência à saúde, através do fortalecimento, Política Nacional de Atenção Básica, reforçando seu papel como ordenador do cuidado, garantindo procedimentos/medicamentos que ainda não são disponibilizados na rede.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 3

2. Reformada Política Nacional de Saúde Mental, garantindo recursos financeiros para que municípios de pequeno porte possam garantir o acesso e a continuidade do tratamento às pessoas com transtornos mentais, inclusive o transporte dos mesmos para outras cidades. Diminuir o critério populacional para a implantação de CAPS em municípios a partir de 10.000 mil habitantes.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 4

8. Implementação de uma Política Nacional de Saneamento Básico e Resíduos sólidos com financiamento para construção de aterros Sanitários/destino adequando o lixo.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 5

9. Implementação de uma Política Nacional, Estadual e Municipal de prevenção e combate às drogas, com apoio total às suas vítimas, principalmente aos jovens e suas famílias, numa parceria entre as três esferas de Governo.

EIXO 2–PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

DIRETRIZ: 2. Fortalecer a Participação social na Gestão do SUS na defesa intransigente de um sistema público, sob os princípios do direito à saúde definido pela Constituição Brasileira de 1988 e a Lei 8142, de acesso universal, financiamento estável, com gestão democrática da aplicação dos recursos públicos e da qualidade dos gastos com a saúde.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 1

10. Incentivar, Implantar e efetivar Ouvidoria em Saúde nas três esferas de gestão do SUS para ouvir as necessidades e opiniões dos usuários com ampla divulgação, com garantia de recursos financeiros pela SGEP.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 2

11. Fortalecer e avaliar Política de Educação Permanente para o Controle Social ativo, crítico e propositivo do SUS nas três esferas de Governo, mediante apoio político e financeiro incluindo modalidade de Ensino à Distância, visando a sua qualificação, especialmente nos aspectos da aplicação dos recursos financeiros e de gastos tendo as universidades públicas como instituições parceiras e formadoras.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 3

12. Ampliar a participação social na formulação e na implantação das políticas de educação, na área da saúde, com garantia da qualidade e expansão de vagas nas escolas públicas de todos os níveis educacionais, incluindo as residências em saúde.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 4

23. Garantir recursos dos respectivos fundos de saúde nas três esferas do SUS para estruturação e financiamento dos conselhos de saúde, no sentido de potencializar a atuação dos mesmos

PROPOSTA PRIORITÁRIA 5

24. Respeitar a competência legal, a autonomia e o caráter deliberativo dos conselhos de saúde na formulação de políticas e na fiscalização das três esferas de governo.

EIXO 3 - VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

DIRETRIZ: 1. Valorização do trabalho no SUS a partir da formação, qualificação e fixação de profissionais; democratização das relações de trabalho; desprecarização do trabalho na rede de serviços com implantação da Carreira Única da Saúde e incentivo ao desempenho com progressão na carreira.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 1

1. Garantir ações de educação permanente aos profissionais do SUS desde a graduação, através da elaboração e execução do Plano de Educação Permanente Regional, financiando e apoiando Políticas de Educação Permanente que valorize o Trabalhador e contribua para os avanços necessários do SUS, considerando a realidade em que os profissionais estão inseridos e priorizando a conclusão do Curso de Formação dos Agentes Comunitários de Saúde, promovendo educação permanente dos conselheiros locais e municipais de saúde por meio da descentralização dos recursos para Educação Permanente em Saúde para os municípios, com maior investimento do Ministério da Saúde na política de Educação Permanente do SUS, mais especificamente na qualificação dos operadores dos Sistemas de Informação do SUS, ampliando investimentos na qualificação e capacitação dos trabalhadores (língua de sinais, vacinação, formação introdutória, educação popular em saúde, saúde mental, estabelecimento de vínculos dos profissionais com usuários, formação de agenda de todas as profissões, etc.) e garantir sua participação na qualificação.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 2

6. Implantar Plano de Carreira, Cargos e Salário como forma de valorizar os trabalhadores, com apoio das esferas estadual e Nacional, instituindo a carreira única do SUS com vista a garantir um Piso Nacional para as diferentes categorias que compõe a equipe multidisciplinar, padronizando a remuneração dos profissionais de saúde em todo território nacional, mediante critérios de regionalização, investindo em carreira pública para os servidores, realizando concursos públicos pelo Regime Jurídico Único (RJU) com plano de carreira para contratação de profissionais de saúde para o SUS, incentivo a Dedicação Exclusiva, abolindo todas as formas de precarização do trabalho e assegurando o Piso Salarial nacional para todas as categorias integrantes da equipe de saúde do pessoal do quadro efetivo do SUS.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 3

9. Avançar na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no âmbito do Sistema Único de Saúde, comprometendo todos os níveis de gestão.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 4

1. Combater o PL nº 4.330/2004, que permite a terceirização inclusive para carreiras relacionadas a atividades-fim, rompendo todos os direitos das trabalhadoras e dos trabalhadores brasileiros, investindo em política de financiamento público, para valorização dos profissionais do SUS, destinando ao fim de todos os vínculos precários.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 5

26. Assegurar que as unidades de saúde que fizeram adesão ao PMAQ, de acordo com a avaliação desse Programa, recebam certificados de selo de qualidade, bem como os profissionais recebam certificados para pontuação na avaliação de desempenho, além da premiação recebida pelo Ministério da Saúde, seja dividida em duas partes iguais: 50% destinada à aquisição de equipamentos ou melhorias estruturais nos serviços e os demais 50%, rateados em partes iguais entre os trabalhadores que compõem a equipe.

EIXO 4–FINANCIAMENTO DO SUS E A RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO

DIRETRIZ: 4. Reafirmar a saúde como direito universal e integral e dever do Estado, destinando 10% das receitas correntes brutas da União ou equivalentes; assegurando financiamento estável com definição de novas fontes de financiamento; e priorizando o investimento na atenção primária e nas ações de serviços públicos.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 1

18. Criar piso nacional com isonomia salarial para todas as categorias na área da saúde nos Níveis Superior e Médio, com 95% de financiamento pelo governo federal, incentivando os municípios que tem profissionais concursados.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 2

22. Assegurar 25% dos Royalties do petróleo para que sejam destinados ao SUS municipal.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 3

32. Aumentar o repasse financeiro do setor saúde para os municípios, garantindo maior aquisição de medicamentos e exames especializados, e custeio dos hospitais regionais, implantação de UTI nas regiões de saúde. Inclusive os recursos do incentivo do PMAQ ao PAB variável.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 4

61. Garantir a aplicação de 10% do Produto Interno Bruto (PIB) nos serviços do SUS.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 5

72. Assegurar a gestão e o financiamento 100% públicos estatal para garantir a oferta e acesso aos serviços e cuidados integrais de qualidade.

EIXO 5—GESTÃO DO SUS E MODELOS DE ATENÇÃO

DIRETRIZ: 2. Defesa do Caráter Público e da Melhoria da Qualidade da Gestão do SUS.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 1

1. Defender incondicionalmente o SUS público, estatal, universal, de qualidade e sob a gestão direta do Estado; contra todas as formas de privatização e precarização da saúde; pela revogação das leis que deram origem às Organizações Sociais, às Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, às Fundações Estatais de Direito Privado, à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e suas subsidiárias, e aquelas que permitem e/ou prevêem as Parcerias Público; bem como, contra a proposta do Instituto Nacional de Saúde Indígena.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 2

5. Apoiar reforma na legislação da administração pública para a saúde, superando as dificuldades jurídicas do SUS, reduzindo a burocracia, assegurando que os cargos de confiança e gestão sejam ocupados por profissionais de carreira, com experiência e atividade na área, garantindo a autonomia de forma sistematizada mais ágil e precisa, dispondo de melhor definição dos modelos jurídicos de gestão pública, sendo mais permeável ao controle social.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 3

14. Reduzir a carga horária de todas as categorias para 30h sem perda salarial, a fim de preservar a saúde do trabalhador, bem como o cumprimento da carga horária. Bem como criar carreira do SUS com plano de cargos, carreiras e salários para estes profissionais.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 4

16. Ampliar e fortalecer a Política Nacional de Assistência Farmacêutica com a garantia de acesso a todo o elenco de medicamentos básicos e excepcionais com financiamento das três esferas de governo.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 5

20. Elaborar uma Política Nacional para Fortalecer a atuação dos Hospitais de Pequeno Porte-HPP dos municípios pequenos.

EIXO 6—INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO DO SUS

DIRETRIZ: 2. Estipula rumo a uma política de comunicação para o SUS como objetivo de manter a população constantemente informada das campanhas de prevenção e promoção à saúde.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 1

2. Estabelecer uma política de comunicação com o objetivo de garantir acesso e criar instrumentos de divulgação para socializar as informações do SUS inclusive disponibilizar nos sites um canal para as dúvidas.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 2

3. Estimular produções áudio visuais a partir do olhar das usuárias e usuários do SUS, afim de contribuir para a construção de uma imagem do SUS como direito e patrimônio do povo brasileiro e também atue na sua defesa e divulgação como direito de todos e dever do estado.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 3

14. Criar e intensificar os mecanismos de transparência e controle dos recursos com vistas minimizar e até erradicar a corrupção que precarizam os repasses dos recursos do SUS.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 4

20. Garantir que os órgãos de controle interno e externo sejam interligados e que haja a divulgação, de forma transparente, dos recursos aplicados na saúde e os resultados das auditorias realizadas.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 5

21. Garantir recursos financeiros, técnicos e tecnológicos para implantação definitiva do Cartão SUS, com leitura óptica, ampla divulgação e incluir seu número do CPF, para que este seja o registro nacional único de usuários do SUS em todo o território nacional, incluindo dados de empregos e funções, dados previdenciários, exames e dos procedimentos realizados.

EIXO 7–CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO NO SUS

DIRETRIZ: 2. Fortalecer o complexo industrial produtivo da saúde e a assistência farmacêutica, no sentido de impactar na redução do déficit da balança comercial para a importação de medicamentos e na promoção e incorporação de novas tecnologias ao SUS, favorecendo a ampliação do acesso a produtos e insumos pela população, consolidando a soberania, e promovendo o desenvolvimento da plataforma tecnológica do país, da pesquisa e da inovação.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 1

1. Estimular as pesquisas nacionais de terapias alternativas e fortalecer o complexo industrial produtivo da saúde e a assistência farmacêutica, no sentido de impactar na redução do déficit da balança comercial para a importação de medicamentos e na promoção e incorporação de novas tecnologias ao SUS. Visando garantir soberania nacional e a autonomia da população para o acesso aos serviços de saúde.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 2

3. Aprovar a reforma da Lei de Patentes Brasileiras para inclusão e fortalecimento das medidas de proteção e exclusão de medidas prejudiciais à saúde (acordo de comércio internacional conhecido como Trips Plus), tendo em vista manutenção de conquistas da sociedade civil e a viabilidade da assistência farmacêutica no SUS.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 3

4. Definir e pactuar ações intersetoriais que visem a internalizar e o desenvolvimento de tecnologias que atendam às necessidades de produtos e serviços, nos diferentes níveis de atenção, abrangendo a produção de fitoterápicos e a implantação de opções terapêuticas adequadas ao princípio de integralidade do SUS.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 4

5. Investir na informação, de forma mais efetiva a fim de melhorar o acesso dos profissionais à utilização de equipamentos, descobertas de avanços tecnológicos em saúde pública.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 5

6. Definir uma Política Nacional de incentivo às Inovações Tecnológicas no âmbito das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

EIXO 8 - REFORMAS DEMOCRÁTICAS E POPULARES DO ESTADO

DIRETRIZ: 1. Desenvolvimento do Processo Democrático em defesa de Políticas Públicas equitativas.

PROPOSTAS FEDERAIS DO EIXO 8

PROPOSTA PRIORITÁRIA 1

2. Apoiar movimento popular em defesa de projeto de Lei popular que obriga a União a investir no mínimo 10% do seu orçamento em saúde, aumentando o repasse de verbas e recursos para estados e municípios.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 2

7. Defender Reforma Política que fortaleça a democracia representativa com controle social do processo eleitoral, financiamento público das campanhas eleitorais e combate à compra e venda de votos. Uma reforma política que amplie a participação social nas decisões políticas, mediante plebiscitos, referendos e preferência na tramitação de projetos de lei de iniciativa popular e a urgência no julgamento pelo Supremo Tribunal Federal da ADIN que a proíbe o financiamento de campanha eleitoral por empresas (supremo votou).

PROPOSTA PRIORITÁRIA 3

8. Lutar para que seja realizada a Reforma Tributária que coloque o Brasil na direção dos países que alcançaram sistemas tributários mais justos, os quais determinam a quem tem mais patrimônio e mais riqueza o pagamento de mais impostos.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 4

11. Repudiar as Medidas Provisórias nº. 664/2014 e 665/2014, que suprimem direitos previdenciários e trabalhistas.

PROPOSTA PRIORITÁRIA 5

14. Garantir a participação da sociedade brasileira em todos os espaços de discussão das políticas públicas.

ANEXO II

RESOLUÇÃO DE APROVAÇÃO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE-RN



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE – CES/RN
susrn.blogspot.com cesrn@rn.gov.br
3232-2606 / 3232-7425 / 3232-3699

RESOLUÇÃO CES/RN Nº 188, DE 06 DE MAIO DE 2016.

Aprova o Plano Estadual de Saúde 2016/2019 do Estado do Rio Grande do Norte.

O Plenário do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte – CES/RN -, **em sua 232ª Reunião Ordinária, realizada no dia 06 de maio de 2016**, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, Lei Complementar nº 346, de 04 de julho de 2007 e pela Resolução 453/2012 do CNS, e

Considerando apresentação e apreciação já realizada no Pleno do CES/RN do Plano Estadual de Saúde 2016/2019 do Estado do Rio Grande do Norte;

Considerando análise preliminar realizada pelo pleno deste conselho e observado a necessidade de modificações e adequações de alguns pontos do referido plano;

RESOLVE:

Aprovar o Plano Estadual de Saúde 2016/2019 do Estado do Rio Grande do Norte, com as propostas aprovadas e apresentadas em anexo.

Mayara Laurentino Teixeira Acipreste
Mayara Laurentino Teixeira Acipreste

Presidente do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte

Homologo a Resolução CES/RN, nº 188, de 06 de maio de 2016, nos termos da Lei Complementar 346/2007.

Eulália de Albuquerque Alves
Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte